

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psycho-que-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite.pdf>

Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée

Magali Coldefy, Coralie Gandré (Irdes)

La mortalité des individus suivis pour des troubles psychiques sévères n'avait été étudiée que de façon parcellaire en France. La mise à disposition de données relatives aux causes médicales de décès appariées aux données de consommation de soins dans le Système national des données de santé (SNDS) en a permis l'étude à l'échelle nationale chez les principaux bénéficiaires de l'Assurance maladie.

La réduction de l'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Ces individus ont des taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé. Ces premiers résultats encouragent à développer des travaux visant à expliquer cette surmortalité ainsi qu'à mener en parallèle des actions ciblées pour réduire les inégalités de santé dont sont victimes les personnes vivant avec un trouble psychique.

L'espérance de vie plus faible des personnes suivies pour des troubles psychiques sévères est connue depuis plusieurs décennies (Newman *et al.*, 1991). Des travaux de recherche menés à l'étranger ont souligné la persistance, voire l'aggravation, de l'écart entre l'espérance de vie de la population générale et celle des individus avec des maladies psychiatriques au cours du temps, y compris dans des pays développés

dont les systèmes de santé sont jugés équitables et efficaces. La réduction de l'espérance de vie des personnes atteintes de troubles psychiques sévères y a ainsi été estimée à 20 ans pour les hommes et 15 ans pour les femmes, tandis que leur taux de mortalité est deux à trois fois supérieur à celui de la population générale (Thorncroft, 2011 ; Wahlbeck *et al.*, 2011).

Quels sont les déterminants de la surmortalité des personnes avec des troubles psychiques ?

Contrairement aux maladies somatiques, les pathologies psychiatriques n'entraînent pourtant pas de conséquences organiques directes pouvant être létales. Plusieurs hypothèses quant aux détermi-

nants principaux de la surmortalité des personnes avec des troubles psychiques ont été avancées dans la littérature internationale. Elles ne se limitent pas à un risque plus élevé de suicide et de mort violente ou accidentelle. Elles incluent également la présence accrue de facteurs de risque de nombreuses maladies chroniques, notamment d'ordre comportemental, telles qu'une forte consommation de tabac, une grande sédentarité ou une moindre observance aux traitements (Berg *et al.*, 2013 ; DiMatteo *et al.*, 2000). Les personnes vivant avec un trouble psychique sévère et persistant sont par ailleurs exposées aux effets secondaires des médicaments psychotropes (Mitchell *et al.*, 2013). Enfin, les données internationales montrent une moins bonne prise en charge somatique que celle de la population générale tout au long de la vie, notamment en termes d'accès aux soins, de dépistage ou de qualité des soins délivrés (Thorncroft, 2011 ; Wahlbeck *et al.*, 2011). Les constats relatifs à la surmortalité des individus suivis pour des troubles psychiques sévères sont donc

d'autant plus frappants qu'ils seraient en grande partie liés à des facteurs sur lesquels il est possible d'agir, à court terme, par des actions de prévention auprès de ces individus ou par une offre de soins plus adaptée à leurs besoins.

En France, très peu de travaux ont traité de cette problématique malgré son important retentissement à l'international et le fait qu'elle peut être un marqueur de l'inefficacité des politiques de prévention et de prise en charge à destination des individus suivis pour des troubles psychiques. La plupart des recherches existantes concernent par ailleurs des sous-populations spécifiques ou des zones géographiques restreintes (Charrel *et al.*, 2015 ; Lemogne *et al.*, 2013). La seule étude nationale incluant un large spectre de troubles psychiques actuellement disponible a étudié la mortalité des personnes identifiées comme présentant une maladie psychique par une analyse des causes multiples de décès extraites des certificats de décès entre 2000 et 2013. Elle a mis en évidence la

REPÈRES

Cette étude a été réalisée en collaboration avec la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) dans le cadre du dossier Santé mentale du rapport *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance maladie pour 2019* (Cnam, 2018). Elle a ainsi bénéficié du soutien méthodologique de Panayotis Constantinou, Thomas Lesuffleur et Christelle Gastaldi-Ménager. Elle a par ailleurs bénéficié du soutien statistique de David Lapalus et Steve Nauleau de l'Agence régionale de santé de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur. Enfin, elle s'inscrit dans la continuité des travaux de recherche de l'Irdes sur la prise en charge des personnes suivies pour des troubles psychiques, et représente une étape préliminaire à l'analyse de l'impact de cette prise en charge sur la mortalité.

réduction de l'espérance de vie associée à certains troubles psychiatriques et objectif l'importance des causes somatiques, notamment des maladies cardiovasculaires et des cancers, dans le décès des personnes atteintes de ces troubles (Ha *et al.* 2017).

