

TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT

Dr Jean-François Buyck, Dr Anne Tallec avec la contribution du Dr Denis Leguay, psychiatre

SOMMAIRE

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	215
4.1 SITUATIONS DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	217
Une proportion de Ligériens en état de détresse psychologique qui atteint 16 %, en nette hausse depuis 2010	217
Une détresse plus fréquemment exprimée par les femmes	217
4.2 PRISES EN CHARGE ET MORTALITÉ LIÉES AUX TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT	218
Moins de patients pris en charge par les psychiatres libéraux dans la région, surtout parmi les adultes d'âge moyen et les personnes âgées	218
Un contexte régional marqué par une offre de psychiatrie libérale assez faible et inégalement répartie	219
109 000 Ligériens pris en charge en 2015 par un établissement de soins psychiatriques...	220
... dont plus du tiers pour troubles névrotiques ou pour troubles de l'humeur	222
4 900 Ligériens pris en charge au moins une fois dans l'année sans leur consentement	224
Près de la moitié des passages aux urgences pour troubles psychiatriques se concluent par une hospitalisation	224
17 500 Ligériens hospitalisés en court séjour pour troubles mentaux et du comportement, dont un tiers pour troubles liés à l'usage d'alcool	225
Une moindre fréquence des hospitalisations en MCO pour démences, mais un recours plus élevé pour les autres troubles mentaux	226
Près de 90 000 Ligériens sont en ALD pour troubles mentaux et du comportement, un taux d'admissions inférieur à la moyenne nationale	227
3 % des Ligériens pris en charge pour maladie psychiatrique parmi les assurés du régime général, et 10 % traités par psychotropes	228
Une augmentation des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement, notamment de celles liées aux troubles de l'humeur	228
Une mortalité régionale par troubles mentaux et du comportement qui augmente depuis le milieu des années 2000	229
Une nette surmortalité par troubles liés à la consommation d'alcool et par démences dans la Sarthe	229
4.3 PRINCIPALES AFFECTIONS CARACTÉRISÉES EN LIEN AVEC LA SANTÉ MENTALE	230
4.3.1 TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT	231
Des admissions en ALD pour TED moins fréquentes en région, mais en forte augmentation depuis le milieu des années 2000	231
Une fréquence également moindre des prises en charge en établissement de soins psychiatriques	231
De fortes disparités territoriales	232
4.3.2 SCHIZOPHRÉNIE	234
Plus de 6 700 Ligériens en ALD pour schizophrénie, un taux d'admissions inférieur à la moyenne nationale	234
1 200 Ligériens ont été pris en charge au moins une fois dans l'année sans leur consentement pour une schizophrénie	234
La surmortalité des patients schizophrènes, notamment par suicide, est difficile à quantifier au plan régional	235



4.3.3 TROUBLES DÉPRESSIFS	236
17 000 Ligériens en ALD pour troubles dépressifs, un taux d'admissions inférieur à la moyenne nationale mais en forte augmentation	237
Une fréquence régionale des suivis en établissement psychiatrique pour troubles dépressifs moindre qu'au plan national...	237
... mais une fréquence de patients hospitalisés en court séjour pour troubles dépressifs plus élevée qu'en France	238
4.3.4 MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DÉMENCES	239
28 000 Ligériens sont pris en charge pour une démence, dont 70 % de femmes...	239
... parmi lesquels 14 000 personnes de 65 ans ou plus sont en ALD pour maladie d'Alzheimer	240
Des suivis en établissement psychiatrique plus fréquents dans la région, mais des hospitalisations en court séjour nettement moindres	240
Une mortalité liée à la maladie d'Alzheimer inférieure à la moyenne nationale	241
4.4 PENSÉES SUICIDAIRES, TENTATIVES DE SUICIDE ET MORTALITÉ PAR SUICIDE	242
Des pensées suicidaires en augmentation et plus fréquentes qu'au plan national...	242
... et une prévalence des tentatives de suicide déclarées en hausse entre 2010 et 2014	242
Près de 750 suicides chaque année dans la région, dont plus des trois quarts concernent des hommes	244
Les Pays de la Loire conservent une fréquence de suicides qui dépasse nettement la moyenne nationale	245
Une mortalité en recul, notamment chez les femmes et les personnes âgées	245
La Sarthe, et dans une moindre mesure la Mayenne, sont particulièrement touchées par le suicide	246
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES	247

TABLE DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1. Les liens entre crise économique, chômage et santé mentale	218
ENCADRÉ 2. Implication des médecins généralistes et infirmières libérales de la région dans la prise en charge des troubles psychiatriques	220
ENCADRÉ 3. Comment expliquer la diminution de fréquence des prises en charge en établissement psychiatrique entre 45 et 75 ans ?	222
ENCADRÉ 4. Les principales évolutions des soins psychiatriques sans consentement apportées par la loi du 5 juillet 2011	225
ENCADRÉ 5. L'étude de la transformation avec l'âge des affections en lien avec la santé mentale, par le prisme des données d'ALD	230
ENCADRÉ 6. Autisme : présentation clinique, étiologie, prise en charge et évolution	232
ENCADRÉ 7. Schizophrénie : présentation clinique, prise en charge, évolution	236
ENCADRÉ 8. Les mises en invalidité liées aux troubles psychiatriques dans les Pays de la Loire	239
ENCADRÉ 9. Des inégalités sociales de plus en plus marquées	241
ENCADRÉ 10. Patients hospitalisés en court séjour pour tentative de suicide	244



4 TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Les indicateurs relatifs à la fréquence de la souffrance psychologique et de certaines affections en lien avec la santé mentale convergent pour décrire une situation régionale moins favorable que par le passé. Il est toutefois difficile d'estimer dans quelle proportion l'état de santé mentale des Ligériens s'est dégradé, dans la mesure où les tendances évolutives à la hausse peuvent aussi résulter d'autres phénomènes (rattrapage de sous-diagnostic en lien notamment avec une meilleure reconnaissance de certains troubles psychiques, modification de la perception d'un état de souffrance psychologique...).

En 2014, 16 % des 15-75 ans expriment des symptômes qui correspondent à un état de détresse psychologique, et 7 % déclarent avoir pensé à se suicider. En 2010, ces proportions étaient nettement moindres, respectivement égales à 9 et 4 %.

3 % de la population régionale bénéficie de soins pour un problème de santé mentale (3,2 % au plan national). La très grande majorité des Ligériens concernés (près de 89 000) sont en affection de longue durée (ALD) pour des troubles mentaux ou du comportement. Le taux de personnes admises dans ce type d'ALD a augmenté de 3,4 % par an en moyenne depuis 2005, et ces admissions concernent maintenant 10 000 Ligériens chaque année.

Les problèmes psychiatriques pèsent fortement sur les prises en charge en établissement de santé. En 2015, près de 110 000 Ligériens ont été suivis par les équipes de soins des établissements psychiatriques (- 12 % par rapport à la moyenne nationale), dont 20 000 au moins une fois à temps complet (- 12 %). 15 600 Ligériens ont en outre été hospitalisés au moins une fois en court séjour de médecine-chirurgie-obstétrique pour troubles mentaux et du comportement hors démences (+ 16 % par rapport à la moyenne nationale), dont notamment plus d'un tiers pour troubles liés à la consommation d'alcool (+ 16 %).

Les enjeux en termes de repérage et de prise en charge précoce et spécialisée des troubles mentaux et du comportement sont considérables, au regard notamment de leur impact important sur le développement psychique, la qualité de vie et l'état de santé, mais aussi de leur progression marquée au sein de la population régionale. Les problèmes les plus fréquemment en cause ne sont pas les mêmes aux différents âges de la vie.

Chez les enfants, les admissions en ALD pour troubles envahissants du développement (TED, dont l'autisme) sont en très forte progression dans la région (+ 16 % par an en moyenne entre 2005 et 2014), suivant ainsi la tendance nationale (+ 13 %). Actuellement, près de 2 600 Ligériens (dont 72 % de garçons) sont en ALD pour TED, et 2 100 sont suivis au moins une fois dans l'année par les équipes des établissements de soins psychiatriques pour ces troubles. Les fréquences régionales de ces admissions en ALD et de ces suivis, globalement moindres qu'au plan national, sont toutefois très variables selon les départements. Outre des facteurs épidémiologiques, ces écarts pourraient résulter de disparités de reconnaissance mais aussi de prise en charge des affections neuro-développementales, en lien peut-être avec les questions d'offre en structures de soins adaptées.

Les troubles schizophréniques pèsent fortement sur les prises en charge psychiatriques, à partir de l'adolescence et particulièrement chez les jeunes adultes. Actuellement, près de 7 000 Ligériens, dont deux tiers d'hommes et la moitié de personnes âgées de 15 à 44 ans, sont suivis au moins une fois dans l'année par les établissements psychiatriques pour une schizophrénie. La prise en charge de cette maladie particulièrement invalidante est difficile et repose sur une approche à la fois psychosociale et médicamenteuse. 10 à 30 % des patients sont toutefois peu ou non répondeurs aux traitements antipsychotiques. À cet égard, cette affection requière souvent une prise en charge à temps complet (un tiers des patients schizophrènes suivis en 2015 ont été concernés au moins une fois dans l'année par cette forme de suivi), voire, dans certains cas, une prise en charge sans consentement (près d'un patient schizophrène suivi sur cinq).

Le poids des troubles dépressifs parmi l'ensemble des affections psychiatriques croît de manière importante avec l'âge chez les adultes. Actuellement, 2 400 Ligériens sont admis chaque année en moyenne en ALD pour ce type de troubles, ce qui correspond au quart des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement. Le taux régional d'admissions correspondant, bien qu'inférieur de 21 % à la moyenne nationale, augmente comme en France à un rythme très soutenu (de l'ordre de + 9 % par an). Pour ce type d'affection, la région se distingue de la moyenne nationale par un recours aux prises en charge en établissement psychiatrique moins élevé (- 21 %), mais à l'inverse par des hospitalisations en court séjour plus fréquentes (+ 35 %).

Chez les personnes vieillissantes, les troubles mentaux et du comportement sont essentiellement liés aux démences (et notamment à la maladie d'Alzheimer). Selon la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), près de 1 % des Ligériens assurés du régime général sont actuellement pris en charge pour une affection de ce type. Si l'on extrapole cette proportion à l'ensemble de la population régionale, ce sont donc environ 28 000 Ligériens qui seraient concernés.



Les Pays de la Loire se caractérisent par une offre peu importante et inégalement répartie en psychiatres libéraux. La Sarthe et la Vendée se distinguent notamment par une densité de ces praticiens particulièrement faible. Dans ces deux départements, la part de la population recourant au moins une fois dans l'année à un psychiatre libéral est inférieure à 2 %, contrairement aux trois autres départements de la région.

En Sarthe, les taux particulièrement élevés de patients pris en charge en établissement de soins psychiatriques et en médecine-chirurgie-obstétrique pour troubles mentaux et du comportement, pourraient trouver en partie leur origine dans cette moindre offre en soins de ville spécialisés. Mais d'autres facteurs, liés notamment aux conditions socioéconomiques plus défavorables (qui constituent un facteur de risque bien établi de troubles mentaux) de la population sarthoise, peuvent également expliquer ce constat.

En termes de prospective, les constats sur la santé mentale des Ligériens sont d'autant plus préoccupants que les Pays de la Loire conservent une situation nettement défavorable en matière de consommation d'alcool. Les habitudes d'alcoolisation (usage régulier, alcoolisation ponctuelle importante), connus pour impacter de manière importante le pronostic et la mortalité de nombreuses affections psychiatriques, ne sont effectivement pas en voie de régression dans la région, comme en témoigne leur fréquence élevée chez les jeunes ligériens par rapport à la moyenne nationale.

Si les troubles mentaux et du comportement ne sont pas au premier plan en termes de mortalité directe, ils constituent souvent un déterminant décisif d'autres causes de décès (en particulier des suicides). La région continue à cet égard de présenter une situation nettement défavorable pour cette mortalité, avec près de 750 décès par an en moyenne, et une surmortalité de 32 % par rapport à la moyenne nationale. Au sein de la région, le positionnement de la Sarthe reste particulièrement préoccupant avec une surmortalité par suicide majeure (+ 84 %) et en moindre recul (- 1,0 % par an en moyenne depuis le début des années 2000) par rapport aux tendances régionale (- 1,3 %) et nationale (- 1,6 %).

La santé mentale est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme "un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté".

Elle s'étend sur un champ très vaste qui recouvre à la fois celui des pathologies psychiatriques caractérisées et la souffrance psychologique consécutive aux maux relationnels et sociaux. Ce dernier domaine est difficile à cerner sur le plan épidémiologique parce que sa reconnaissance dépend du contexte culturel ou sociétal, et en particulier du degré d'appropriation des catégories et des concepts de la santé mentale par les personnes concernées et les soignants. En référence à différents travaux¹, sont habituellement distinguées :

- *la santé mentale positive, qui recouvre l'épanouissement personnel, et dont l'interdépendance avec la santé physique est de mieux en mieux identifiée,*
- *la détresse psychologique réactionnelle, qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles,*
- *les maladies psychiatriques caractérisées, qui se réfèrent à des classifications diagnostiques établies sur des critères précis.*

Les limites entre ces différentes notions sont toutefois complexes à poser dans la mesure où elles comportent chacune plusieurs degrés de gravité et s'inscrivent dans un continuum allant de la bonne santé mentale aux pathologies les plus lourdes. En outre, hormis pour les psychoses chroniques comme la schizophrénie, il est parfois difficile de statuer sur le caractère pathologique de certains troubles, et de faire la distinction entre simple mal-être passager, trouble de la personnalité (du « caractère »), et authentique symptôme morbide.

¹ Ces distinctions sont notamment établies en référence aux travaux de Santé publique France et au plan Psychiatrie et santé mentale mis en place en 2005 par le Ministère chargé de la santé pour la période 2005-2008 [1] [2].



4.1 SITUATIONS DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Une proportion de Ligériens en état de détresse psychologique qui atteint 16 %, en nette hausse depuis 2010

L'échelle *Mental Health 5 (MH5)* permet d'apprécier les états de détresse psychologique, qui correspondent à un état de santé mentale dégradé associé à des symptômes d'allure anxiodépressive. Ces symptômes, relativement communs, apparaissent généralement dans un contexte d'accidents de vie ou d'événements stressants et peuvent être transitoires. Dans la majorité des cas, les personnes en détresse psychologique ne nécessitent pas de soins spécialisés. Toutefois, mal repérée ou mal accompagnée, la détresse psychologique peut faire basculer la personne dans la maladie ou multiplier les difficultés sociales [1] [2].

Selon le Baromètre santé 2014, 16 % des Ligériens de 15-75 ans présentent un score MH5 inférieur au seuil de 55 points, soit une valeur proche de la moyenne nationale (17 %) [3]. Ce seuil, qui peut varier selon les études, permet d'estimer la proportion de la population ayant des symptômes suffisamment nombreux ou intenses pour être considérée en un état de détresse psychologique.

La proportion de Ligériens ayant un score MH5 inférieur à 55 points a fortement augmenté depuis 2010, où elle s'établissait alors à 9 %. Cette hausse marquée de la prévalence des états de détresse psychologique suit la tendance observée au plan national, et est retrouvée quel que soit le seuil de MH5 retenu.

Une détresse plus fréquemment exprimée par les femmes

Les situations de souffrance psychologique se traduisent de façons très diverses. Elles peuvent s'exprimer sous la forme d'états de détresse psychologique, voire dépressifs, mais également sous la forme de conduites addictives et suicidaires, de prises de risque et d'accidents, ainsi que de comportements agressifs et violents. Ces manifestations diffèrent nettement selon le sexe. Chez les hommes, elles se situent plutôt du côté de l'agi, avec des comportements de prises de risque (notamment en termes de conduites addictives), des violences contre autrui, voire des suicides. Chez les femmes, ces manifestations se caractérisent plus fréquemment par l'expression d'un mal-être, de troubles dépressifs plus ou moins caractérisés, ou de pensées suicidaires.

Chez les 15-75 ans, la probabilité de présenter un état de détresse psychologique est ainsi plus de deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes [3]. Les personnes vivant seules étant par ailleurs nettement plus souvent concernées que celles vivant en couple, l'écart entre les femmes vivant seules et les hommes vivant en couple est particulièrement marqué.

À l'adolescence, les jeunes filles expriment également plus souvent que les garçons des signes de souffrance psychique et présentent plus souvent des troubles dépressifs, dans la région comme en France.

Selon l'échelle *Adolescent depression rating scale*, 25 % des Ligériens de 17 ans présentent une tendance dépressive au moment de l'enquête Escapad de 2014 (dont 21 % d'intensité modérée et 4 % d'intensité sévère²). Cette proportion globale, comparable à celle observée au plan national (26 %), s'élève à 29 % chez les filles contre 20 % chez les garçons [4] [5].

Par ailleurs, les jeunes filles sont, dans la région comme en France, un peu plus nombreuses que les garçons à déclarer avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois (13 % vs 9 %). L'écart est encore plus marqué pour les tentatives de suicide : à 17 ans, 4 % des Ligériennes déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide qui les a conduits à l'hôpital, contre 1 % des garçons.

² Intensité modérée : score compris entre 3 et 5 ; intensité sévère : score supérieur ou égal à 6.