Néanmoins, l'utilisation des seules causes de décès pour estimer la prévalence des maladies psychiques chez les personnes décédées est susceptible de conduire à sous-estimer cette prévalence. La capacité des certificats de décès à rendre compte des comorbidités psychiatriques tout au long de la vie est en effet limitée. Pour une grande partie des décès déclarés pour des personnes suivies pour des troubles psychiques, le médecin remplissant le certificat de décès omet de déclarer la pathologie psychiatrique en cause associée ayant contribué au processus morbide. Le médecin réalisant le certificat de décès n'est pas toujours celui ayant suivi l'individu au préalable. Par ailleurs, la présence d'un trouble psychique chez les personnes décédées peut également ne pas être indiquée si le décès n'est pas identifié comme étant en lien avec ce trouble. La récente mise à disposition de données relatives aux causes médicales de décès pouvant être apparées aux données de consommation de soins remboursés par l'Assurance maladie dans le Système national des données de santé (SNDS) permet de compléter les premières données françaises sur la

SOURCE

Identification des personnes suivies pour des troubles psychiques

Cette étude mobilise les données du Système national des données de santé (SNDS) qui incluent les données hospitalières de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), l'ensemble des remboursements de soins hospitaliers et de médecine de ville des assurés de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) ainsi que certaines de leurs caractéristiques individuelles, notamment sociodémographiques et médicales. Le SNDS comporte notamment une cartographie médicalisée des bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) en fonction de certaines pathologies, conditions ou traitements fréquents, graves, ou coûteux. Parmi ces bénéficiaires, 13 catégories non exclusives de pathologies ont été créées, dont une propre aux maladies psychiatriques. Les algorithmes qui définissent ces catégories de pathologies reposent sur les causes d'hospitalisation, les Affections de longue durée (ALD) et la prescription de médicaments ou actes dits traceurs car quasi-spécifiques à la prise en charge de certaines maladies, sur une période allant parfois jusqu'à cinq ans (Cnam, 2018). Des catégories détaillées ont été définies par la Cnam au sein de la catégorie des maladies psychiatriques : les troubles psychotiques, névrotiques et de l'humeur (troubles maniaques et bipolaires, troubles dépressifs, troubles névrotiques), les déficiences mentales, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et les autres troubles psychiatriques.

Mortalité et causes de décès

A la fin de l'année 2017, le SNDS s'est enrichi de données relatives aux causes médicales de décès des années 2013 et 2014 et inclura à terme ces données depuis 2006. Elles comportent des informations sur la date et le lieu du décès, ses causes (initiales et associées) ainsi que la date de naissance et le lieu de résidence de la personne décédée. Les causes du décès sont identifiées par un médecin lors de l'établissement du certificat de décès qui est ensuite transmis au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et à l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Le CépiDc assure le codage des causes de décès selon la Classification internationale des maladies, dixième version (Cim-10) et détermine la cause initiale du décès, cause à l'origine du processus morbide ayant conduit au décès, tandis que l'Insee lie le certificat de décès à des informations sociodémographiques. Ces données sont ensuite transmises à la Cnam et apparées aux autres données du SNDS par une méthode d'appariement indirecte mobilisant l'année, le mois et le jour de décès, le sexe, l'année de naissance, le mois de naissance, le département de résidence, la commune de résidence et, lorsqu'il existe, le département de l'établissement hospitalier dans lequel le patient est décédé. L'appariement est d'abord réalisé sur toutes ces variables puis, lorsqu'aucune correspondance n'est retrouvée, sur tous les critères sauf un, à l'exception de l'année de décès qui doit toujours coïncider.

mortalité des individus suivis pour des troubles psychiques (encadré Source). Elles permettent en effet de garantir une identification plus exhaustive de ces individus et de les comparer avec le reste de la population.

Dans ce contexte, cette étude a pour objectif de décrire la mortalité des personnes suivies pour des troubles psychiques en France, en 2014, à partir des données du SNDS. Ces données permettent de recourir à un ensemble d'indicateurs complémentaires couramment utilisés dans les études de mortalité, en comparaison avec la population des principaux bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie et des Sections locales mutualistes (SLM).

En 2014, 2 millions de bénéficiaires du Régime général et des SLM ayant consommé des soins ont été suivis pour un trouble psychiatrique. Parmi eux, 2,7 % sont décédés dans l'année, contre 0,7 % des bénéficiaires du Régime général et des SLM. Les causes de décès de ces individus ont pu être appariées avec leurs données de consommation de soins pour 54 681 décès (98,2 % des cas).

T1

Nombre et taux bruts de décès en 2014, selon les groupes pathologiques pris en charge

| Cartographie médicalisée de la Cnam (version G5) | Nombre d'individus | Nombre de décès 2014 | Taux de décès (pour 1 000) |
|--|--------------------|----------------------|----------------------------|
| Maladies psychiatriques (ensemble) | 2 013 094 | 54 681 | 27,2 |
| Troubles psychotiques | 401 726 | 7 486 | 18,6 |
| Troubles névrotiques et de l'humeur, dont : | 1 154 683 | 37 697 | 32,6 |
| Troubles maniaques et bipolaires | 192 893 | 3 535 | 18,3 |
| Dépression et autres troubles de l'humeur | 741 829 | 23 534 | 31,7 |
| Troubles névrotiques liés au stress et somatoformes | 437 286 | 16 617 | 38,0 |
| Troubles addictifs | 293 754 | 7 248 | 24,7 |
| Autres troubles psychiatriques | 394 407 | 9 779 | 24,8 |
| Ensemble des bénéficiaires du Régime général et SLM* | 56 518 758 | 387 332 | 6,9 |

* SLM : Sections locales mutualistes.

Champ : Bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de l'Assurance maladie ayant consommé des soins, France entière.

Source : Système national des données de santé (SNDS).

[Télécharger les données](#)

Les nombres et taux bruts de décès par type de pathologie sont détaillés dans le tableau 1.

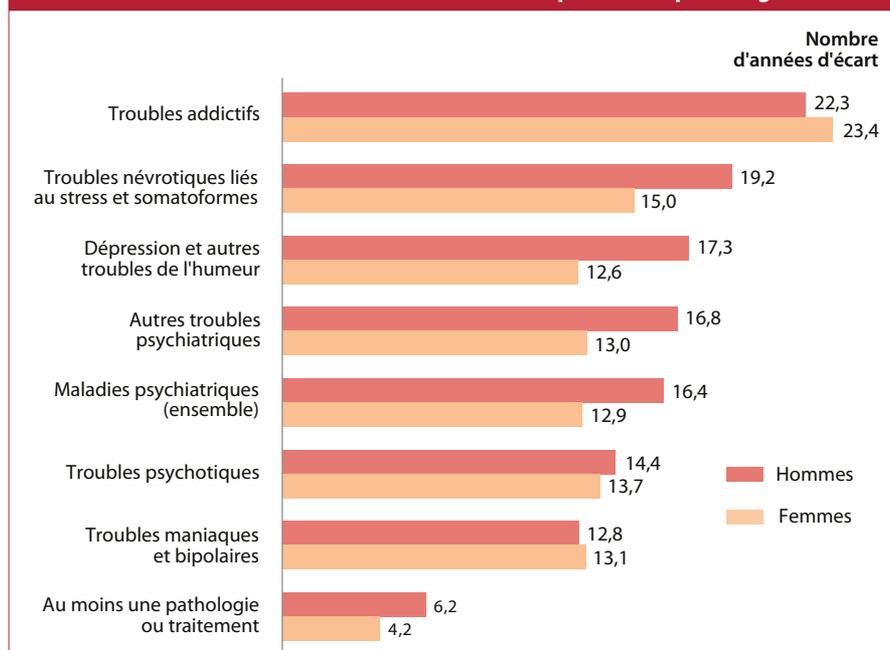
Une espérance de vie à 15 ans fortement diminuée, avec des variabilités en fonction des troubles