Outre cet effet de genre, d'autres facteurs peuvent influencer sur l'expression d'une souffrance psychologique. Une plus grande fréquence des épisodes de détresse psychologique est ainsi retrouvée chez les personnes déclarant une maladie chronique, ou être limitées dans leurs activités habituelles à cause d'un problème de santé. Les fumeurs quotidiens et les personnes présentant une consommation d'alcool à risque chronique sont également plus souvent concernés par ces états de détresse psychologique. À l'inverse, le fait de vivre en zone rurale est associé à une moindre fréquence des états de détresse psychologique [3].

ENCADRÉ 1. Les liens entre crise économique, chômage et santé mentale

Sous l'effet de la crise économique qui a débuté en 2007, l'Europe et la France ont connu une hausse du chômage et du taux de pauvreté. Ces situations peuvent être préjudiciables à la santé mentale. Des recherches montrent effectivement que les personnes connaissant ces conditions présentent un risque significativement augmenté de présenter des troubles mentaux et du comportement comme la dépression, la consommation excessive d'alcool et le suicide [6].

La consommation d'antidépresseurs a sensiblement augmenté dans la plupart des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) depuis le début des années 2000, et notamment en France où elle est passée de 40 à 50 doses quotidiennes définies³ pour 1 000 habitants entre 2000 et 2011 [7]. Cette hausse peut être partiellement expliquée par le sentiment d'insécurité provoqué de la crise économique, mais peut également être liée à d'autres facteurs comme l'extension des indications des traitements antidépresseurs et l'allongement de leur durée.

En France, une récente étude basée sur le panel *Santé et itinéraire professionnel* s'est attachée à analyser plus précisément l'effet causal du chômage sur la santé mentale. Ce travail a mis en évidence que l'expérience du chômage aurait un effet sur les hommes alors que ce ne serait pas le cas pour les femmes. L'effet observé se concentre chez les hommes en deuxième partie de carrière, et est robuste aux différentes mesures de santé mentale analysées (dépression majeure, anxiété généralisée) [8].

4.2 PRISES EN CHARGE ET MORTALITÉ LIÉES AUX TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT

Moins de patients pris en charge par les psychiatres libéraux dans la région, surtout parmi les adultes d'âge moyen et les personnes âgées

La prise en charge en ville des patients atteints de troubles mentaux et du comportement repose sur plusieurs types d'acteurs : d'une part les professionnels spécialisés (médecins psychiatres libéraux et psychologues), et d'autre part les professionnels de premier recours : médecins généralistes libéraux, mais aussi infirmiers pour les soins délivrés dans le cadre de la pathologie psychiatrique.

En 2015, plus de 82 000 Ligériens (dont 62 % de femmes) ont consulté au moins une fois un psychiatre libéral au cours de l'année, ce qui correspond à 2,2 % de la population régionale (1,8 % des hommes et 2,7 % des femmes)⁴ [9].

Le profil évolutif du recours au psychiatre libéral selon l'âge diffère selon le sexe

Fig1]. Chez les hommes, on observe un premier pic de consultations chez les garçons de 5 à 9 ans, puis une diminution autour de l'adolescence et une réascension du taux de consultants à partir de 20 ans. Ce taux atteint son maximum entre 40 et 59 ans, autour de 2,5 à 3 % des hommes de ce groupe d'âge, et diminue par la suite. Chez les femmes, le taux de consultantes augmente de manière plus régulière avec l'âge, et est plus marquée que chez les hommes à partir de l'adolescence. Ce taux atteint son maximum entre 40 et 59 ans autour de 4,5 % des femmes de ce groupe d'âge, et diminue par la suite.

La fréquence globalement plus élevée du recours à un psychiatre parmi les femmes est un constat déjà bien connu et décrit en France [10]. La surreprésentation des garçons parmi les enfants consultant entre 5 et 14 ans

³ La dose quotidienne définie correspond à la dose supposée moyenne de traitement par jour du médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte.

⁴ Les sources de données et leurs limites sont décrites sur www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique.

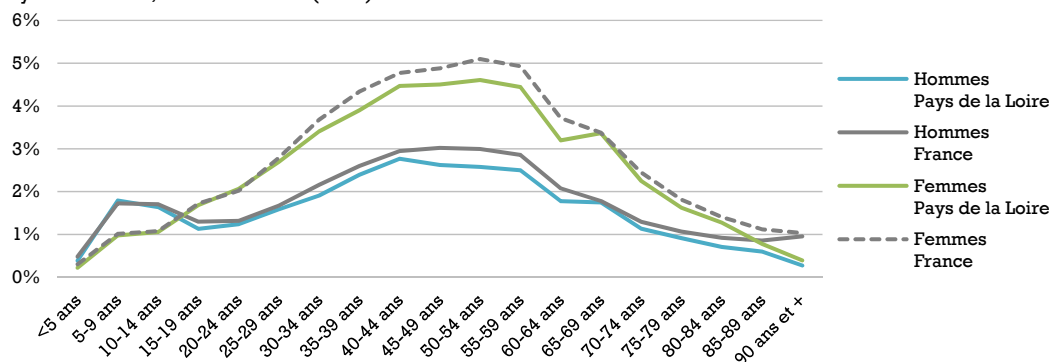


est plus complexe à interpréter. Au-delà de facteurs épidémiologiques (notamment la prévalence plus élevée des troubles envahissants du développement - TED - chez les garçons), cette surreprésentation pourrait également traduire une vigilance particulière des parents autour des troubles du comportement et de l'attention chez les garçons à cet âge (s'appuyant sur le caractère souvent plus externalisé et perturbateur de ces troubles chez eux que chez les filles) [11].

Chez les hommes comme chez les femmes, on observe un net décrochage du taux de personnes consultant un psychiatre à 60-64 ans (avec néanmoins un rattrapage dès 65-69 ans, notamment chez les femmes). Ce constat rejoint celui observé dans le cadre d'une étude sur la santé physique et mentale des Français au moment de la retraite : cette période de transition se traduit, sur les premières années, par une nette diminution des prévalences de fatigue psychique et de symptomatologie dépressive [12], cette association pouvant être rapprochée de la chute des risques psychosociaux liés au travail.

Fig1. Pourcentage de personnes ayant consulté au moins une fois un psychiatre libéral au cours de l'année selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire, France entière (2015)



Sources : Sniiram, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Quelle que soit la classe d'âge, chez les hommes comme chez les femmes, le taux de personnes consultant un psychiatre libéral est moins élevé parmi les Ligériens qu'en moyenne en France. Ce moindre recours régional apparaît particulièrement marqué chez les adultes d'âge moyen (45 à 59 ans) et les personnes très âgées (85 ans et plus).

Au sein de la région, le plus faible taux de personnes consultant un psychiatre libéral est observé en Vendée (1,6 %), devant la Sarthe (1,9 %), la Mayenne (2,2 %), le Maine-et-Loire (2,3 %) et la Loire-Atlantique (2,7 %).

Un contexte régional marqué par une offre de psychiatrie libérale assez faible et inégalement répartie

Le recours aux différentes modalités de prises en charge en psychiatrie, et notamment à un psychiatre libéral, est étroitement lié aux caractéristiques territoriales de l'offre de soins. À ce titre, la faible densité de psychiatres libéraux dans les Pays de la Loire (au nombre de 250 début 2016, soit 6,7 pour 100 000 habitants [13]) par rapport à la moyenne en France métropolitaine (10,1 pour 100 000) peut en partie expliquer le taux moins élevé de Ligériens consultant ces praticiens. La Vendée, dont la population connaît le plus faible taux de recours aux psychiatres libéraux, se distingue par une présence particulièrement faible de ces praticiens (au nombre de 18 début 2016, soit 2,7 pour 100 000 habitants contre 4,5 en Sarthe, 4,9 en Mayenne, et 8,8 en Loire-Atlantique et dans le Maine-et-Loire).

Dans ce contexte, les médecins généralistes de la région jouent vraisemblablement un rôle important dans les prises en charge psychiatriques [ENCADRÉ 2]. Une partie des personnes qui souhaitent ou nécessitent de consulter un professionnel spécialisé dans les soins de santé mentale peuvent également solliciter un



psychologue⁵, notamment libéral. Toutefois la non prise en charge par l'assurance maladie de ces soins constitue un frein à ce type de recours.

Les Pays de la Loire comptent début 2016 près de 2 800 psychologues dont près de 1 000 ont une activité libérale. Cela correspond à des densités respectives de 75 et 27 pour 100 000 habitants (88 et 28 au plan national). Cette offre est très hétérogène sur le territoire, se concentrant essentiellement en Loire-Atlantique : 40 psychologues pour 100 000, contre 11 et 14 pour 100 000 en Mayenne et en Sarthe. La Vendée et le Maine-et-Loire présentent une situation intermédiaire avec des densités de respectivement 20 et 25 psychologues libéraux pour 100 000 habitants.

La fréquence du recours spécifique à ce type de professionnels est difficile à quantifier, dans la mesure où les consultations auprès de psychologues ne font pas l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie. Selon le Baromètre santé 2010, 4 % des jeunes Ligériens âgés de 15 à 25 ans (5 % des filles, 3 % des garçons) déclarent avoir consulté un psychologue, psychiatre, psychanalyste ou psychothérapeute⁶ au cours de l'année précédant l'enquête. Cette proportion est moins élevée qu'au plan national (7 %) [14].

ENCADRÉ 2. Implication des médecins généralistes et infirmières libérales de la région dans la prise en charge des troubles psychiatriques

Dans la région, les enquêtes issues des Panels médecins généralistes et infirmières libérales permettent d'apporter un éclairage sur la fréquence à laquelle ces professionnels sont confrontés à des personnes atteintes de troubles psychiatriques, et sur leurs pratiques de prise en charge.

En 2011, la majorité des médecins généralistes de la région disent prendre en charge chaque semaine des patients présentant une souffrance psychique (77 %), des troubles anxieux (83 %) ou un état dépressif (61 %). Pour l'addiction à l'alcool ou à une substance illicite, ces proportions sont nettement moins élevées : respectivement 20 % et 14 %. Enfin, seulement 7 % des médecins prennent en charge chaque semaine des patients présentant des troubles bipolaires et 5 % des patients souffrant de schizophrénie [15].

La dépression constitue un facteur de risque majeur des conduites suicidaires. Ces dernières sont une problématique très présente dans la pratique des médecins généralistes. En effet, au cours des cinq années précédant l'enquête, la moitié des médecins généralistes ligériens ont eu au moins un de leurs patients qui s'est suicidé (contre 43 % au plan national, et près de neuf généralistes sur dix ont été confrontés à une tentative de suicide dans leur patientèle (81 % au plan national) [16]. Ces données confirment que les problèmes de santé mentale occupent une place importante dans la pratique des médecins généralistes de ville et soulignent le rôle essentiel de ces praticiens dans le dépistage et la prise en charge de ces troubles (incluant les prescriptions médicamenteuses), notamment dans les Pays de la Loire.

93 % des infirmiers libéraux de la région déclarent avoir pris en charge au moins une fois en 2012 un patient atteint d'une pathologie psychiatrique (pour la distribution de médicaments, les injections-retard ou autres soins infirmiers délivrés dans le cadre de la pathologie psychiatrique) [17]. Près d'un infirmier libéral sur cinq (18 %) déclare avoir vu au moins cinq patients différents pour des pathologies psychiatriques au cours de la semaine précédant l'enquête.

109 000 Ligériens pris en charge en 2015 par un établissement de soins psychiatriques...

Les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent, outre le dénombrement des patients hospitalisés en court séjour pour troubles mentaux et du comportement, le dénombrement des patients pris en charge dans les établissements ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (via le Recueil d'information médicalisée en psychiatrie, Rim-P).

Pour les établissements publics et les établissements privés d'intérêt collectif (Espic), le dénombrement du Rim-P inclut l'ensemble des personnes prises en charge à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire. Pour les établissements privés à but lucratif, seules les personnes prises en charge à temps complet ou à temps partiel sont prises en compte. Les actes ambulatoires réalisés dans ces établissements relevant du secteur libéral ne font

⁵ Le psychologue est un universitaire diplômé au minimum d'un master en psychologie (bac +5). Il prend en charge des personnes présentant des difficultés personnelles ou psychiques, mais ne peut prescrire de médicaments dans ce cadre. Le psychiatre, en tant que médecin, peut prescrire des médicaments pour traiter les maladies mentales et les troubles psychiques.

⁶ Les praticiens ont été regroupés dans la mesure où les personnes interrogées ont pu ne pas savoir faire la différence entre ces quatre types de professionnels.



en effet pas l'objet d'un recueil dans le Rim-P [18]. Il est d'usage de distinguer cinq grands types de prises en charge en établissement psychiatrique :

- temps complet : hospitalisation à temps plein ou alternatives (placement familial thérapeutique et accueil en centre de postcure notamment),
- temps partiel : hospitalisation de jour ou de nuit,
- domicile : hospitalisation à domicile (HAD) ou prise en charge ambulatoire à domicile,
- groupe : prise en charge ambulatoire de groupe ou en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP),
- ambulatoire individuel : prise en charge ambulatoire autre qu'à domicile ou en groupe.

Près de 108 900 Ligériens (dont autant d'hommes que de femmes) ont été pris en charge au moins une fois par un établissement psychiatrique au cours de l'année 2015 [19]. Cela correspond à près de 3 % de la population régionale.

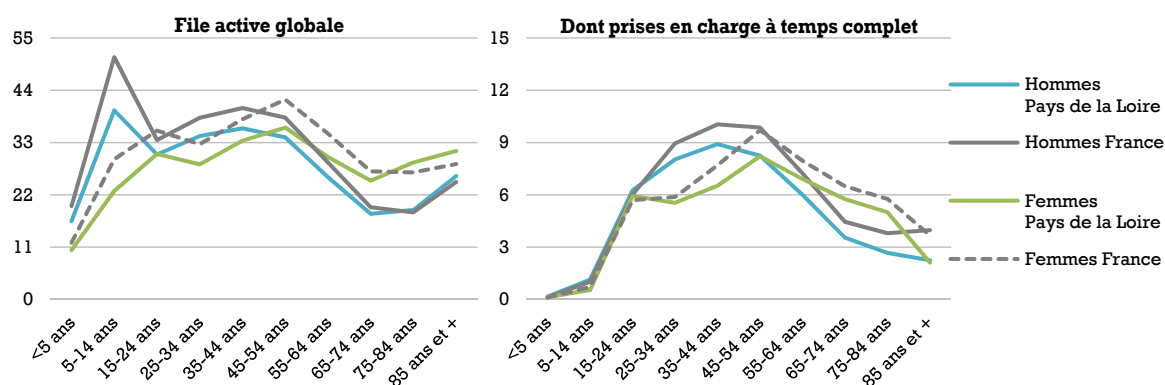
Parmi eux, 19 600 (soit 18 % de la file active globale) ont bénéficié au moins une fois dans l'année d'une prise en charge à temps complet⁷ [18]. L'ambulatoire individuel représente en outre le mode de prise en charge le plus fréquent (90 % de la file active globale en ayant bénéficié au moins une fois). Les prises en charge de groupe, à temps partiel et à domicile sont nettement moins fréquentes (respectivement 12 %, 7 % et 5 % de la file active globale en ayant bénéficié au moins une fois dans l'année).

Les courbes des taux par sexe et âge des patients pris en charge en établissement psychiatrique [Fig2] adoptent un profil évolutif très différent de ceux classiquement observés en soins aigus (où les taux de patients hospitalisés augmentent généralement de manière exponentielle avec l'âge).

En effet, parmi l'ensemble des patients pris en charge en établissement psychiatrique, le taux connaît - en dehors d'un pic autour de 5-14 ans présent uniquement chez les garçons, similaire au pic du taux observé pour le recours à un psychiatre libéral [Fig1] - une augmentation jusqu'à 40 ans environ pour les hommes, et 50 ans pour les femmes. Ce taux décline ensuite, et se remet à progresser à partir de 75 ans pour les hommes comme pour les femmes [ENCADRÉ 3]. Ces tendances sont identiques dans les Pays de la Loire et en France.

Pour les patients pris en charge à temps complet, le constat est assez analogue, mais il n'y a pas d'inversion de tendance à 75 ans, les taux de patients pris en charge continuant à baisser après cet âge.

Fig2. Taux de patients pris en charge en établissement de soins psychiatriques selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)



Sources : Rim-P (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000

⁷ Ce champ du Rim-P apparaît comme l'un des plus robustes, en termes d'exhaustivité et de qualité des données renseignées. Par ailleurs, le recueil d'informations concernant le temps complet est identique dans les établissements publics et privés (pas d'asymétrie du champ du recueil, contrairement aux prises en charge ambulatoires), permettant ainsi des comparaisons territoriales plus fiables.



ENCADRÉ 3. Comment expliquer la diminution de fréquence des prises en charge en établissement psychiatrique entre 45 et 75 ans ?

Si l'augmentation des taux de patients pris en charge au-delà de 75 ans dans la file active globale s'explique par le poids croissant des détériorations psychiques de toutes origines (notamment celles liées à la maladie d'Alzheimer), la diminution marquée des taux entre 45 et 75 ans est moins documentée et plus complexe à interpréter. Plusieurs facteurs ou hypothèses, susceptibles d'être liés entre eux, pourraient expliquer ce phénomène.

La première explication tient au risque de décès particulièrement élevé des jeunes adultes atteints de pathologies psychiatriques (notamment par suicide), qui conduit à la disparition prématurée de certains patients. De nombreuses études décrivent notamment une espérance de vie des personnes souffrant de troubles schizophréniques inférieure de 15 ans par rapport au reste de la population. Par ailleurs, le moindre recours des personnes âgées de 45 à 75 ans peut refléter le cours naturel de la maladie psychique, qui apparaît chez l'adulte jeune, et finit parfois par se compenser/s'apaiser quand la personne "apprend" à vivre avec sa maladie.

Ce phénomène pourrait aussi résulter d'évolutions du parcours de soins, et en particulier du transfert de certaines prises en charge vers le secteur libéral (médecins généralistes, psychiatres, psychologues...).

Il pourrait également être lié à des spécificités épidémiologiques de cette classe d'âge, et notamment de l'émergence massive au-delà de 45 ans des pathologies somatiques, qui focalisent les prises en charge.

Enfin, l'existence d'un effet de cohorte, en lien notamment avec les évolutions considérables de la psychiatrie au cours des 30 à 40 dernières années, tant en termes de diagnostic que de prises en charge, est également envisageable.

Les taux régionaux de personnes prises en charge en établissement psychiatrique sont inférieurs à la moyenne nationale pour la plupart des classes d'âge, hormis chez les patients de plus de 75 ans dans la file active globale [Fig2]. Ce dernier constat pourrait en partie être rapproché du fait que les Pays de la Loire sont l'une des régions qui présentent la plus forte densité d'équipement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Le taux de prises en charge plus élevé au-delà de 75 ans pourrait refléter le développement par les établissements psychiatriques de prises en charge en ambulatoire auprès des résidents en Ehpad.

Au total, à structure d'âge comparable, la fréquence régionale des patients pris en charge en établissement de soins psychiatriques reste néanmoins inférieure de 12 % à la moyenne nationale, s'agissant de la file active globale comme du sous-groupe des patients pris en charge au moins une fois à temps complet, et chez les hommes comme chez les femmes.

Au sein de la région, la fréquence des patients pris en charge en établissement de soins psychiatriques est inférieure à la moyenne nationale dans tous les départements (de - 19 % en Loire-Atlantique et Maine-et-Loire à - 11 % en Vendée et - 4 % en Mayenne) sauf en Sarthe où elle la dépasse de 8 %.

S'agissant des patients pris en charge au moins une fois à temps complet, les fréquences sont inférieures à la moyenne nationale dans chacun des départements (de l'ordre de - 15 à - 12 % en Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne et Vendée, mais de - 3 % seulement en Sarthe).

... dont plus du tiers pour troubles névrotiques ou pour troubles de l'humeur

Les groupes de pathologies les plus fréquemment suivies en établissement psychiatriques sont les troubles névrotiques : 18 % des Ligériens pris en charge en 2015 l'ont été au moins une fois pour ce type de pathologies (renseigné en diagnostic principal), dont 5 % pour troubles anxieux d'origine non phobique [Fig3]. Suivent les troubles de l'humeur (17 %, dont 13 % pour troubles dépressifs), « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » (11 %, dont 6 % pour schizophrénie) et les troubles liés à l'usage de substances psychoactives (7 %, dont 6 % pour troubles liés à l'usage d'alcool).

Les troubles névrotiques et les troubles de l'humeur sont plus fréquemment rencontrés chez les femmes : respectivement 21 % et 22 % ont été prises en charge au moins une fois pour ces types de pathologies, contre 14 % et 12 % chez les hommes. À l'inverse, les hommes sont plus fréquemment pris en charge pour « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » et pour troubles liés à l'usage de substances psychoactives : respectivement 13 % et 11 %, contre 9 % et 4 % chez les femmes.



Les prises en charge pour troubles du comportement et émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence, troubles du développement psychologique, et troubles mentaux organiques pèsent moins, parmi l'ensemble des patients pris en charge tous âges confondus. Toutefois si l'on s'intéresse aux deux extrêmes de la vie, les deux premiers types de troubles sont les plus fréquents parmi les 1-17 ans (respectivement 27 % et 18 % des enfants pris en charge), et les troubles mentaux organiques dominés par les démences sont parmi les plus fréquents parmi les personnes âgées, notamment au-delà de 75 ans.

Les taux régionaux de patients pris en charge sont inférieurs ou similaires à la moyenne nationale pour la plupart des groupes de pathologies. Seuls les taux de prises en charge pour troubles liés à la consommation d'alcool chez les hommes, et dans une moindre mesure, pour démences et pour troubles du développement psychologique chez les femmes, sont légèrement supérieurs dans la région par rapport à ceux observés en moyenne en France.

Si l'on se restreint à l'étude des prises en charge à temps complet, la répartition des groupes de pathologies diffère sensiblement. Chez les hommes, le groupe « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » prend une place prépondérante avec 26 % des patients pris en charge au moins une fois à temps complet dans l'année pour ce type de pathologies, dont 16 % pour schizophrénie. Chez les femmes, les troubles de l'humeur dominent largement, puisque 40 % ont été prises en charge au moins une fois à temps complet pour ce type de pathologies, dont 30 % pour troubles dépressifs.

Fig3. Personnes prises en charge en établissement de soins psychiatriques par groupe de pathologies
Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)

	Hommes				Femmes			
	Pays de la Loire			France	Pays de la Loire			France
	Nombre	% ¹	Taux ²	Taux ²	Nombre	% ¹	Taux ²	Taux ²
File active globale	54 518	100 %	30,1	34,2	54 350	100 %	28,5	32,5
Troubles mentaux organiques (F00-F09, G30)	987	2 %	0,5	0,5	1 400	3 %	0,7	0,7
<i>dont démences³ (F00-F03, G30)</i>	550	1 %	1,8	1,8	945	2 %	2,3	2,2
<i>dont maladie d'Alzheimer³ (F00, G30)</i>	274	1 %	0,9	0,8	535	1 %	1,3	1,1
Troubles liés à l'usage de substances psycho-act. (F10-F19)	5 927	11 %	3,3	3,3	2 079	4 %	1,1	1,3
<i>dont troubles liés à l'alcool (F10)</i>	4 707	9 %	2,6	2,4	1 699	3 %	0,9	1,0
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29)	7 249	13 %	4,0	4,6	5 015	9 %	2,6	2,9
<i>dont schizophrénie (F20)</i>	4 658	9 %	2,6	3,1	2 323	4 %	1,2	1,4
Troubles de l'humeur (F30-F39)	6 480	12 %	3,6	4,6	11 717	22 %	6,2	7,9
<i>dont troubles dépressifs (F32-F39)</i>	5 055	9 %	2,8	3,6	9 346	17 %	4,9	6,3
Troubles névrotiques (F40-F48)	7 806	14 %	4,3	5,0	11 271	21 %	5,9	6,9
<i>dont troubles anxieux non phob. (F41)</i>	2 221	4 %	1,2	1,7	3 670	7 %	1,9	2,6
Syndr. comportementaux (F50-F59)	277	1 %	0,2	0,3	1 193	2 %	0,6	0,8
Troubles de personnalité (F60-F69)	3 423	6 %	1,9	2,1	2 726	5 %	1,4	1,8
Retard mental (F70-F79)	930	2 %	0,5	0,6	678	1 %	0,4	0,4
Troubles du développement psychologique (F80-F89)	3 575	7 %	2,0	2,2	1 588	3 %	0,8	0,7
<i>dont troubles envahissants dev. (F84)</i>	1 695	3 %	0,9	1,1	449	1 %	0,2	0,3
Troubles du comportement et émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence (F90-F98)	4 446	8 %	2,5	3,0	2 122	4 %	1,1	1,4
Autre code CIM-10 ou non renseigné	20 246	37 %	11,2	11,4	20 873	38 %	11,0	10,9

Sources : Rim-P (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

1. Proportion au sein de la file active globale

2. Taux brut pour 1 000

3. Taux pour 1 000 personnes âgées de 65 ans ou plus



4 900 Ligériens pris en charge au moins une fois dans l'année sans leur consentement

Si le plus souvent les prises en charge pour troubles mentaux sont réalisées avec le consentement de la personne concernée (soins psychiatriques libres), certains patients peuvent souffrir de troubles qui rendent impossible leur consentement. Une prise en charge peut alors être réalisée sans ce consentement, à la demande d'un tiers, ou à la demande d'un représentant de l'État⁸.

L'année 2011 marque une transition importante dans le domaine des soins sans consentement. En effet, la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, ouvre les soins sans consentement aux modalités de prise en charge autres que l'hospitalisation à temps plein, et prévoit l'intervention systématique d'un juge des libertés et de la détention [ENCADRÉ 4].

En 2015, 4 870 Ligériens ont été pris en charge au moins une fois sans leur consentement. Cela représente 4,5 % de la file active globale en établissement de soins psychiatriques. Ces Ligériens sont plus fréquemment des hommes (59 %), et les classes d'âge les plus représentées sont celles des 25-34 ans (21 %), 35-44 ans (22 %) et 45-54 ans (20 %).

Parmi les personnes âgées de 15 ans ou plus, le taux brut de patients pris en charge sans leur consentement s'élève à 1,6 pour 1 000 dans la région (contre 1,9 en moyenne en France). À structure d'âge comparable, la fréquence de ces prises en charge est ainsi inférieure de 14 % à la moyenne nationale (- 17 % chez les hommes et - 10 % chez les femmes).

Les pathologies de type « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » sont de loin les plus fréquemment en cause : 48 % des hommes et 38 % des femmes pris en charge sans leur consentement en 2015 l'ont été au moins une fois pour un trouble de ce type (dont respectivement 32 % et 16 % pour schizophrénie). Suivent les troubles de l'humeur, avec 14 % des hommes et 27 % des femmes pris en charge sans leur consentement pour ce type de pathologies.

Près de la moitié des passages aux urgences pour troubles psychiatriques se concluent par une hospitalisation

Dans les services d'urgences de la région en 2015, 3,7 % des passages de Ligériens pour lesquels le résumé de passage aux urgences (RPU) mentionne un diagnostic⁹ sont en lien avec un trouble du psychisme ou une pathologie psychiatrique¹⁰ [21]. Ces passages concernent autant d'hommes que de femmes, et majoritairement des personnes âgées de 18 à 64 ans (75 %, dont 14 % de 18-24 ans et 18 % de 50-64 ans). Les diagnostics les plus fréquemment retenus lors de ces passages sont les troubles anxieux non phobiques (27 %), « réactions à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation » (19 %) et épisodes dépressifs (16 %). Les troubles liés à la consommation d'alcool représentent quant à eux 6 % des passages.

Les passages aux urgences pour trouble ou pathologie psychiatrique se concluent fréquemment, dans 45 % des cas, par une hospitalisation (contre 29 % parmi autres passages aux urgences).

⁸ En dehors de ces deux situations, il existe d'autres modes de prises en charge sans consentement, concernant un faible nombre d'individus : détenus ayant fait l'objet d'une hospitalisation psychiatrique (article D.398 du code de procédure pénale), patients jugés pénalement irresponsables (PJP), et mineurs ayant fait l'objet d'une ordonnance provisoire de placement (OPP).

⁹ Soit 61 % des RPU transmis par 28 des 30 services d'urgences de la région. Les passages de Ligériens dans les services d'urgences d'autres régions ne sont pas comptabilisés.

¹⁰ Méthodologie de regroupement des diagnostics principaux établie par la Fédération nationale des Observatoires régionaux des urgences (FÉDORU).



ENCADRÉ 4. Les principales évolutions des soins psychiatriques sans consentement apportées par la loi du 5 juillet 2011

Modalités de prise en charge

Les conditions et modalités de ces prises en charge ont été modifiées par la loi du 5 juillet 2011 [20], avec le souci de préserver les libertés ou du moins de maîtriser l'atteinte qui peut y être portée.

- *Soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT) :*

Une personne de la famille ou agissant dans l'intérêt du malade peut faire demander une hospitalisation sur demande d'un tiers si les troubles mentaux rendent impossible le consentement du malade, et si son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante.

La demande de la personne qui la formule doit être accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours qui constatent l'état mental du patient et la nécessité de l'hospitalisation (un seul certificat médical en cas de demande d'un tiers en urgence). Le procureur de la République est tenu informé de cette prise en charge par le directeur de l'établissement.

- *Soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPP) :*

En cas de péril imminent pour la santé du patient et lorsque la recherche d'un tiers s'avère impossible, l'hospitalisation peut se faire sur la base d'un seul certificat médical. Le certificat doit être établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil, contrairement à la SPDT urgente. Le certificat doit faire apparaître l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient. Le directeur de l'établissement prononce l'admission ou non au vu du certificat.

- *Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat (SPDRE, ex-hospitalisation d'office) :*

Sur le fondement d'un certificat médical circonstancié émanant d'un psychiatre, le préfet prononce par arrêté l'admission en soins psychiatriques d'une personne dont les troubles mentaux nécessitent des soins, compromettent la sûreté des personnes ou portent gravement atteinte à l'ordre public. Avant l'expiration d'un délai de 15 jours, le juge de la détention et des libertés doit être saisi. En cas de saisine après ce délai, le juge constate que la mainlevée de l'hospitalisation est acquise.

Déroulement des soins

Lorsqu'une personne est admise sans consentement en soins psychiatriques, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous forme d'hospitalisation complète. Dans les 24 heures de l'admission, elle doit être examinée par un psychiatre qui établit un certificat médical constatant son état mental et confirme ou non la nécessité de maintenir les soins. Dans les 72 heures, un nouveau certificat doit être établi et le psychiatre détermine, si nécessaire, le programme de soins. L'hospitalisation complète ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention n'ait statué sur cette mesure dans un délai de 15 jours à compter de l'admission.

Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou sur décision du préfet peut être prise en charge soit sous la forme d'une hospitalisation complète, soit sous une autre forme incluant des soins ambulatoires (pouvant comporter des soins à domicile et des séjours effectués dans un établissement spécialisé).

Dans ce dernier cas, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil qui participe à la prise en charge de la personne. Ce programme définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité. L'avis de la personne est recueilli au cours d'un entretien qui précède l'élaboration du programme dans la mesure où son état le permet.

Fin de l'hospitalisation

L'hospitalisation prend fin si le psychiatre de l'établissement constate la disparition des troubles chez la personne, ou si le juge des libertés et de la détention agissant notamment sur demande de la personne, d'un membre de sa famille ou du procureur de la République l'ordonne, ou si le préfet agissant sur demande d'un tiers ou du psychiatre qui suit la personne l'ordonne.

17 500 Ligériens hospitalisés en court séjour pour troubles mentaux et du comportement, dont un tiers pour troubles liés à l'usage d'alcool

Qu'ils aient été pris en charge au préalable dans un service d'urgences ou non, environ 17 500 Ligériens (dont 51 % d'hommes) ont été hospitalisés au moins une fois en 2015 en service de court séjour non spécialisé en psychiatrie (MCO) pour troubles mentaux et du comportement en diagnostic principal [22].

Parmi les 15 600 patients hospitalisés pour un trouble sans lien avec une démence, plus d'un tiers l'ont été pour troubles mentaux liés à l'usage d'alcool (5 600).

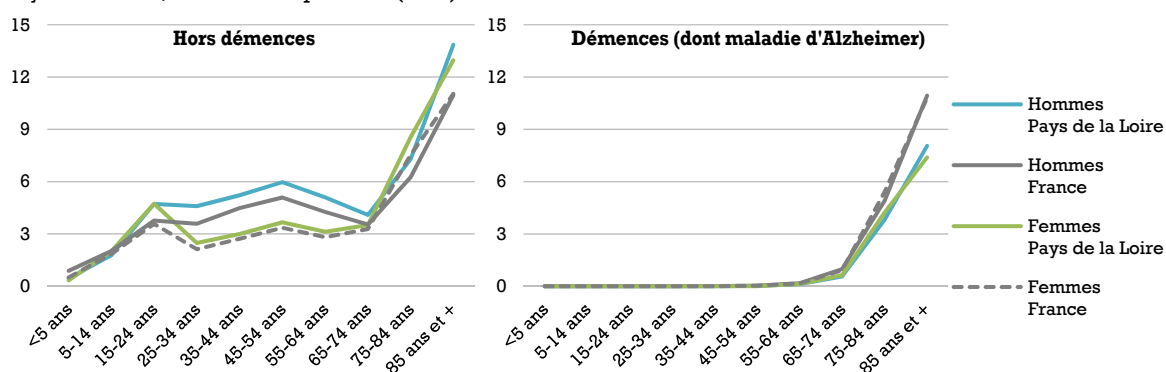
La courbe par âge des taux de patients hospitalisés pour troubles sans lien avec une démence adopte un profil différent selon le sexe [Fig4]. Chez les femmes, le taux connaît un premier pic à 15-24 ans (en lien notamment avec des hospitalisations pour troubles de l'humeur), puis une diminution et une stabilisation autour de 0,3 % des



femmes. Chez les hommes, le taux augmente également dès 15-24 ans, mais continue de croître pour atteindre un pic à 45-54 ans (0,6 % des hommes de cette classe d'âge, en raison notamment d'une fréquence élevée d'hospitalisations en lien avec la consommation d'alcool). Chez les hommes comme chez les femmes, le taux de patients hospitalisés augmente de manière très marquée à partir de 75-84 ans.