L'espérance de vie à 15 ans des personnes suivies pour un trouble psychiatrique, toutes pathologies confondues,

est de 48,9 ans pour les hommes et de 58,6 ans pour les femmes. Ainsi, ces individus présentent une diminution de l'espérance de vie à 15 ans de 16,4 ans pour les hommes et 12,9 ans pour les femmes comparativement aux autres bénéficiaires du Régime général et des SLM. Cette diminution est trois fois supérieure à celle observée chez les bénéficiaires ayant au moins une pathologie ou un traitement en 2014 qu'ils soient de nature somatique ou psychique.

G1

Écart d'espérance de vie à 15 ans entre les individus suivis pour un trouble psychique et les bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) par sexe et pathologie



Champ : Bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de l'Assurance maladie ayant consommé des soins, France entière.

Source : Système national des données de santé (SNDS).

[Télécharger les données](#)

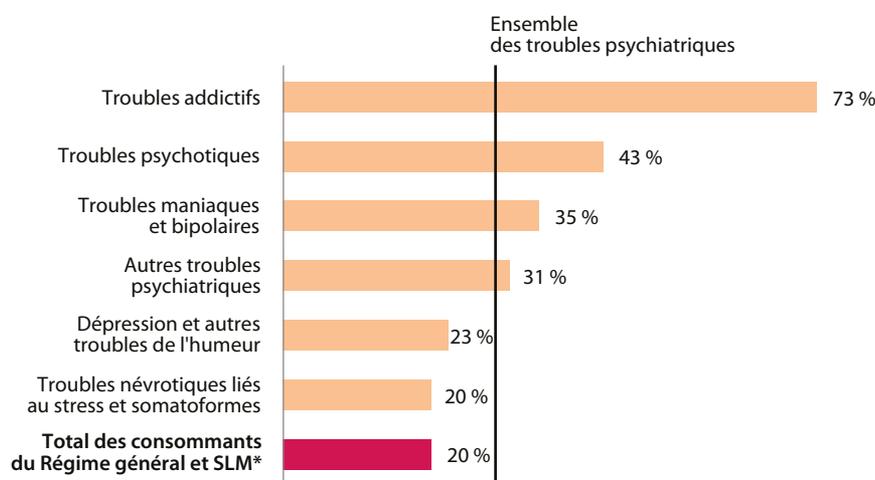
Cet écart est particulièrement marqué pour les troubles addictifs (22,3 ans pour les hommes et 23,4 ans pour les femmes). Néanmoins, la réduction de l'espérance de vie à 15 ans est également considérable pour l'ensemble des autres maladies psychiatriques considérées, y compris celles pour lesquelles la diminution est la plus faible : 12,8 ans pour les troubles maniaques et bipolaires chez les hommes et 12,6 ans pour les dépressions et autres troubles de l'humeur chez les femmes (graphique 1).

Des causes de décès principales proches de celles des bénéficiaires de l'Assurance maladie avec néanmoins une place prépondérante des suicides, accidents de transport et chutes

Le cancer et les maladies cardiovasculaires sont les deux premières causes de décès des personnes suivies pour des troubles psychiques (respectivement 26 % et 20 % des décès), tout comme pour la population totale des bénéficiaires du Régime général et des

G2

Part des décès prématurés (avant 65 ans) parmi les décès de 2014, selon les groupes pathologiques traités



* SLM : Sections locales mutualistes.

Champ : Bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de l'Assurance maladie ayant consommé des soins, France entière.

Source : Système national des données de santé (SNDS).

[Télécharger les données](#)

SLM ayant consommé des soins, même si les proportions des décès par ces causes y sont plus élevées (33 % pour le cancer et 24 % pour les maladies cardiovasculaires).

Néanmoins, les décès par causes externes (suicides, accidents de transport et chutes) constituent la troisième cause de décès des individus souffrant de maladies mentales (10 % des décès) et seulement la cinquième dans la population des bénéficiaires du Régime général ayant consommé des soins (derrière les états morbides mal définis et les maladies du système respiratoire). Au sein des causes externes, le suicide représente 40 % des causes de décès parmi les personnes suivies pour des troubles psychiatriques (57 % parmi les personnes suivies pour des troubles bipolaires), contre 25 % pour l'ensemble des bénéficiaires du Régime général et des SLM ayant consommé des soins, chez lesquels les accidents de transport et les chutes occupent une part prépondérante.

Une mortalité marquée par la forte part des décès prématurés

Les personnes suivies pour des troubles psychiatriques se distinguent par leur forte part de décès prématurés, survenant avant 65 ans : 28 % des décès dans cette population contre 20 % pour les bénéficiaires du Régime général et des SLM. La mortalité prématurée est particulièrement marquée chez les individus suivis pour des troubles liés à l'usage de substances psycho-actives pour lesquels elle représente 73 % des décès, chez les personnes suivies pour des troubles psychotiques, 43 % des décès, ou pour des troubles maniaques ou bipolaires, 35 % des décès (graphique 2).

Une surmortalité par rapport à la population totale pour l'ensemble des causes de décès

Après standardisation des taux de mortalité, les personnes suivies pour des troubles psychiatriques présentent un taux de mortalité 2,6 fois supérieur à celui des bénéficiaires du Régime général et des SLM. Cette surmortalité est observée pour l'ensemble des pathologies psychiatriques considérées, mais est particulièrement marquée pour les

MÉTHODE

Champ de l'étude

L'étude porte sur les décès de l'année 2014 appariés à la version G5 (dernière version disponible) de la cartographie des pathologies et des dépenses des bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam). Cette version de la cartographie inclut les consommations de soins de l'année 2014 (et éventuellement quelques années d'historique en fonction des algorithmes mobilisés). La population d'étude n'est donc pas représentative de l'intégralité de la population française : elle n'inclut pas les personnes dont les décès n'ont pu être appariés avec la cartographie ni les bénéficiaires des régimes autres que le Régime général et les SLM ou les bénéficiaires qui n'ont pas consommé de soins. La population d'étude est ainsi susceptible d'être plus jeune que la population générale française car elle n'inclut pas les bénéficiaires de la Mutualité sociale agricole (MSA) ni de la Sécurité sociale des indépendants (ex RSI), en moyenne plus âgés. Par ailleurs, les décès à l'hôpital y sont surreprésentés car plus facilement appariables avec les données de consommation de soins tandis que les décès non appariés sont susceptibles de correspondre à des populations spécifiques (étrangers, personnes de passage, sans abris qui n'ont pas consommé de soins...). Néanmoins, contrairement à la majorité des études de mortalité des personnes suivies pour des troubles psychiques menées à l'international, qui se centrent soit sur les soins primaires soit sur les soins secondaires, l'utilisation de la cartographie de la Cnam permet d'identifier les individus suivis pour ces troubles à la fois en ville et en établissement de santé. Pour les décès survenus en 2014, 90 % de ceux recensés par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) ont pu être appariés avec des individus dont des données étaient présentes dans le Système national des données de santé (SNDS). Ce taux s'élève à 98 % pour les individus de la cartographie des bénéficiaires du Régime général et des SLM inclus dans la catégorie des maladies psychiatriques.