Un peu plus de 2 100 Ligériens ont par ailleurs été hospitalisés pour une démence (maladie d'Alzheimer ou autre). Les taux de patients hospitalisés sont négligeables avant 65 ans, et augmentent de manière particulièrement marquée à partir 75-84 ans, chez les hommes comme chez les femmes [Fig4].

Fig4. Taux de patients hospitalisés en court séjour pour troubles mentaux et du comportement selon l'âge et le sexe Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000

Une moindre fréquence des hospitalisations en MCO pour démences, mais un recours plus élevé pour les autres troubles mentaux

Dès 15-24 ans, les taux régionaux de patients hospitalisés en court séjour pour troubles mentaux hors démences sont supérieurs à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. Au total, à structure d'âge comparable, la fréquence régionale de ces hospitalisations est supérieure de 16 % à la moyenne française, en lien notamment avec une fréquence élevée de séjours pour troubles liés à la consommation d'alcool (+ 16 % également) qui peut être rapprochée de la situation régionale particulièrement défavorable pour ce comportement [voir chapitre Consommation d'alcool].

Entre 2009 et 2015, le taux de patients hospitalisés pour troubles mentaux hors démences a augmenté de 1,9 % par an en moyenne dans la région, alors qu'il est resté stable au niveau national [Fig5].

Au sein de la région, la Sarthe et la Mayenne, et, dans une moindre mesure, le Maine-et-Loire, se distinguent par des taux de patients hospitalisés pour troubles mentaux hors démences nettement supérieurs à la moyenne nationale (respectivement + 69 %, + 50 % et + 33 % à structure d'âge comparable). La situation de la Sarthe est d'autant plus défavorable que le taux tend à s'accroître assez nettement (+ 2,3 % par an en moyenne), dans un contexte marqué par une faible offre en psychiatres et psychologues libéraux.

Concernant les démences, les taux par âge de patients hospitalisés sont moins élevés dans les Pays de la Loire qu'en France. La fréquence régionale de ces hospitalisations chez les plus de 65 ans est notamment inférieure de 27 % à la moyenne nationale. L'origine de ce moindre recours est sans doute multifactorielle, et il est difficile de savoir quelle part de cet écart résulte de l'épidémiologie, des pratiques de soins des différents professionnels de santé concernés, mais aussi de l'organisation des prises en charge des personnes âgées présentant une démence, à domicile et en institution.

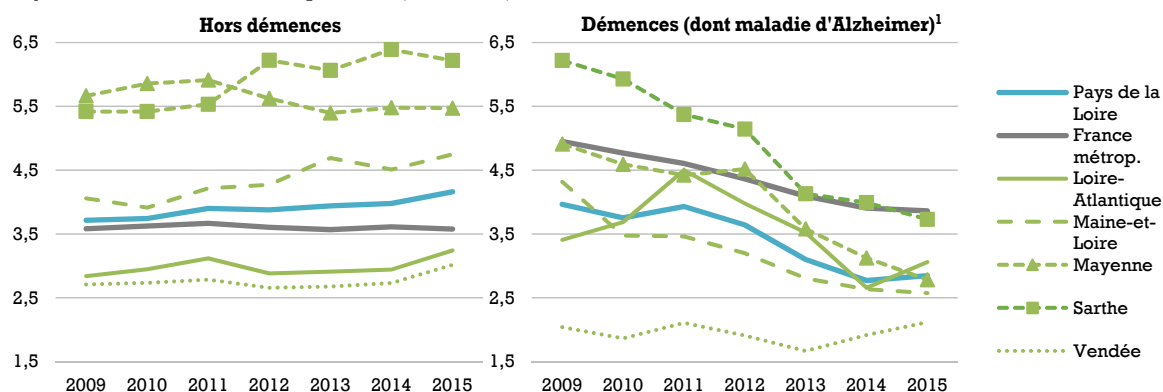
Depuis 2009, le taux de patients hospitalisés pour démence a diminué de manière marquée, de 5,4 % par an en moyenne chez les Ligériens de 65 ans ou plus (- 4,1 % au plan national).

Au sein de la région, tous les départements présentent des taux de patients hospitalisés inférieurs à la moyenne nationale, hormis la Sarthe dont la situation tend toutefois à se normaliser sur les années les plus récentes. La



Vendée se distingue par un taux particulièrement faible et stable autour de 0,2 % de plus de 65 ans hospitalisés au moins une fois dans l'année pour démence.

Fig5. Évolution du taux de patients hospitalisés en court séjour pour troubles mentaux et du comportement
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)
1. Taux pour 1 000 personnes âgées de 65 ans ou plus

Près de 90 000 Ligériens sont en ALD pour troubles mentaux et du comportement, un taux d'admissions inférieur à la moyenne nationale

Les troubles mentaux et du comportement sont le plus souvent des maladies chroniques au cours desquelles les patients bénéficient de multiples formes de prises en charge spécialisées, successives et/ou parallèles, et de natures diverses (traitement médicamenteux, psychothérapie, thérapie cognitivo-comportementale, hospitalisation à temps complet ou partiel, réhabilitation psychosociale...).

À cet égard, une part importante des personnes concernées bénéficient d'une admission en affection de longue durée (soit en ALD n° 23 pour « Affections psychiatriques de longue durée » - incluant les psychoses, les troubles de l'humeur récurrents ou persistants, les déficiences intellectuelles et troubles graves du développement durant l'enfance, et les troubles névrotiques sévères et troubles graves de la personnalité et du comportement - soit en ALD n° 15 pour « Maladie d'Alzheimer et autres démences ») [23].

Tous régimes d'assurance maladie confondus, 88 500 personnes (dont 60 % de femmes) sont en ALD pour troubles mentaux et du comportement (dont maladie d'Alzheimer et autres démences) fin 2014 dans la région, soit 2,4 % des Ligériens [24].

43 % de ces personnes sont âgées de 65 ans ou plus. Dans ce groupe d'âge, les Ligériens présentant une démence (liée à la maladie d'Alzheimer ou d'un autre type) comptent pour plus de la moitié (53 %) des personnes en ALD, soit plus de 20 200 individus dans la région (dont 14 000 sont atteints de la maladie d'Alzheimer). Les troubles de l'humeur (dont la dépression) constituent le deuxième groupe de pathologies de ce groupe d'âge (23 %, soit près de 8 700 Ligériens en ALD).

Parmi les Ligériens âgés de moins de 65 ans en ALD pour troubles mentaux et du comportement, les deux principaux types de pathologies représentés sont les troubles de l'humeur (31 %, soit près de 15 600 personnes), devant les maladies du groupe « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » (24 %, soit 12 200 personnes).

À structure d'âge comparable, la part des personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement est inférieure de 10 % à la moyenne nationale (- 11 % chez les hommes, et - 9 % chez les femmes). Ce constat est également observé, dans une moindre mesure, parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus : - 6 % chez les hommes comme chez les femmes.

Au sein de la région, la Mayenne est le département où la fréquence des habitants en ALD pour troubles mentaux et du comportement est la plus importante (+ 10 % par rapport à la moyenne nationale), devant la Sarthe (- 3 %),



la Loire-Atlantique (- 7 %), la Vendée (- 18 %) et le Maine-et-Loire (- 20 %). Cette hiérarchie est identique lorsque l'on s'intéresse plus particulièrement aux personnes âgées de 65 ans ou plus.

3 % des Ligériens pris en charge pour maladie psychiatrique parmi les assurés du régime général, et 10 % traités par psychotropes

En utilisant une méthode d'identification de patients plus large, prenant en compte non seulement les personnes en ALD pour troubles mentaux et du comportement, mais aussi celles prises en charge en établissement de santé et/ou ayant des consommations médicamenteuses en lien avec ces affections, la Cnamts estime à 93 600 le nombre de personnes prises en charge pour « maladie psychiatrique » en 2014 dans les Pays de la Loire, pour les seuls assurés du régime général [25]. Cela représente 3,0 % des Ligériens concernés, soit une proportion très proche de celle observée au plan national (3,2 %).

Appliquée à l'ensemble de la population ligérienne, cette fréquence aboutit à une estimation de 110 000 personnes prises en charge pour maladie psychiatrique.

À cette population s'ajoutent, selon la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), 298 300 Ligériens affiliés du régime général (9,6 %, contre 9,7 % au plan national) faisant l'objet d'un traitement psychotrope mais non identifiés comme étant atteints d'une maladie psychiatrique, soit environ 350 000 personnes tous régimes d'assurance maladie confondus dans la région.

Une augmentation des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement, notamment de celles liées aux troubles de l'humeur

Un peu plus de 10 000 Ligériens ont été admis en ALD pour troubles mentaux et du comportement chaque année en moyenne en 2012-2014, dont 59 % de femmes et 50 % de personnes âgées de 65 ans ou plus [26]. Parmi ces admissions, 39 % sont en lien avec une maladie d'Alzheimer ou autres démences, 29 % avec un trouble de l'humeur, et 8 % avec une maladie du groupe « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants ». Les démences représentent, parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus, plus des trois quarts (76 %) des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement.

À structure d'âge comparable, la fréquence des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement est inférieure de 15 % à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. Ce constat est également observé, dans une moindre mesure, parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus : - 9 % chez les hommes et - 13 % chez les femmes. Ces fréquences régionales moins élevées concernent les admissions en ALD en lien avec une démence (- 10 %) comme celles en lien avec une affection hors démence (- 18 %).

Entre 2005 et 2014, les taux régionaux et nationaux d'admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement ont augmenté de manière marquée et constante, dans des proportions relativement similaires (respectivement + 3,4 % et + 3,5 % par an en moyenne). L'écart entre les Pays de la Loire et la France est donc resté relativement stable sur cette période [Fig6].

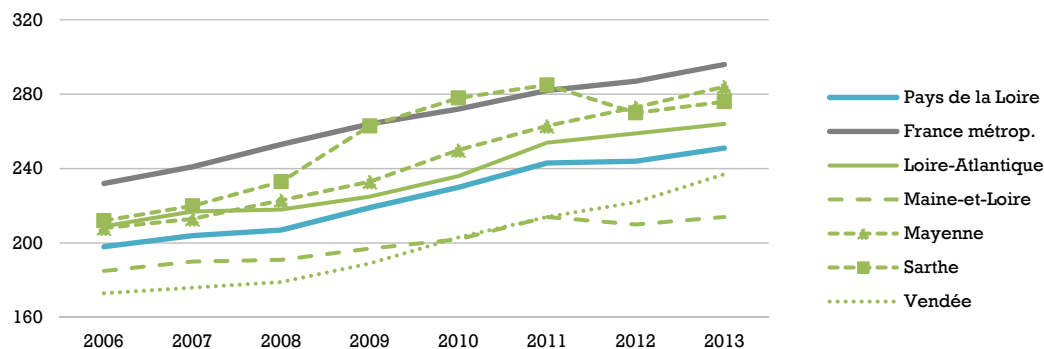
L'augmentation des admissions en ALD a été particulièrement marquée pour les affections hors démences (+ 4,9 % par an en moyenne, contre + 1,2 % pour les démences). Cette tendance est liée pour une large part à la forte progression des admissions pour troubles de l'humeur (+ 8,6 % par an). L'augmentation des admissions d'enfants de moins de 15 ans pour TED incluant l'autisme (+ 16 % par an) participe également à cette tendance, bien qu'elle concerne nettement moins de Ligériens (un peu plus de 300 chaque année, contre près de 3 000 s'agissant des troubles de l'humeur).

Au sein de la région, le taux d'admissions en ALD a augmenté dans chacun des départements. Cette augmentation a été un peu moins marquée dans le Maine-et-Loire (+ 2,1 % par an en moyenne, contre + 3,4 % à + 4,6 % dans les quatre autres départements). Ce département présente ainsi un taux d'admissions sensiblement inférieur à la moyenne régionale sur l'ensemble de la période 2005-2014.



Il convient toutefois d'être prudent dans l'interprétation des évolutions des taux d'admissions en ALD, qui en raison du caractère médico-administratif de ces données, ne peuvent s'expliquer sous un angle uniquement épidémiologique ou démographique [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Fig6. Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour troubles mentaux et du comportement
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

Une mortalité régionale par troubles mentaux et du comportement qui augmente depuis le milieu des années 2000

Les troubles mentaux et du comportement ont été à l'origine de 2 128 décès (hors suicides) de Ligériens chaque année en moyenne en 2009-2013 [27]. Cette mortalité concerne essentiellement des personnes âgées de 65 ans ou plus (91 %) et des femmes (64 %).

À structure d'âge comparable, cette mortalité est inférieure de 7 % à la moyenne nationale. Entre 2004 et 2013, elle a toutefois progressé de 0,7 % par an en moyenne, soit un rythme un peu plus soutenu qu'en France (+ 0,4 %). L'avantage régional dans ce domaine s'est ainsi réduit.

Les décès par démence incluant la maladie d'Alzheimer, qui pèsent très fortement sur la mortalité par troubles mentaux et du comportement (83 %), expliquent en grande partie ces tendances. La mortalité régionale par démence chez les 65 ans et plus est ainsi inférieure de 9 % à la moyenne nationale, et a progressé de 1,0 % par an en moyenne dans la région (+ 0,9 % en France) [Fig7].

Les décès hors démences sont causés pour moitié par des troubles liés à la consommation d'alcool. Cette mortalité a plutôt eu tendance à diminuer au cours des dernières années, mais à un rythme trois fois moins soutenu dans la région (- 0,4 % par an en moyenne) qu'en France. Ainsi, la fréquence régionale des décès hors démences, autrefois comparable à la moyenne nationale, lui est maintenant légèrement supérieure (+ 4 %) [Fig7].

Une nette surmortalité par troubles liés à la consommation d'alcool et par démences dans la Sarthe

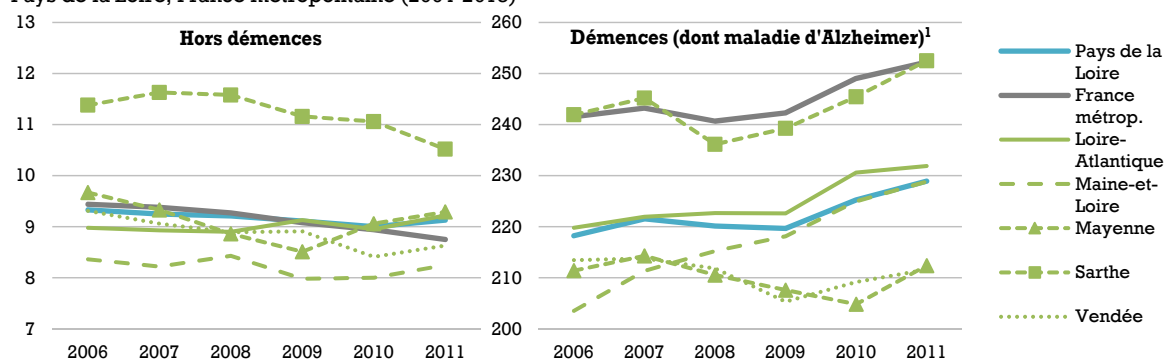
Au sein de la région, la Sarthe se distingue des autres départements par un taux de mortalité par troubles mentaux hors démences très nettement supérieur à la moyenne nationale (+ 18 %) en grande partie expliquée par les causes liées à la consommation d'alcool (+ 20 %).

La Sarthe présente en outre une mortalité importante par démence. Celle-ci est en effet identique à la moyenne nationale, alors que dans les autres départements de la région elle varie de - 8 à - 17 % par rapport à cette moyenne.



Fig7. Évolution du taux standardisé de mortalité liée aux troubles mentaux et du comportement

Pays de la Loire, France métropolitaine (2004-2013)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Taux pour 100 000, moyenne sur 5 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

1. Pour 100 000 personnes âgées de 65 ans ou plus

4.3 PRINCIPALES AFFECTIONS CARACTÉRISÉES EN LIEN AVEC LA SANTÉ MENTALE

Les chapitres relatifs à l'approche populationnelle de la santé des Ligériens [voir Santé des populations aux différents âges de la vie] ont identifié les principaux enjeux autour des troubles mentaux et du comportement aux différents âges de la vie. Cette approche est complétée ici d'une étude plus détaillée des affections caractérisées les plus fréquentes et qui impactent le plus fortement la santé mentale, le développement et la qualité de vie dans l'enfance (affections neuro-développementales incluant l'autisme), chez les adolescents et les adultes (troubles psychiatriques liés à la schizophrénie et troubles dépressifs), et chez les personnes âgées vieillissantes (affections neurodégénératives essentiellement dominées par la maladie d'Alzheimer) [ENCADRÉ 5].

ENCADRÉ 5. L'étude de la transformation avec l'âge des affections en lien avec la santé mentale, par le prisme des données d'ALD

L'analyse des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement et de la part de la population en ALD de ce type selon l'âge apporte, malgré les limites inhérentes à ce type de recueil médico-administratif, un éclairage unique sur la manière dont les grandes entités pathologiques neuro-développementales, psychiatriques et neurodégénératives impactent progressivement la santé des Ligériens tout au long de leur vie.

Dans l'enfance et dès avant l'âge de 5 ans, les premières admissions dans ces ALD sont, plus de 6 fois sur 10, liées à des TED (dont fait partie l'autisme) devant les retards mentaux (28 %). La prédominance des TED se poursuit chez les 5-9 ans (65 % des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement), puis décline au-delà de cet âge (45 % à 10-14 ans, 14 % à 15-19 ans).