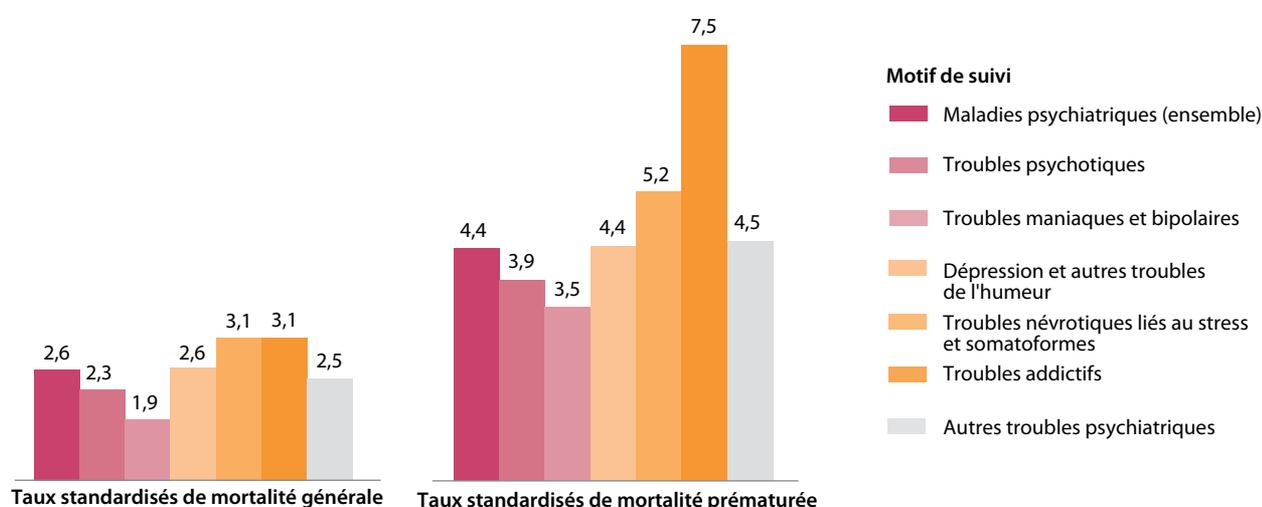
Cette catégorie de la cartographie inclut l'ensemble des troubles du chapitre V « Troubles mentaux et du comportement » de la Cim-10, à l'exclusion des démences (F00 à F03) et des autres troubles du comportement et autres troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence (F98). Par ailleurs, les troubles psychiatriques apparaissant durant l'enfance (intégrant les troubles du développement psychologique F8 et F90 à F94) et les déficiences mentales n'ont pas été inclus dans l'analyse par pathologie du fait du nombre réduit de décès de ces individus sur la période d'étude.

Méthode d'analyse des données

Plusieurs indicateurs complémentaires et couramment utilisés dans les études de mortalité ont été mobilisés : l'espérance de vie et les taux de mortalité. Les pathologies psychiatriques apparaissant majoritairement après l'âge de 15 ans, le choix a été fait de calculer l'espérance de vie à 15 ans et non à la naissance, qui prendrait en compte des facteurs qui ne sont pas nécessairement liés à la pathologie étudiée. Par ailleurs, elle a été considérée séparément en fonction du sexe des individus du fait des fortes différences d'espérance de vie entre hommes et femmes. Les taux de mortalité considérés incluent les taux bruts de mortalité, les taux de mortalité standardisés par une méthode de standardisation directe sur la structure par âge et sexe de la population totale française recensée en 2014 par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), les taux standardisés de mortalité prématurée, définie comme la mortalité survenant avant 65 ans, et les taux standardisés de décès par cause principale. Parmi les causes de décès, les causes externes correspondent à des décès non directement liés à des pathologies sous-jacentes tels que les décès par suicide, intoxication, accident de la route, chute ou noyade. Les indicateurs construits pour les individus suivis pour un trouble psychiatrique ont été comparés à ceux de la population totale des personnes ayant consommé des soins du Régime général et des SLM.

G3

Ratios de mortalité générale et prématurée, en 2014, des personnes suivies pour des troubles psychiatriques par rapport aux bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM)



Lecture : Les taux standardisés de mortalité générale et prématurée des personnes suivies pour des troubles psychiatriques sont respectivement 2,6 et 4,4 fois supérieurs à ceux de l'ensemble des bénéficiaires du Régime général et des SLM ayant consommé des soins.

Champ : Bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de l'Assurance maladie ayant consommé des soins, France entière.

Source : Système national des données de santé (SNDS), Insee Recensement de population 2014.

[Télécharger les données](#)

troubles psychotiques et addictifs. Le taux standardisé de mortalité prématurée (avant 65 ans) est lui 4,4 fois supérieur chez les personnes suivies pour un trouble psychique en comparaison des bénéficiaires du Régime général et des SLM. La différence est particulièrement marquée chez les individus suivis pour des troubles addictifs qui présentent un taux standardisé de mortalité prématurée 7,5 fois supérieur à celui des bénéficiaires du Régime général et des SLM (graphique 3).

La surmortalité des personnes suivies pour des troubles psychiatriques s'observe pour l'ensemble des causes de décès. Les ratios de surmortalité les plus élevés sont observés pour les causes de décès par causes externes avec un taux de mortalité cinq fois supérieur à celui de la population générale. Les taux sont trois fois supérieurs pour les maladies du système digestif, les états morbides mal définis, les maladies neurodégénératives, du système respiratoire et les maladies endocriniennes, et deux fois supérieurs pour les tumeurs et maladies cardiovasculaires (tableau 2). Au sein des cancers, comme en population générale, le cancer du poumon arrive en tête, avec un taux 2,3 fois supérieur pour les personnes suivies pour des troubles psychiatriques.

Au sein des maladies psychiatriques, les troubles addictifs présentent généralement des ratios de mortalité plus défavorables à ceux des bénéficiaires du Régime général et des SLM, notamment

pour les décès liés aux maladies du système digestif ou aux causes externes, ainsi que pour les décès liés aux états morbides mal définis et aux maladies infectieuses. Les personnes suivies pour

T2

Ratios de mortalité entre taux de mortalité des personnes suivies pour des troubles psychiatriques et taux de mortalité des bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) par cause, selon les groupes pathologiques traités

| | Taux standardisé de mortalité | | Ratio de mortalité (toutes pathologies psychiatriques) |
|--|-------------------------------------|---|--|
| | Consommateurs régime général et SLM | Personnes suivies pour un trouble psychiatrique | |
| Causes externes (accidents, suicides, chutes...) | 45,4 | 222,7 | 4,9 |
| Maladies du système digestif | 31,9 | 101,4 | 3,2 |
| Etats morbides mal définis | 59,7 | 177,5 | 3,0 |
| Maladies neurodégénératives | 40,9 | 115,6 | 2,8 |
| Maladies du système respiratoire | 45,8 | 129,0 | 2,8 |
| Maladies infectieuses | 14,3 | 39,9 | 2,8 |
| Maladies endocriniennes | 25,2 | 68,9 | 2,7 |
| Tumeurs | 235,3 | 499,1 | 2,1 |
| Maladies hématologiques | 2,7 | 5,6 | 2,1 |
| Maladies cardiovasculaires | 172,0 | 349,9 | 2,0 |
| Mortalité générale (toutes causes confondues) | 719,9 | 1 886,2 | 2,6 |
| Mortalité prématurée (avant 65 ans) | 143,9 | 629,3 | 4,4 |

Note : Les décès dont la cause principale identifiée était un trouble mental ont été exclus, car une maladie psychiatrique ne peut conduire de façon organique à un décès. Taux pour 100 000 habitants (standardisation population de référence Insee 2014).

Lecture : Le taux standardisé de mortalité par tumeurs des personnes suivies pour un trouble psychiatrique est de 499,1 pour 100 000 habitants, contre 235,3 pour 100 000 pour les bénéficiaires du Régime général et des SLM, soit un ratio de surmortalité par tumeurs de 2,1.

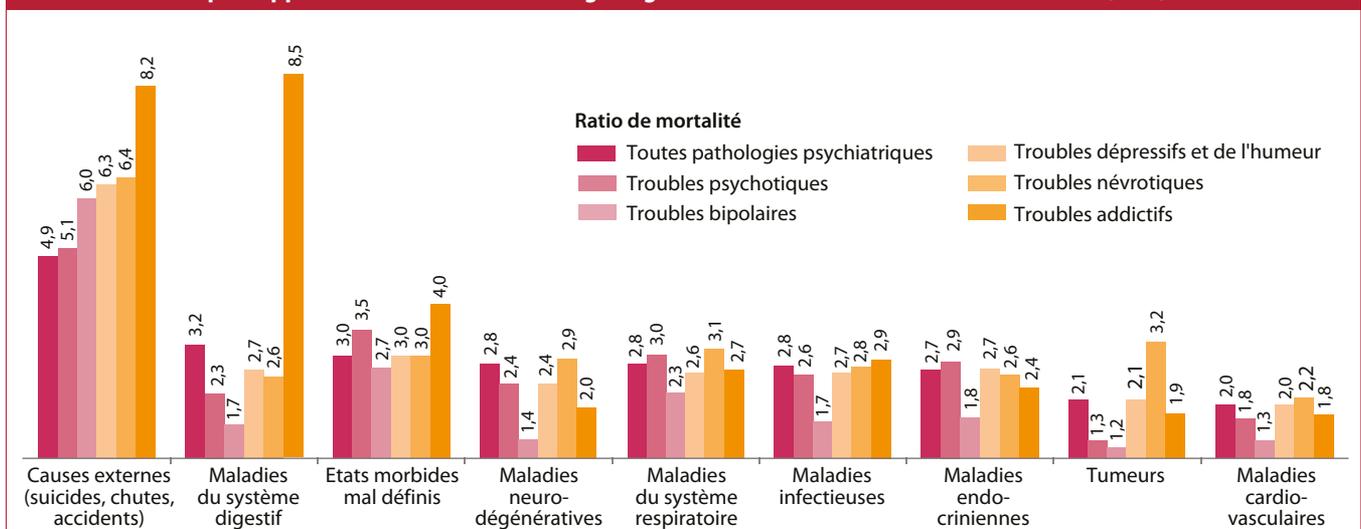
Champ : Bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de l'Assurance maladie ayant consommé des soins, France entière.