À l'adolescence apparaissent les admissions pour troubles schizophréniques : 6 % des Ligériens admis en ALD pour troubles mentaux et du comportement à 10-14 ans le sont pour « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » (dont 2 % pour schizophrénie). Ces proportions continueront d'augmenter avec l'âge pour atteindre respectivement 22 % et 9 % chez les 15-19 ans. L'adolescence est également marquée par la nette augmentation des admissions pour troubles dépressifs (12 % des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement à 15-19 ans). Au total, près d'un quart des Ligériens de 15-19 ans dans ce type d'ALD le sont pour TED, un sur cinq pour retard mental, et un sur huit pour « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants ».

L'âge adulte est marqué par l'augmentation continue et massive de la part des admissions en ALD pour troubles dépressifs, de 15 % chez les 20-24 ans à plus de 50 % chez les 50-59 ans (plus de 60 % chez les femmes). Au total, trois Ligériens âgés de 50-59 ans sur dix en ALD pour troubles mentaux et du comportement le sont pour troubles dépressifs.

Chez les personnes vieillissantes, le poids des admissions pour troubles dépressifs décroît progressivement dès 60-64 ans, et les admissions pour démences prennent le relais (13 %, dont 7 % pour maladie d'Alzheimer). La part des admissions pour démences ne cesse ensuite d'augmenter, pour atteindre 50 % à 70-74 ans, 72 % à 75-79 ans, et 90 % au-delà de 90 ans. Au total, huit Ligériens de plus de 90 ans sur dix en ALD pour troubles mentaux et du comportement le sont pour démence (dont 55 % pour maladie d'Alzheimer), et moins de 10 % le sont pour troubles dépressifs.



4.3.1 TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Les « troubles envahissants du développement » (TED) sont une dénomination utilisée dans la classification internationale des maladies Cim-10 et la classification DSM-IV¹¹, qui correspond en grande partie aux « troubles du spectre autistique » (TSA) dans la DSM-V. Ces troubles se caractérisent par des altérations de certaines fonctions cognitives qui affectent les capacités de communication et la socialisation de l'individu, associées à des intérêts restreints et des comportements stéréotypés. Ils comprennent :

- l'autisme [ENCADRÉ 6],
- le syndrome de Rett : ces enfants se développent normalement jusqu'à l'âge de 6-18 mois puis leur développement stagne, voire régresse et des symptômes autistiques apparaissent,
- le trouble désintégratif de l'enfance : ces enfants se développent normalement jusqu'à 2-4 ans avant de manifester des symptômes autistiques,
- le syndrome d'Asperger : ces enfants n'ont pas de retard dans le développement du langage mais ont des difficultés à l'utiliser de manière adéquate,
- les troubles envahissants du développement non spécifiés : sont regroupés dans cette catégorie les enfants ayant des troubles qui n'ont pas toutes les caractéristiques pour appartenir à l'un des quatre groupes précédents, mais qui manifestent des troubles caractérisés des apprentissages et de l'adaptation sociale.

L'hétérogénéité des TED est déterminée par la sévérité des symptômes, leur âge d'apparition et leur mode d'évolution, les troubles associés, l'existence ou non d'un retard mental, etc. L'autisme est la forme la plus typique et la plus complète de TED.

Des admissions en ALD pour TED moins fréquentes en région, mais en forte augmentation depuis le milieu des années 2000

Chaque année en moyenne en 2012-2014, 365 Ligériens (74 % de garçons et 85 % d'enfants de moins de 15 ans) ont été nouvellement admis en ALD pour TED. La fréquence de ces admissions, qui est de l'ordre 0,1 pour 1 000 Ligériens tous âges confondus, est maximale à 5-9 ans où elle atteint 0,6 pour 1 000 (0,9 chez les garçons et 0,3 chez les filles).

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale des admissions d'enfants de moins de 15 ans en ALD pour TED est inférieure de 23 % à la moyenne nationale (- 25 % chez les garçons et - 14 % chez les filles). Le taux régional d'admissions en ALD pour TED a toutefois augmenté de manière particulièrement marquée (+ 16 % par an en moyenne entre 2005 et 2014, contre + 13 % au plan national), et l'écart avec la France tend ainsi à se réduire.

Au total, près de 2 600 Ligériens sont en ALD pour TED fin 2014 dans la région. Ces Ligériens sont majoritairement des garçons (72 %) et âgés de moins de 15 ans (54 %). Le taux de personnes en ALD correspondant est de 0,7 pour 1 000 Ligériens, et est maximal entre 5 et 14 ans, où il atteint 2,6 pour 1 000 (3,8 chez les garçons et 1,2 chez les filles).

Une fréquence également moindre des prises en charge en établissement de soins psychiatriques

2 100 Ligériens ont été pris en charge en établissement de soins psychiatriques au moins une fois en 2015 pour TED. La grande majorité sont des garçons (79 %) et sont âgés de moins de 25 ans (79 %).

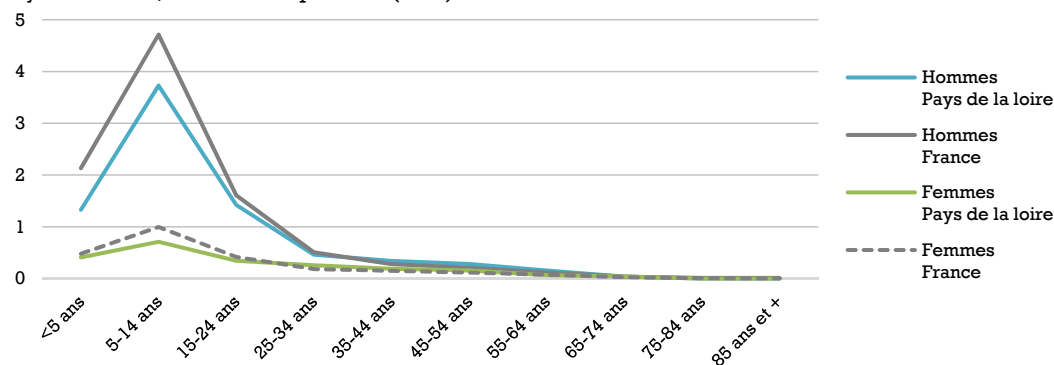
Le taux de Ligériens pris en charge pour TED s'établit à 0,9 pour 1 000 hommes et 0,2 pour 1 000 femmes, et varie fortement selon l'âge [Fig8]. Chez les hommes, le taux augmente de manière marquée chez les enfants pour atteindre un pic à près de 4 pour 1 000 à 5-14 ans, puis diminue au-delà de cet âge. Chez les femmes, le pic de prise en charge à 5-14 ans est nettement moins prononcé (moins de 1 pour 1 000).

¹¹ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.



Chez les hommes comme chez les femmes, les taux de Ligériens pris en charge sont inférieurs aux moyennes nationales chez les moins de 25 ans, classe d'âge qui regroupe la majorité des personnes suivies. Au total, à structure d'âge comparable, la fréquence régionale des prises en charge en établissement de soins psychiatriques pour TED chez les moins de 25 ans est inférieure de 22 % à la moyenne française (- 21 % chez les hommes et - 24 % chez les femmes).

Fig8. Taux de personnes prises en charge en établissement psychiatrique pour TED selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)



Sources : Rim-P (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000

De fortes disparités territoriales

La fréquence des admissions d'enfants de moins de 15 ans en ALD pour TED varie de manière très importante selon les départements. Ces admissions apparaissent nettement moins fréquentes en Sarthe (- 68 % en par rapport à la moyenne nationale), en Vendée (- 64 %) et dans le Maine-et-Loire (- 62 %), qu'en Loire-Atlantique (+ 12 %) et en Mayenne (+ 88 %).

Des disparités départementales très importantes sont également observées en termes de fréquence des prises en charge en établissement de soins psychiatriques. Ces écarts convergent en partie avec les données d'admissions en ALD puisque la Sarthe (- 54 %), la Vendée (- 30 %) et le Maine-et-Loire (- 19 %) présentent de plus faibles fréquences de prises en charge que la Mayenne (- 12 %) et la Loire-Atlantique (- 9 %).

Ces disparités territoriales sont complexes à interpréter. De multiples facteurs liés à l'épidémiologie, mais aussi aux pratiques des professionnels de santé (reconnaissance des troubles de type neuro-développemental, modes de prises en charge), et à l'offre et l'organisation territoriale des structures de soins concernées, pourraient expliquer ces écarts.

ENCADRÉ 6. Autisme : présentation clinique, étiologie, prise en charge et évolution [28]

L'autisme est un trouble dont la description est relativement récente. C'est dans les années 1940 qu'un psychiatre américain d'origine autrichienne, Leo Kanner, décrit sous le nom d'autisme infantile des particularités de comportement de certains enfants : tendance à l'isolement, besoin d'immuabilité et retard de langage. Dans les années 1950-1970 les conceptions psychanalytiques ont fortement marqué la psychiatrie française et la compréhension de l'autisme. L'autisme était alors relié aux "psychozes infantiles", terme employé dans les classifications officielles jusqu'en 1980. Par la suite, d'autres courants de recherche théorique ont pris une importance croissante dans l'étude du développement normal et pathologique de l'enfant : biologie, psychologie développementale, sciences cognitives... La compréhension des troubles autistiques a été fortement modifiée par ces contributions, et continue d'être enrichie par les recherches actuelles. En 1980, le concept de psychose infantile a été abandonné au plan international, en même temps qu'est apparu le terme de « troubles envahissants du développement ».

L'autisme est un trouble neuro-développemental (et non une maladie psychiatrique)

Ses origines sont multifactorielles, notamment génétiques. Il existe actuellement une controverse pour savoir si l'autisme et les différents types de TED représentent un continuum, ou s'il s'agit d'entités différentes justifiant le terme de « spectre des troubles autistiques » qui tend à devenir le plus utilisé.



Présentation clinique

L'autisme apparaît au cours des 3 premières années de vie. Il est réputé durer toute la vie, et interfère avec le développement et les apprentissages de tous ordres. L'hétérogénéité du développement est caractéristique de l'autisme, c'est-à-dire que certains domaines de développement vont être très atteints, d'autres beaucoup plus légèrement ou pas du tout. Des compétences cognitives particulières sont également fréquemment retrouvées chez les personnes avec autisme. Les tableaux cliniques présentés par les personnes avec autisme sont donc très variables.

Il n'existe pas de moyen objectif pour faire le diagnostic d'autisme. Un certain nombre de symptômes doivent être associés (altération des interactions sociales, altérations qualitatives de la communication, caractère restreint, répétitif et stéréotypé du comportement, des intérêts et des activités principalement) pour pouvoir poser le diagnostic. Différentes classifications ont été mises au point pour permettre ces diagnostics.

Les anomalies, troubles ou maladies associés à l'autisme sont fréquents, et doivent être recherchés systématiquement : retard mental plus ou moins sévère, déficits sensoriels, auditifs ou visuels, épilepsie, syndromes génétiques notamment.

Étiologie

À ce jour, il n'a pas été trouvé de cause unique à l'autisme et il est probable que plusieurs causes différentes entraînent son développement. Les recherches actuelles suggèrent qu'il existe des bases neurologiques et génétiques. L'idée selon laquelle l'autisme trouverait son origine dans des troubles de la relation parent-enfant (même s'il peut les induire) doit être maintenant totalement abandonnée. Le risque d'autisme ne dépend ni du niveau social ou éducatif de la famille ni de l'origine ethnique.

Les nombreuses recherches actuelles sur les causes de l'autisme font appel à des spécialités différentes et à des approches très variées : abords neuropsychologique, neurobiologique, génétique et psychanalytique, étude des particularités dans le traitement des perceptions...

Prise en charge et évolution

Il n'y a pas à ce jour de traitement capable de guérir l'autisme, et il est très difficile de ne pas se perdre devant la multiplicité des modes de prises en charge proposées pour répondre aux difficultés des personnes autistes. Un accord existe cependant autour des points suivants :

- il est recommandé que la prise en charge des personnes autistes repose sur trois grands volets dont la part relative est à adapter en fonction des caractéristiques de chaque personne : un volet éducatif avec pour objectif l'autonomie ; un volet pédagogique avec pour objectif les apprentissages ; un volet thérapeutique, avec pour objectif la santé mentale et physique ;
- la prise en charge doit être précoce, suffisamment intensive, et individualisée c'est-à-dire adaptée aux particularités de chaque personne et régulièrement réévaluée en fonction de l'évolution ;
- il n'existe pas une prise en charge de l'autisme mais des modalités différentes qui peuvent être plus indiquées pour certaines personnes, pour certaines difficultés, ou à certains moments de l'évolution de la personne autiste. Les modèles souples, ouverts, coordonnant plusieurs modalités de prise en charge sont à privilégier ;
- l'utilisation de médicaments visant à réduire certains symptômes (agitation, anxiété, stéréotypies ou rituels envahissants, troubles du sommeil...) peut être indiquée. Ces traitements peuvent avoir un impact positif indirect sur les apprentissages, la communication ou la socialisation ;
- il faut toujours porter une grande attention à la santé physique de la personne autiste, dont les problèmes somatiques peuvent être occultés par la symptomatologie autistique.

La plupart des symptômes de l'autisme s'améliorent avec le temps. Le pronostic dépend notamment de l'existence et de l'importance d'un retard mental associé, de la présence d'une épilepsie, de l'apparition du langage avant 6 ans. Une aggravation pendant la puberté est fréquente, qui peut durer un à deux ans, avec retour à l'état antérieur. Au total, l'évolution est très variable d'une personne autiste à une autre. Certaines d'entre elles restent très handicapées toute leur vie, n'accèdent pas au langage, alors que d'autres vont arriver à une autonomie relativement bonne. La très grande majorité des personnes atteintes d'autisme ont besoin d'un accompagnement important tout au long de la vie.



4.3.2 SCHIZOPHRÉNIE

La schizophrénie est une maladie psychiatrique caractérisée par un ensemble de symptômes très variables : les plus impressionnants sont les délires et les hallucinations, mais les plus invalidants sont le retrait social et les difficultés cognitives [ENCADRÉ 7]. La pathologie se déclare le plus souvent à l'adolescence, entre 15 et 25 ans, et touche aussi bien les femmes que les hommes. Toutefois, d'après certains travaux, elle pourrait être plus précoce et plus invalidante chez ces derniers.

Selon la littérature récente, la consommation régulière de cannabis, en particulier pendant l'adolescence, pourrait constituer un facteur de risque de cette affection, chez des personnes présentant une certaine vulnérabilité. Le fait de vivre en milieu urbain ou encore d'être enfant issu de l'immigration semble également jouer un rôle.

Plus de 6 700 Ligériens en ALD pour schizophrénie, un taux d'admissions inférieur à la moyenne nationale

Chaque année en moyenne en 2012-2014, 260 Ligériens (75 % d'hommes et 57 % de jeunes adultes âgés de 15 à 34 ans) ont été nouvellement admis en ALD pour schizophrénie. La fréquence de ces admissions, qui est de l'ordre 0,1 pour 1 000 Ligériens tous âges confondus, est maximale à 20-24 ans où elle atteint alors 0,4 pour 1 000 chez les hommes et 0,1 chez les femmes.

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale des admissions en ALD pour schizophrénie est inférieure de 24 % à la moyenne nationale (- 21 % chez les hommes et - 33 % chez les femmes). Au sein de la région, chacun des départements se situe également en dessous de cette moyenne (de - 30 % dans le Maine-et-Loire à - 18 % en Vendée).

Entre 2005 et 2014, le taux régional d'admissions en ALD pour schizophrénie est en outre resté stable (contre + 2,1 % par an en moyenne au plan national).

Au total, plus de 6 700 personnes sont en ALD pour schizophrénie fin 2014 dans la région. Ces Ligériens sont majoritairement des hommes (64 %) et la moitié sont âgés de 35 à 54 ans. Le taux de personnes en ALD correspondant est de 1,3 pour 1 000 Ligériens. Il est maximal à 35-39 ans chez les hommes où il atteint alors 5,5 pour 1 000, et à 45-49 ans chez les femmes où il atteint 2,6 pour 1 000.

1 200 Ligériens ont été pris en charge au moins une fois dans l'année sans leur consentement pour une schizophrénie

Près de 7 000 Ligériens ont été pris en charge en établissement psychiatrique au moins une fois en 2015 pour schizophrénie¹². La grande majorité sont des hommes (67 %) et la moitié sont âgés de 15 à 44 ans.

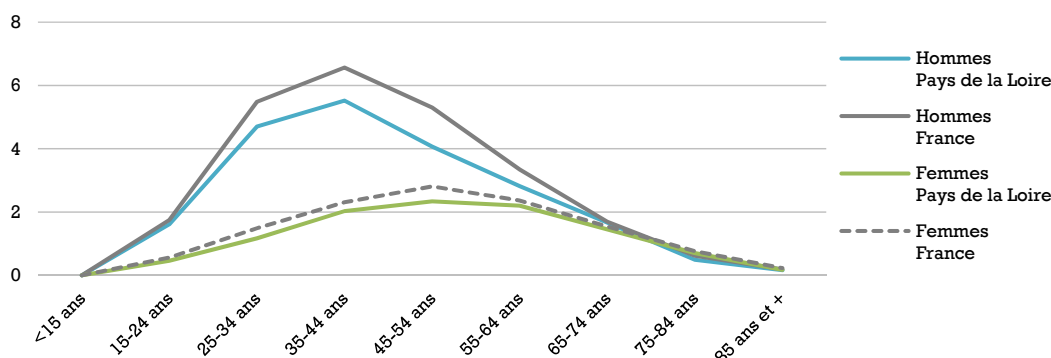
Le taux de Ligériens pris en charge pour schizophrénie s'établit à 2,6 pour 1 000 hommes et 1,2 pour 1 000 femmes, et varie fortement selon l'âge [Fig9]. Chez les hommes, le taux augmente de manière marquée chez les jeunes adultes pour atteindre un pic à plus de 5 pour 1 000 à 35-44 ans, puis diminue au-delà de cet âge. Chez les femmes, le taux augmente de manière plus progressive pour plafonner à près de 2,3 pour 1 000 entre 45 et 64 ans, puis diminue au-delà.

¹² Cet effectif issu du Rim-P sous-estime probablement le nombre de patients réellement pris en charge pour une schizophrénie, dans la mesure où certaines équipes pourraient renseigner des codes diagnostiques différents de ceux spécifiques à la schizophrénie (troubles bipolaires par exemple), jugés trop stigmatisants.

Aux suivis en établissements psychiatriques peuvent s'ajouter un certain nombre d'hospitalisations en court séjour ayant pour diagnostic principal une schizophrénie. Ces prises en charge sont néanmoins assez rares, puisqu'elles concernent à peine plus de 110 Ligériens en 2015.



Fig9. Taux de personnes prises en charge en établissement psychiatrique pour schizophrénie selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)



Sources : Rim-P (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000

À l'instar de ce qui est observé pour les ALD, les taux de Ligériens pris en charge en établissement psychiatrique pour schizophrénie sont inférieurs aux moyennes nationales, chez les hommes comme chez les femmes, quelle que soit la classe d'âge. À structure d'âge comparable, la fréquence régionale de ces prises en charge est ainsi inférieure de 15 % à la moyenne française (- 16 % chez les hommes, - 13 % chez les femmes).

Au sein de la région, chacun des départements se situe également en dessous de cette moyenne (de - 17 % en Mayenne à - 11 % en Vendée).

La schizophrénie fait partie des pathologies psychiatriques qui nécessitent fréquemment de recourir à une prise en charge à temps complet (dans le cadre d'une hospitalisation à temps plein le plus souvent). En 2015, 2 300 patients ont bénéficié de ce type de prise en charge dans la région, ce qui équivaut à un tiers des Ligériens suivis pour schizophrénie. Cette proportion, identique à celle observée au plan national, est nettement plus élevée que pour l'ensemble des personnes prises en charge en établissement psychiatrique toutes pathologies confondues (18 % dans la région comme en France).

La schizophrénie représente également la principale pathologie responsable de prises en charge sans consentement. Plus de 1 200 patients en ont fait l'objet en 2015, soit 18 % des Ligériens suivis pour schizophrénie (17 % au plan national). Là encore, cette proportion est nettement plus élevée que pour l'ensemble des personnes prises en charge en établissement psychiatrique toutes pathologies confondues (autour de 4,5 % dans la région comme en France).

La surmortalité des patients schizophrènes, notamment par suicide, est difficile à quantifier au plan régional

La surmortalité majeure des patients schizophrènes (maladies du système nerveux, cardiovasculaires, infectieuses, traumatismes et insuffisance rénale entre autres, liés pour partie à une fréquence plus élevée des comportements à risque et aux effets secondaires des traitements médicamenteux) est maintenant bien documentée par de nombreux travaux épidémiologiques [29].

Les patients schizophrènes présentent aussi une surmortalité considérable, en lien avec ces différentes pathologies, mais aussi et surtout en raison d'un risque très augmenté de décès par suicide, et dans une moindre mesure de décès de cause accidentelle ou liés à des intoxications médicamenteuses. Selon une récente méta-analyse dans ce domaine, l'espérance de vie des patients schizophrènes serait réduite de 10 à 20 ans par rapport à celle de la population générale [30].

À l'instar d'autres troubles psychiatriques comme la dépression, il est difficile d'estimer le nombre de décès liés à la schizophrénie. Moins de dix décès ayant pour cause initiale cette affection sont dénombrés chaque année en moyenne dans les Pays de la Loire en 2011-2013.



Ce nombre correspond très certainement à une faible part des décès de personnes présentant des troubles schizophréniques, notamment par rapport aux décès par suicide où la notion de schizophrénie est peu documentée.

ENCADRÉ 7. Schizophrénie : présentation clinique, prise en charge, évolution

La schizophrénie est une maladie chronique qui évolue en général par phases aiguës dans les premières années, puis qui se stabilise avec des symptômes résiduels d'intensité variable selon les sujets. Dans 35 % à 40 % des cas, la maladie débute de façon aiguë, avec des bouffées délirantes. Une hospitalisation est souvent nécessaire lors du premier épisode. Pendant les phases aiguës de la maladie, les patients ont une qualité de vie très altérée. Environ la moitié des patients souffrant de schizophrénie font au moins une tentative de suicide dans leur vie et 10 % en meurent. En dépit de l'emphase donnée à certains faits divers, les patients dangereux pour la société sont une minorité. Seuls de rares cas donnent lieu à des accès de violence au cours d'une crise, et cette agressivité est le plus souvent tournée vers le patient lui-même.

La prise en charge de la maladie est difficile, en raison de la multiplicité et de la diversité des symptômes, et essentiellement symptomatique, du fait du manque de connaissances relatives aux bases biologiques et environnementales de la maladie. Cette prise en charge est à la fois médicamenteuse et psychosociale.

Le traitement de la schizophrénie repose tout d'abord sur les médicaments antipsychotiques, qui atténuent les symptômes de la maladie et réduisent les taux de rechute. L'observance du traitement est essentielle au contrôle de la maladie, mais souvent difficile à obtenir dans le temps.

La réhabilitation psychosociale vise à permettre au patient de retrouver une vie la plus normale possible. Elle déploie un certain nombre de programmes ponctuant le parcours du patient et associant des actions de psychoéducation, d'entraînement aux habiletés sociales, de remédiation cognitive, de travail avec les familles. Elle se prolonge par des démarches de mises en situation et d'insertion portées par les acteurs du champ social et médicosocial qui doivent intervenir précocément dans ce parcours.

Aujourd'hui, une prise en charge adaptée permet d'obtenir une rémission durable chez un tiers des patients après quelques années de traitement : ils reprennent une vie sociale, professionnelle et affective. Chez les autres, la maladie persiste dans le temps avec des symptômes à peu près contrôlés grâce à un suivi médical, mais avec des rechutes possibles. Restent malheureusement 10 à 30 % de sujets peu ou non répondeurs aux traitements antipsychotiques [31].

4.3.3 TROUBLES DÉPRESSIFS

La dépression se manifeste par une humeur triste, une perte d'intérêt pour toute activité et une baisse de l'énergie. Les autres symptômes sont une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, une culpabilité injustifiée, des idées de mort et de suicide, des difficultés à se concentrer, des troubles du sommeil et une perte d'appétit. La forme la plus fréquente de dépression, appelée épisode dépressif caractérisé, se définit par la présence d'un certain nombre de ces symptômes, présents toute la journée et presque tous les jours, non influencés par les circonstances et durant au moins deux semaines. La prévalence de l'épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers est estimée en 2010 à 7,5 % en France parmi les 15-85 ans (2,8 % ont subi un épisode sévère, 4,3 % un épisode d'intensité et 0,7 % un épisode léger), selon le Baromètre santé [32]. Cette prévalence est environ deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes et tend à s'élever avec l'âge, atteignant 9 % parmi les 35-54 ans.

Le risque de récurrence (survenue d'un nouvel épisode) est important : on parle alors de troubles dépressifs récurrents. Dans certains cas plus rares, la dépression s'installe dans le temps (dysthymie ou dépression chronique). Les troubles bipolaires¹³ constituent quant à eux un trouble spécifique qui alterne phases de dépression et phases de surexcitation.

Les troubles dépressifs ont des nombreuses conséquences, tant sur la vie affective, familiale et sociale que sur le plan professionnel. Chez les adultes en âge de travailler, ces troubles sont notamment responsables d'un taux important de mises en invalidité, notamment parmi les salariés les plus âgés [ENCADRÉ 8]. La dépression est également fréquente chez les personnes âgées, et alors fortement liée à la présence d'affections somatiques, à l'isolement social ou géographique et aux événements de la vie (deuil, entrée en institution). Cette maladie est

¹³ Ces troubles particuliers ne sont pas inclus dans les exploitations ALD, RIM-P, PMSI-MCO portant sur la dépression.



néanmoins insuffisamment diagnostiquée et traitée chez eux. La présence fréquente de signes anxieux conduit effectivement souvent à la prescription de benzodiazépines, médicaments qui ne sont pas efficaces pour traiter la dépression.

17 000 Ligériens en ALD pour troubles dépressifs, un taux d'admissions inférieur à la moyenne nationale mais en forte augmentation

Chaque année en moyenne en 2012-2014, 2 400 Ligériens (66 % de femmes et 52 % d'adultes âgés de 35 à 59 ans) ont été admis en ALD pour troubles dépressifs¹⁴. La fréquence de ces admissions, qui est de l'ordre 0,6 pour 1 000 Ligériens tous âges confondus, connaît un premier pic entre 50 et 59 ans où elle atteint alors 1,2 pour 1 000, puis un second pic à 85-89 ans où elle atteint 1,4 pour 1 000.

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale des admissions en ALD pour troubles dépressifs est inférieure de 21 % à la moyenne nationale (- 17 % chez les hommes et - 23 % chez les femmes). Au sein de la région, le Maine-et-Loire (- 41 %), la Loire-Atlantique (- 23 %) et la Vendée (- 19 %) présentent les fréquences d'admissions les plus faibles, alors que la Sarthe et la Mayenne sont plus proches de la moyenne nationale.

Entre 2005 et 2014, le taux régional d'admissions en ALD pour troubles dépressifs a augmenté de manière marquée (de l'ordre de + 9% par an en moyenne), suivant ainsi la tendance nationale.

Au total, 16 800 personnes étaient en ALD pour troubles dépressifs fin 2014 dans la région. Ces Ligériens sont majoritairement des femmes (70 %) et âgés de 40 à 64 ans (54 %). Le taux de personnes en ALD correspondant est de 4,5 pour 1 000 Ligériens. Il connaît un premier pic à 55-59 ans où il atteint alors 12,6 pour 1 000 chez les femmes et 6,0 chez les hommes, diminue ensuite légèrement, et remonte enfin pour atteindre un maximum à près de 13 pour 1 000 femmes et 6 pour 1 000 hommes chez les plus de 80 ans.

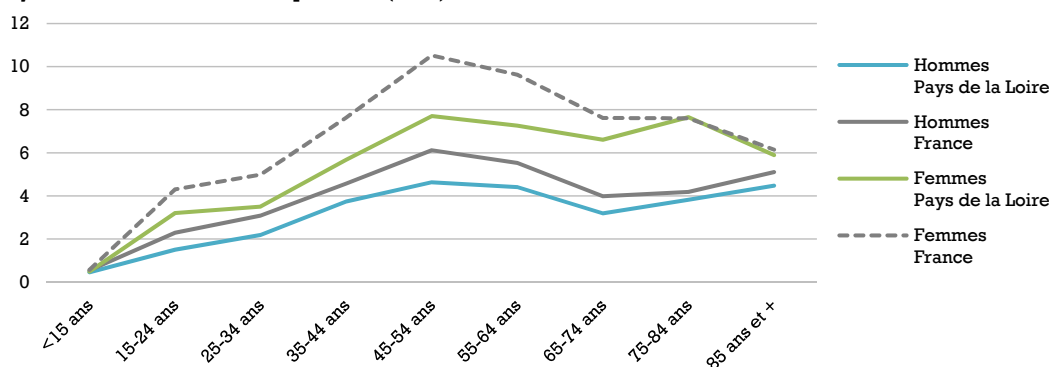
Une fréquence régionale des suivis en établissement psychiatrique pour troubles dépressifs moindre qu'au plan national...

Plus de 14 400 Ligériens ont été pris en charge en établissement psychiatrique au moins une fois en 2015 pour troubles dépressifs. La grande majorité sont des femmes (65 %) et sont âgés entre 35 et 64 ans (56 %).

Le taux de Ligériens pris en charge pour troubles dépressifs s'établit à 4,9 pour 1 000 femmes et 2,8 pour 1 000 hommes, et varie fortement selon l'âge [Fig10]. Chez les femmes, le taux augmente de manière continue jusqu'à 45-54 ans où il atteint près de 8 pour 1 000, et évolue peu par la suite. Chez les hommes, le profil évolutif est à peu près similaire, mais les taux sont moins élevés.

Fig10. Taux de personnes prises en charge en établissement psychiatrique pour troubles dépressifs selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire, France métropolitaine (2015)



Sources : Rim-P (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000

¹⁴ Précisions sur les données d'ALD [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].



À l'instar de ce qui est observé pour les ALD, les taux de Ligériens pris en charge en établissement psychiatrique pour troubles dépressifs sont inférieurs aux moyennes nationales, chez les hommes comme chez les femmes, quelle que soit la classe d'âge. À structure d'âge comparable, la fréquence régionale de ces prises en charge est ainsi inférieure de 21 % à la moyenne française.

Au sein de la région, seule la Sarthe présente une fréquence de prises en charge plus élevée que la moyenne nationale (+ 6 %, contre - 34 % en Loire-Atlantique, - 25 % en Vendée, - 21 % dans le Maine-et-Loire, et - 13 % en Mayenne).

Après les troubles schizophréniques, les troubles dépressifs constituent le 2^e motif de prises en charge sans consentement. Près de 520 patients en ont fait l'objet en 2015, soit 3,6 % des Ligériens suivis en établissement psychiatrique pour troubles dépressifs (3,0 % au plan national).

... mais une fréquence de patients hospitalisés en court séjour pour troubles dépressifs plus élevée qu'en France

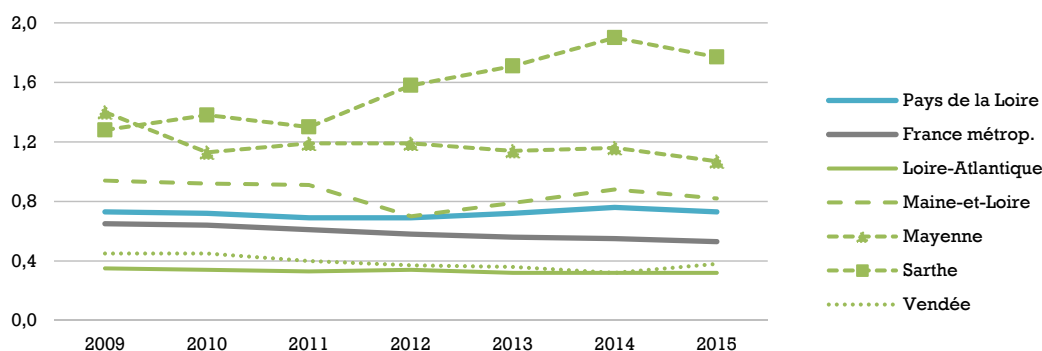
Un certain nombre d'hospitalisations en court séjour ayant pour diagnostic principal un trouble dépressif. En 2015, 2 700 patients (dont 61 % de femmes) ont été hospitalisés dans ce cadre¹⁵.

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale de ces hospitalisations est, à l'opposé de ce qui est observé pour les prises en charge en établissement psychiatrique, nettement supérieure à la moyenne en France : + 37 % chez les hommes et + 34 % chez les femmes.

De multiples facteurs liés à l'épidémiologie, aux pratiques des différents professionnels de santé concernés, mais aussi à l'offre et l'organisation territoriale des soins, peuvent expliquer ce recours régional plus important aux prises en charge en court séjour pour les troubles dépressifs. Ce constat interroge notamment sur les conséquences directes et indirectes d'une faible offre régionale en psychiatres libéraux.

Entre 2009 et 2015, le taux régional de patients hospitalisés en court séjour pour troubles dépressifs est resté relativement stable [Fig11]. Cette évolution, qui suit une tendance différente de celle observée au plan national (- 3,3 %), est liée à une forte augmentation du taux de patients hospitalisés en Sarthe (+ 5,5 %), qui représentent plus du tiers des personnes concernées dans la région. Dans les quatre autres départements, le taux de patients hospitalisés en court séjour pour troubles dépressifs tend à diminuer (de - 4,6 % par an en Mayenne, à - 1,6 % en Loire-Atlantique).

Fig11. Évolution du taux de patients hospitalisés en court séjour pour troubles dépressifs
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000

¹⁵ Précisions sur les données du PMSI MCO [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].



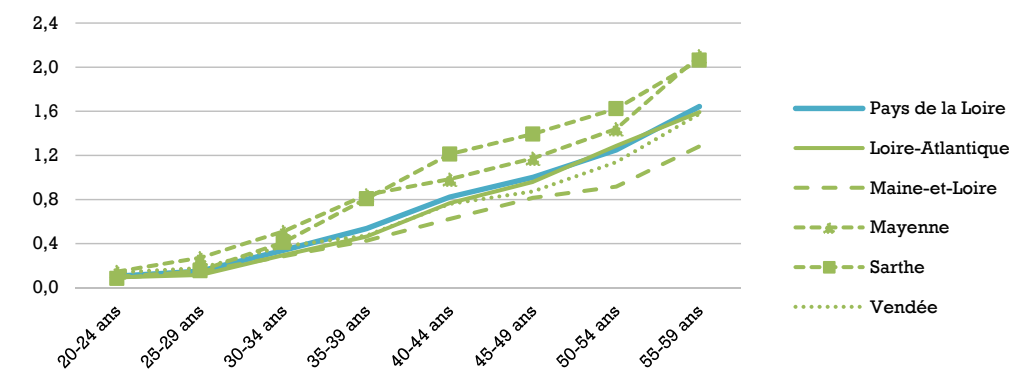
ENCADRÉ 8. Les mises en invalidité liées aux troubles psychiatriques dans les Pays de la Loire

Les troubles psychiatriques représentent, après les maladies ostéoarticulaires, le second groupe de causes médicales de mises en invalidité. Plus de 1 100 salariés des Pays de la Loire affiliés au régime général ont fait l'objet d'une mise en invalidité pour un motif de ce type, chaque année en moyenne en 2011-2015. Parmi eux, la majorité (57 %) l'ont été pour troubles de l'humeur (englobant principalement les troubles dépressifs, ainsi que les troubles affectifs bipolaires), 11 % pour une pathologie de type « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants », 11 % pour troubles de la personnalité et du comportement, et 9 % pour troubles liés à l'usage de substances psychoactives.

La très grande majorité (71 %) des salariés mis en invalidité pour troubles psychiatriques sont en catégorie 2, c'est-à-dire qu'ils sont incapables d'exercer une profession. Les autres sont en catégorie 1, c'est-à-dire qu'ils sont capables d'exercer une activité rémunérée. Le taux de mise en invalidité pour troubles psychiatriques augmente de manière continue avec l'âge, de 0,1 pour 1 000 à 20-24 ans, à 1,6 pour 1 000 à 55-59 ans [Fig12].

Au sein de la région, les fréquences départementales de mise en invalidité sont, à structure d'âge comparable, significativement supérieures à la moyenne régionale en Sarthe (+ 33 %) et en Mayenne (+ 27 %) et significativement inférieure dans le Maine-et-Loire (- 21 %). Les situations en Loire-Atlantique et en Vendée ne diffèrent pas de la moyenne régionale (respectivement - 5 % et - 6 %).

Fig12. Taux de mises en invalidité pour troubles psychiatriques selon l'âge
Pays de la Loire (2011-2015)



Sources : ELSM Pays de la Loire, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 1 000 salariés affiliés au régime général, moyenne sur 5 ans

4.3.4 MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DÉMENCES

Les syndromes démentiels sont dus à une affection cérébrale habituellement chronique et progressive, et sont caractérisés par une perturbation durable de nombreuses fonctions corticales supérieures telles que la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprendre, le langage et le jugement. Les perturbations cognitives s'accompagnent habituellement (et sont parfois précédées) d'une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation.

Le syndrome démentiel peut survenir au décours de maladies vasculaires cérébrales et dans d'autres affections qui touchent le cerveau primitivement ou secondairement (par exemple maladie de Huntington, dégénérescences lobaires fronto-temporales, démence à corps de Lewy, maladie de Parkinson, maladie de Creutzfeldt-Jakob, intoxications chroniques à des substances psychotropes, traumatisme crânien, infection par le VIH, etc.).

Ce syndrome survient néanmoins le plus fréquemment dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, qui constitue la forme la plus connue de démence [ENCADRÉ 9].

28 000 Ligériens sont pris en charge pour une démence, dont 70 % de femmes...

En utilisant une méthode d'identification assez large, prenant en compte non seulement les personnes en ALD, mais aussi celles prises en charge en établissement de santé et/ou ayant des consommations médicamenteuses en lien avec une démence (y compris maladie d'Alzheimer), la Cnamts estime à 24 000 le nombre de personnes (dont 70 % de femmes) prises en charge pour ce type d'affection en 2014 dans les Pays de la Loire, pour les



seuls assurés du régime général [25]. Cela représente 0,8 % des Ligériens concernés (0,5 % des hommes et 1,0 % des femmes). À structure d'âge comparable, les Pays de la Loire font partie des régions ayant les plus faibles taux de patients pris en charge.

Appliquée à l'ensemble de la population ligérienne, cette fréquence aboutit à une estimation de 28 000 personnes prises en charge pour démence.

... parmi lesquels 14 000 personnes de 65 ans ou plus sont en ALD pour maladie d'Alzheimer

Tous régimes d'assurance maladie confondus, 2 400 Ligériens (dont 71 % de femmes) ont été admis en ALD pour maladie d'Alzheimer, chaque année en moyenne en 2012-2014. La fréquence de ces admissions, qui est de l'ordre 0,7 pour 1 000 Ligériens tous âges confondus, augmente avec l'âge pour atteindre 9,3 pour 1 000 chez les personnes âgées de 90 ans ou plus.

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale des admissions en ALD de personnes âgées de 65 ans ou plus pour maladie d'Alzheimer est inférieure de 9 % à la moyenne nationale.

Au sein de la région, la Mayenne (- 23 %) et la Vendée (- 22 %) présentent les fréquences d'admissions les plus faibles, alors que le Maine-et-Loire (- 9 %) présente une situation intermédiaire, et que la Sarthe (- 3 %) et la Loire-Atlantique (+ 0 %) sont au niveau de la moyenne nationale.

Entre 2005 et 2014, le taux régional d'admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer a légèrement diminué, de 0,5 % par an en moyenne. Au plan national, ce taux a peu évolué (+ 0,2 %) sur l'ensemble de la période, mais tend plutôt à diminuer sur les années les plus récentes.

Ces évolutions sont en accord avec les données de récents travaux épidémiologiques, qui convergent pour décrire une tendance à la diminution de l'incidence des démences. Cette évolution assez rapide, sur quelques décennies, pourrait notamment être rapprochée de la baisse de la prévalence de certains facteurs de risque cardiovasculaires (hors diabète et obésité), mais aussi de l'élévation du niveau d'éducation [33].

Au total, plus de 14 100 personnes âgées de 65 ans ou plus (dont 75 % de femmes) étaient en ALD pour maladie d'Alzheimer fin 2014 dans la région. Le taux de personnes en ALD correspondant est de 20 pour 1 000 Ligériens (26 chez les femmes et 12 chez les hommes). Il croît de manière continue avec l'âge pour atteindre près de 80 pour 1 000 chez les personnes âgées de 90 ans ou plus.

Des suivis en établissement psychiatrique plus fréquents dans la région, mais des hospitalisations en court séjour nettement moindres

Près de 800 Ligériens (dont 67 % de femmes) ont été pris en charge en établissement psychiatrique au moins une fois en 2015 pour maladie d'Alzheimer. Les taux de Ligériens correspondant s'établissent à 1,3 pour 1 000 femmes et 0,9 pour 1 000 hommes âgés de 65 ans ou plus, et augmentent de manière continue avec l'âge pour atteindre plus de trois personnes âgées de plus de 85 ans pour 1 000.

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale des prises en charge en établissement psychiatrique est supérieure de 16 % à la moyenne française.

Au sein de la région, la Loire-Atlantique (+ 65 %), la Mayenne (+ 12 %) et le Maine-et-Loire (+ 11 %) présentent des fréquences de prises en charge plus élevées que la moyenne nationale, alors que la Sarthe (- 22 %) et la Vendée (- 23 %) sont dans une situation inverse.

L'évolution de la maladie et de ses complications nécessitent fréquemment de recourir à une hospitalisation en services de soins aigus. En 2015, un peu plus de 1 000 Ligériens ont été hospitalisés dans ce cadre au moins une fois dans l'année.

À structure d'âge comparable, la fréquence régionale de ces hospitalisations est inférieure de 32 % à la moyenne française. Ce constat pourrait en partie être rapproché de la part importante des personnes âgées prises en charge en Ehpad dans la région, cette forme d'hébergement pouvant participer à la réduction du risque d'hospitalisation.



Au sein de la région, la situation varie fortement selon le département, avec une fréquence d'hospitalisations inférieure de 66 % à la moyenne nationale en Vendée, contre - 32 % en Loire-Atlantique, - 27 % en Mayenne et - 26 % dans le Maine-et-Loire. Seule la Sarthe présente un taux de patients hospitalisés peu différent de la moyenne nationale (-4 %).

Une mortalité liée à la maladie d'Alzheimer inférieure à la moyenne nationale

La maladie d'Alzheimer a été à l'origine de 1 028 décès de Ligériens chaque année en moyenne en 2009-2013. La quasi-totalité (99 %) concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus, et 72 % des femmes.

À structure d'âge comparable, la mortalité régionale due à la maladie d'Alzheimer est inférieure de 9 % à la moyenne nationale (- 9 % chez les femmes et - 11 % chez les hommes).

Au sein de la région, la Loire-Atlantique et la Sarthe se distinguent des autres départements par des taux de mortalité par maladie d'Alzheimer identiques à la moyenne nationale (contre - 21 % en Mayenne, - 20 % dans le Maine-et-Loire et - 18 % en Vendée).

ENCADRÉ 9. Des inégalités sociales de plus en plus marquées [34]

"La maladie d'Alzheimer est une pathologie du cerveau caractérisée par un déclin progressif de la mémoire associé à d'autres manifestations cognitives ainsi que neurologiques, avec un retentissement majeur sur les activités de la vie quotidienne. Des troubles du comportement sont fréquents et aggravent les troubles cognitifs. En l'absence d'intervention, l'état de santé du malade évolue progressivement vers la perte totale de mémoire, d'autonomie et l'état grabataire.

C'est une pathologie à évolution lente et continue, avec un délai de latence élevé : des examens de cerveaux prélevés sur des personnes saines décédées ont montré que, dès 47 ans, 50 % d'entre elles présentent déjà des lésions cérébrales caractéristiques. Pendant la période de latence, le cerveau est capable de compenser les lésions qui se créent. C'est lorsque les capacités de compensations sont dépassées que les symptômes apparaissent.

Aujourd'hui, il n'existe pas de médicaments contre la maladie ni de vaccin capables de la guérir. La prévention des maladies vasculaires, en particulier l'hypertension artérielle et le diabète, ainsi que la promotion d'une hygiène de vie adaptée pourraient retarder l'apparition de la maladie. Pour les malades diagnostiqués à un stade débutant, des traitements et des actions sur les fonctions cognitives permettraient d'en retarder la progression.

Bien plus que le trouble mnésique méconnu et faussement attribué au vieillissement, ce sont généralement les troubles psychiatriques associés à la maladie d'Alzheimer, à l'origine de changements de comportement (dépression, agitation, agressivité...), qui déclenchent la visite médicale et le diagnostic. Ce retard au diagnostic, estimé à deux ans en France après les premiers symptômes caractéristiques, est préjudiciable pour la personne malade, qui vit au quotidien les effets d'une maladie dont elle ignore qu'elle est atteinte, mais aussi pour l'entourage familial.

La prise en charge pluridisciplinaire repose sur des compétences et des interventions médicosociales ainsi que sanitaires. Près de la moitié du coût global reste à la charge du malade et/ou de la famille (valorisation du temps passé par l'aidant à domicile, forfait hébergement en maison de retraite). L'investissement familial pour pallier la perte d'autonomie des malades et gérer l'étendue des variations d'intensité des troubles du comportement, est à l'origine de conséquences déléteres pour les proches, qui font de la maladie d'Alzheimer une « maladie de la famille ». Aux effets directs de détresse psychique, de dépression et de troubles du sommeil s'ajoute le fait que les aidants, dans la situation psychologique et sociale difficile qui est la leur - leur isolement souvent - négligent fréquemment leur propre santé et s'exposent alors à certains risques."



4.4 PENSÉES SUICIDAIRES, TENTATIVES DE SUICIDE ET MORTALITÉ PAR SUICIDE

Les personnes présentant des troubles psychiatriques (schizophrénie, dépression, troubles affectifs bipolaires, etc.) ou des conduites addictives sont particulièrement à risque de passage à l'acte suicidaire. D'autres facteurs sont bien identifiés. Les liens familiaux et plus généralement le support social jouent notamment un rôle majeur : les suicides sont plus fréquents chez les hommes vivant seuls, divorcés ou qui ont perdu leur conjoint. L'inactivité, l'instabilité dans le travail ou la dépendance financière représentent également des situations à risque. Il est ainsi établi que l'alcool est un facteur de risque bien établi du passage à l'acte suicidaire, tant par son action directement dépressogène que par l'impulsivité qu'il induit.

Le risque de décès par suicide peut aussi être majoré en présence de certaines pathologies somatiques (cancer, infection par le VIH, maladies du système nerveux central, etc.), par le biais des troubles psychiques que ces maladies et leurs traitements peuvent induire.

Des pensées suicidaires en augmentation et plus fréquentes qu'au plan national...

Selon le Baromètre santé 2014, 7 % des Ligériens de 15-75 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours de l'année précédant l'enquête [3]. Cette proportion a nettement augmenté depuis 2010, où elle s'établissait alors à 4 %. Cette hausse est plus marquée que celle observée au plan national (de 4 % en 2010 à 5 % en 2014).

La plus grande fréquence régionale des pensées suicidaires par rapport à la moyenne nationale s'observe chez les hommes et chez les personnes âgées entre 35 et 54 ans.

Trois quarts des personnes qui ont pensé à se suicider dans l'année déclarent que ces pensées suicidaires étaient plutôt en rapport avec leur vie personnelle, et la moitié des actifs (avec ou sans emploi) concernés mentionnent leur situation ou vie professionnelle.

43 % indiquent en avoir parlé à quelqu'un, et 72 % déclarent avoir été jusqu'à imaginer comment s'y prendre. 14 % déclarent être passés à l'acte au cours de cette période.

Contrairement à ce qui est observé au plan national, la prévalence des pensées suicidaires au cours de l'année n'est pas plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans la région (7 % pour les deux sexes).

Par contre, cette prévalence est deux fois plus élevée chez les 35-54 ans que chez les autres classes d'âge (10 % vs 5 % chez les 15-34 ans et 55-75 ans). Par ailleurs, les ouvriers ligériens sont les plus nombreux à déclarer avoir pensé à se suicider dans l'année (11 % contre 5 % des autres catégories socioprofessionnelles). Ces constats doivent toutefois être considérés avec précaution car de tels écarts ne sont pas observés au plan national.

Déclarer des pensées suicidaires dans l'année apparaît en outre, toutes choses égales par ailleurs, plus fréquent chez les personnes en situation de détresse psychologique et chez celles vivant seules. Les personnes souffrant d'une maladie chronique, ou de limitations fonctionnelles, ainsi que les fumeurs quotidiens, déclarent aussi plus souvent des idées suicidaires. Ces constats sont retrouvés au niveau national, où l'on observe également une plus grande fréquence des pensées suicidaires chez les consommateurs d'alcool à risque chronique¹⁶ (en particulier les femmes), et chez les personnes en situation de maigreur [35].

... et une prévalence des tentatives de suicide déclarées en hausse entre 2010 et 2014

Selon le Baromètre santé 2014, 7 % des Ligériens de 15-75 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie [3]. Cette prévalence est similaire à la moyenne nationale.

¹⁶ Dans le Baromètre santé 2014, la consommation d'alcool à risque chronique (y compris à risque de dépendance) est définie par le fait de déclarer avoir consommé, au cours des 12 derniers mois, six verres ou plus en une occasion "une fois par semaine" ou "tous les jours ou presque", ou avoir consommé quinze verres ou plus d'alcool par semaine pour les femmes et vingt-deux verres ou plus pour les hommes.



Comme en France, une hausse de la prévalence des tentatives de suicide déclarées au cours de la vie est observée dans la population ligérienne entre 2010 et 2014 (respectivement 4 % en 2010, 7 % en 2014). Globalement, cette augmentation concerne les hommes comme les femmes, et l'ensemble des classes d'âge.

Les Ligériens qui ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie ont été interrogés sur cette tentative¹⁷. Au sujet de la signification donnée à leur acte, 53 % des suicidants répondent qu'il s'agissait d'un appel à l'aide mais qu'ils n'avaient pas l'intention de mourir. 17 % indiquent qu'ils souhaitaient mourir mais qu'ils savaient que le moyen n'était pas le plus efficace. Enfin, 30 % déclarent qu'ils étaient vraiment décidés à mourir et que c'était seulement par chance qu'ils ont survécu.

Concernant les motifs de ce passage à l'acte, 60 % des suicidants Ligériens ont invoqué des raisons familiales, 52 % des raisons sentimentales, 19 % des raisons professionnelles (pour les actifs, avec ou sans emploi) et 27 % d'autres raisons.

Comme en France, la proportion de personnes déclarant une tentative de suicide au cours de leur vie est, dans la région, nettement plus élevée chez les femmes (10 %) que chez les hommes (5 %), et ce constat se retrouve quelle que soit la classe d'âge considérée.

La probabilité de déclarer une tentative de suicide au cours de la vie semble augmenter avec la taille de l'agglomération de domicile. Ce constat - qui mérite toutefois d'être conforté car il n'était pas observé dans le Baromètre santé 2010 - est retrouvé au plan national.

On observe également au niveau national une plus grande fréquence des tentatives de suicide déclarées chez les personnes les moins favorisées (en terme de niveau de diplôme ou de revenu). De tels écarts selon le milieu social sont également observés parmi les Ligériens, mais ils ne sont toutefois pas statistiquement significatifs.

La probabilité de déclarer une tentative de suicide est par ailleurs plus élevée chez les personnes vivant seules, et chez celles connaissant une détresse psychologique. Déclarer être limité dans ses activités semble également associé à une plus grande fréquence des tentatives de suicide.

Les consommateurs d'alcool à risque chronique et les fumeurs quotidiens déclarent en outre plus souvent être passés à l'acte.

Parmi les 15-75 ans qui ont accepté de parler de leur tentative, 85 % déclarent avoir bénéficié d'une prise en charge par un professionnel à la suite de leur tentative :

- 71 % disent être allés à l'hôpital, parmi lesquels 55 % indiquent avoir été hospitalisés **[ENCADRÉ 10]** et suivis par un médecin ou un « psy » après leur tentative, et 16 % avoir été hospitalisés mais pas suivis par un médecin ou un « psy » par la suite.
- 14 % disent ne pas avoir été hospitalisés mais avoir été suivies par un médecin ou un « psy ».

Entre 2010 et 2014, dans la région comme en France, la proportion globale de 15-75 ans qui déclarent avoir bénéficié d'une prise en charge par un professionnel à l'hôpital ou en ville à la suite de leur tentative, semble suivre une tendance à la hausse, avec une augmentation de la fréquence des prises en charge associant hospitalisation et suivi par un médecin ou un « psy ». Ce constat doit être considéré avec précaution car il repose sur des faibles effectifs en région et ne prend pas en compte le niveau d'antériorité de la tentative de suicide.

¹⁷ 6 % des suicidants n'ont alors pas souhaité poursuivre l'interview sur ce sujet.



ENCADRÉ 10. Patients hospitalisés en court séjour pour tentative de suicide

Le PMSI permet de dénombrer 4 119 séjours hospitaliers dans les unités de soins aigus MCO liés à une tentative de suicide en 2015, concernant 3 619 Ligériens (dont 61 % de femmes).

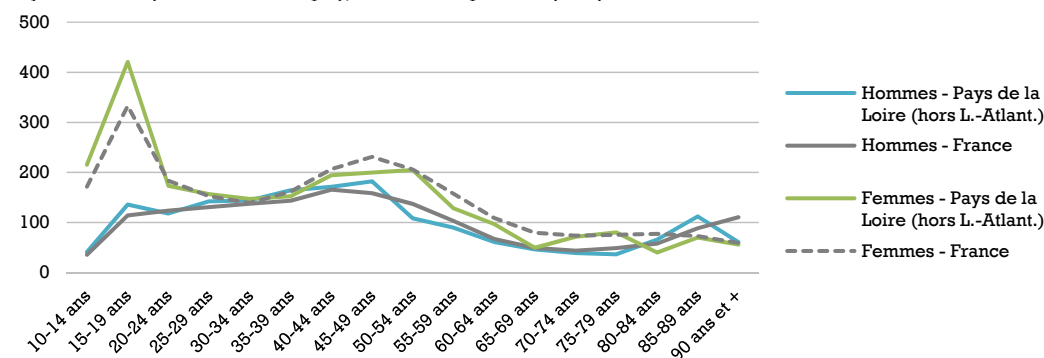
Au sein de la région, la situation des départements par rapport à la moyenne nationale diffère très nettement entre le Maine-et-Loire, la Mayenne, la Sarthe et la Vendée d'une part, qui présentent des taux de patients hospitalisés relativement proches de la moyenne nationale (variant de - 6 % à + 3 %), et la Loire-Atlantique d'autre part, qui présente un taux largement inférieur à cette moyenne (- 46 %). Plusieurs hypothèses concernant des différences dans les modalités et filières de prises en charge, mais aussi dans les pratiques de codage des hospitalisations pour tentative de suicide, peuvent être avancées pour expliquer cette situation très atypique de la Loire-Atlantique.

À l'exclusion de la Loire-Atlantique, le taux de patients hospitalisés pour une tentative de suicide atteint 134 pour 100 000 dans la région, soit une valeur proche de la moyenne nationale (136).

Les courbes par âge et sexe des taux de patients hospitalisés dans la région (hors Loire-Atlantique) et en France [Fig13] adoptent un profil très différent de celles des taux de mortalité par suicide, avec des fréquences d'hospitalisations globalement plus élevées chez les femmes que chez les hommes (sauf à partir de 80 ans), notamment dans la classe d'âge 15-19 ans, dans la région comme en France.

Fig13. Taux de patients hospitalisés en court séjour pour une tentative de suicide selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire (hors Loire-Atlantique), France métropolitaine (2015)



Sources : PMSI MCO (ATH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000

Près de 750 suicides chaque année dans la région, dont plus des trois quarts concernent des hommes

Le nombre de suicides identifiés dans les statistiques nationales des causes médicales de décès sous-estime la fréquence réelle de ce type de décès, du fait notamment de la difficulté d'affirmer la nature intentionnelle d'un certain nombre de morts violentes. Par ailleurs, plusieurs instituts de médecine légale ne transmettent pas systématiquement les résultats des autopsies au CépiDc. De ce fait, un certain nombre de suicides sont comptabilisés en tant que décès de « causes inconnues » ou décès par « traumatisme et empoisonnement non déterminé quant à l'intention ». En France, la sous-estimation du nombre de suicides serait actuellement de près de 10 %, avec d'importantes variations selon les régions¹⁸ [35].

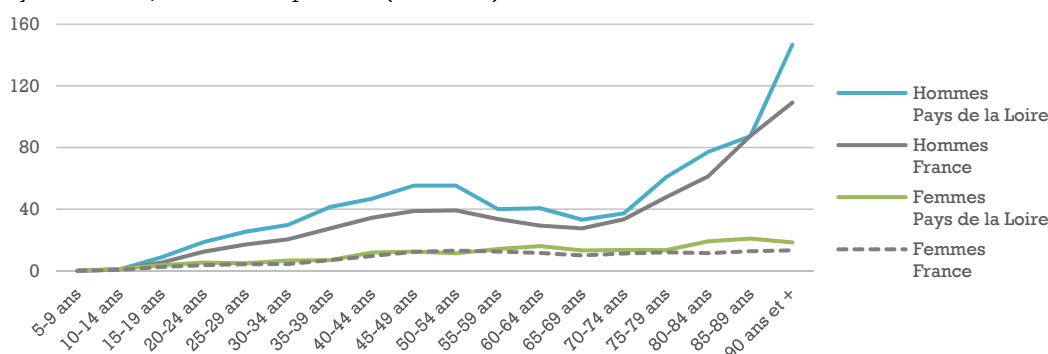
742 Ligériens se sont suicidés chaque année en moyenne au cours de la période 2011-2013. Après avoir sensiblement augmenté au début des années 1980, ce nombre fluctue entre 700 et 750 depuis plusieurs années. La très grande majorité des personnes concernées sont des hommes (77 %). Cette surmortalité masculine s'observe dans toutes les classes d'âge, mais elle est plus marquée avant 55 ans et après 75 ans [Fig14].

¹⁸ La hiérarchie des régions les plus concernées par le suicide (dont notamment les Pays de la Loire) n'est cependant pas modifiée après corrections des taux de suicides tenant compte de cette sous-estimation.



Le taux de mortalité par suicide varie fortement avec l'âge, notamment chez les hommes. Avant 15 ans, le suicide reste un évènement rare : 2 décès chaque année en moyenne en 2011-2013. À partir de 15 ans, la courbe du taux de suicide par âge adopte un profil très différent selon le sexe. Chez les femmes, le taux augmente progressivement tout au long de la vie. Chez les hommes, le taux connaît une première augmentation très marquée jusqu'à 45-49 ans, puis se stabilise et recule entre 55 et 69 ans. Au-delà de cet âge, le taux de suicide augmente à nouveau, cette fois très fortement, pour dépasser 80 décès pour 100 000 habitants après 85 ans. Si le risque de suicide est plus important parmi les personnes âgées, c'est parmi les adultes d'âge moyen que l'on compte le plus grand nombre de décès : près de 40 % des suicides touchent des personnes âgées de 35 à 54 ans.

Fig14. Taux de suicide selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (2011-2013)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans

Les modes de suicide les plus fréquents dans la région sont la pendaison (60 %), l'utilisation d'une arme à feu (10 %), la prise de médicaments (8 %), la précipitation¹⁹ (7 %) et la noyade (7 %). Ces modes diffèrent nettement selon le sexe : la pendaison est plus fréquente chez les hommes (64 % contre 47 % chez les femmes), tout comme l'utilisation d'arme à feu (13 % et 2 %). La prise de médicaments est à l'inverse plus fréquente chez les femmes (17 % contre 5 % chez les hommes), tout comme la précipitation (10 % et 6 %) et la noyade (15 % et 4 %).

Les Pays de la Loire conservent une fréquence de suicides qui dépasse nettement la moyenne nationale

La mortalité régionale par suicide est toujours restée supérieure d'au moins 25 % à la moyenne nationale au cours des deux dernières décennies. Cet écart n'a pas diminué sur les années les plus récentes : à structure d'âge comparable, la fréquence des suicides est 32 % plus importante dans la région qu'en France en 2011-2013. Cette surmortalité régionale est globalement plus élevée chez les hommes (+ 34 %) que chez les femmes (+ 22 %), et tout particulièrement parmi les adultes âgés de 18 à 64 ans (respectivement + 40 % et + 14 %). Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, la surmortalité régionale est, à l'inverse, plus importante chez les femmes (+ 37 %) que chez les hommes (+ 19 %).

Une mortalité en recul, notamment chez les femmes et les personnes âgées

Entre 2000 et 2013, la mortalité régionale par suicide a diminué de 1,3 % par an en moyenne, suivant ainsi la tendance observée au plan national (- 1,6 %) [Fig15].

Cette diminution est deux fois plus marquée chez les femmes que chez les hommes (respectivement - 2,6 % et - 1,3 % par an en moyenne).

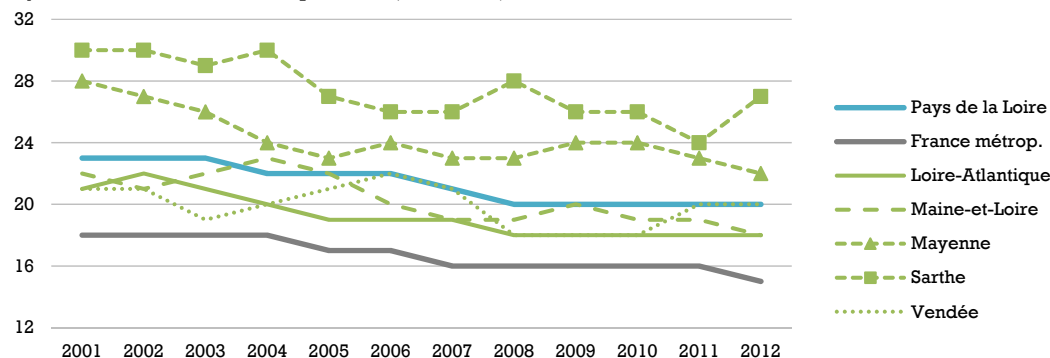
¹⁹Saut dans le vide d'un lieu élevé, saut devant un véhicule en mouvement, collision d'un véhicule.



Cette diminution est également plus marquée chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (- 2,7 % par an en moyenne) que chez les adultes de 25-49 ans (- 1,7 %). Le taux de suicide chez les personnes âgées de 50 à 64 ans est quant à lui stable sur l'ensemble de la période 2000-2013.

Fig15. Évolution du taux standardisé de mortalité par suicide

Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

La Sarthe, et dans une moindre mesure la Mayenne, sont particulièrement touchées par le suicide

Au sein de la région, tous les départements présentent une fréquence de suicides nettement supérieure à la moyenne nationale [Fig15]. La situation est particulièrement défavorable en Sarthe (+ 84 % par rapport au taux national en 2011-2013) et dans une moindre mesure en Mayenne (+ 37 %). La Vendée (+ 24 %), le Maine-et-Loire (+ 21 %) et la Loire-Atlantique (+ 17 %) présentent des positionnements toujours préoccupants, mais un peu moins défavorables.

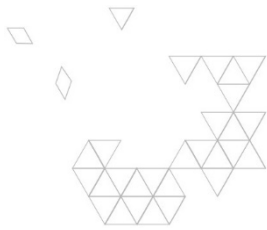
La surmortalité par suicide en Sarthe est majeure parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus. Avec près de 60 décès chaque année en moyenne, la mortalité y est plus de deux fois plus élevée que la moyenne nationale (+ 106 %, contre + 74 % pour les personnes de moins de 65 ans).

La situation reste d'autant plus préoccupante en Sarthe que la mortalité par suicide y diminue à un rythme moins élevé (- 1,0 % par an en moyenne) qu'au plan régional ou national, tout comme en Vendée (- 0,4 % par an).



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] Kovess-Masfety V, Boisson M, Godot C, *et al.* (2009). La santé mentale, l'affaire de tous : pour une approche cohérente de la qualité de la vie. Centre d'analyse stratégique. 254 p.
- [2] Leplège A, Ecosse E, Verdier A, *et al.* (1998). The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*. vol. 51, n° 11. pp. 1013-1023.
- [3] ORS Pays de la Loire. (2016). Baromètre santé 2014. Résultats Pays de la Loire. 101 p.
- [4] Enquête Escapad 2014, OFDT, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [5] Beck F, dir. (2016). Jeunes et addictions. OFDT. 208 p.
- [6] OMS. (2011). La santé mentale en période de crises économiques. [En ligne]. <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2011/4/mental-health-in-economic-crises>.
- [7] OCDE. (2013). Panorama de la santé 2013. Les indicateurs de l'OCDE. 214 p.
- [8] Blasco S, Brodaty T. (2016). Chômage et santé mentale en France. *Économie et Statistique*. Insee. n° 486-487. pp. 17-44.
- [9] Cnamts. Sniiram (Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie), exploitation ORS Pays de la Loire.
- [10] Chapiro F. (2006). Les recours aux soins spécialisés en santé mentale. *Études et Résultats*. Drees. n° 533. 8 p.
- [11] Chevallier P. (1988). Population infantile consultant pour des troubles psychologiques. *Population*. Ined. vol. 43, n° 3. pp. 611-638.
- [12] Westerlund H, Vahtera J, Ferrie JE, *et al.* (2010). Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational cohort study. *British Medical Journal*. vol. 341. 7 p.
- [13] Drees. Data.Drees : Professions de santé et du social. [En ligne]. http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,
- [14] ORS Pays de la Loire. (2013). Environnement, santé et bien-être, souffrance psychique, violences et accidents. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010. 20 p.
- [15] ORS Pays de la Loire, URPS médecins libéraux Pays de la Loire. (2013). La prise en charge de la dépression en médecine générale dans les Pays de la Loire. N° 5. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 8 p.
- [16] ORS Pays de la Loire, URPS médecins libéraux Pays de la Loire. (2013). Les médecins généralistes des Pays de la Loire face au risque suicidaire. N° 6. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 4 p.
- [17] ORS Pays de la Loire, URPS infirmiers libéraux des Pays de la Loire. (2014). Conditions d'exercice et activité des infirmiers libéraux des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des infirmiers libéraux des Pays de la Loire. 66 p.
- [18] ORS Pays de la Loire. (2015). Analyse exploratoire des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) 2011 en Pays de la Loire. Nouvelle édition décembre 2015. 91 p.
- [19] Bases nationales RIM-P (Recueil d'information médicale en psychiatrie), ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [20] Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
- [21] Base régionale RPU, ORU Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [22] Bases nationales PMSI MCO, ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [23] Cnamts, MSA, RSI. (2016). Critères médicaux. Admission et prolongation d'une affection de longue durée exonérante du ticket modérateur. 55 p.
- [24] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : effectifs au 31 décembre, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [25] Cnamts. Cartographie des pathologies et des dépenses. [En ligne]. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>.
- [26] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : admissions, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [27] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [28] Centre de ressources Autisme Île-de-France. Qu'est-ce que l'autisme ? [En ligne]. <http://www.craif.org/6-generalites.html>.
- [29] Laprévotte V. (2009). Problématiques somatiques chez les personnes souffrant de schizophrénie. Santé du corps - Santé mentale : aspects épidémiologiques. CHRU de Lille. 14 p.



- [30] Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. vol. 13, n° 2. pp. 153-160.
- [31] De Nayer A, Masson A, Domken MA, et al. (2014). La résistance de la schizophrénie au traitement. *Supplément à Neurone*. vol. 19, n° 4. 24 p.
- [32] Beck F, Guignard R. (2012). La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *La Santé de l'Homme*. Inpes. n° 421. pp. 43-45.
- [33] Satizabal CL, Beiser AS, Chouraki V, et al. (2016). Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study. *The New England Journal of Medicine*. vol. 374, n° 6. pp. 523-532.
- [34] ORS Pays de la Loire. (2012). Maladie d'Alzheimer et démences associées. In « La santé observée dans les Pays de la Loire. Edition 2012 ». 3 p.
- [35] Observatoire national du suicide. (2016). Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport. 481 p.