Source : Système national des données de santé (SNDS), Insee Recensement de population 2014.

[Télécharger les données](#)

G4

Ratios de mortalité pour les principales causes de décès, en 2014, des personnes suivies pour des troubles psychiatriques par rapport aux bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM)



Lecture : Les personnes suivies pour des troubles psychiatriques ont un taux de mortalité par causes externes 4,9 fois supérieur à celui des bénéficiaires du Régime général et des SLM. Ce taux est 6 fois supérieur pour les troubles bipolaires et 8,2 fois pour les troubles addictifs.

Champ : Bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de l'Assurance maladie ayant consommé des soins, France entière.

Source : Système national des données de santé (SNDS), Insee Recensement de population 2014.

Télécharger les données

des troubles psychotiques connaissent une surmortalité importante par causes externes, états morbides mal définis, maladies du système respiratoire et maladies endocriniennes (qui peuvent être la conséquence d'effets secondaires liés à la fréquence de la prescription de psychotropes dans ces pathologies). Les personnes suivies pour des troubles bipolaires sont surtout concernées par les causes externes de décès, leur surmortalité par suicide étant la plus importante (risque multiplié par 15). Les personnes suivies pour des troubles dépressifs et névrotiques connaissent, pour leur part, des taux de décès par tumeurs, maladies cardiovasculaires et maladies du système respiratoire particulièrement élevés (graphique 4). Dans ces derniers cas, le fait que la pathologie somatique soit parfois à l'origine du trouble psychique pourrait expliquer ces résultats. En effet, la cartographie médicalisée de la Cnam n'étant pas exclusive, cette analyse descriptive ne permet pas de prendre en compte l'antériorité du développement de certaines pathologies.

Ces premières données françaises offrent, à l'heure actuelle, les résultats les plus exhaustifs possibles sur la mortalité des personnes avec des troubles psychiques à

l'échelle nationale. Pour autant, elles comportent une limite liée à l'estimation de la prévalence des troubles mentaux. Celle-ci a été calculée sur des individus récemment pris en charge par le système de santé, omettant ainsi potentiellement une partie de la population souffrant de troubles psychiques mais sans recours actuel. Par ailleurs, les algorithmes utilisés proviennent de la cartographie médicalisée de la Cnam et ont été essentiellement développés dans une optique visant à déterminer les coûts associés aux différentes pathologies. Des optimisations de ces algorithmes en vue d'une utilisation épidémiologique de la cartographie pourraient être envisagées pour affiner ces analyses.

Les résultats corroborent aussi certains éléments issus de la littérature internationale concernant les déterminants de la surmortalité des individus souffrant de troubles psychiques comme : le rôle réel mais limité du risque plus élevé de suicide, le rôle des maladies endocriniennes et cardiovasculaires qui peut être lié aux effets secondaires des médicaments psychotropes ou le rôle des comportements de santé à risque. La surmortalité par cancer du poumon des individus vivant avec un trouble psychique pourrait être liée à un tabagisme important (Berg *et al.*, 2013 ; DiMatteo *et al.*, 2000). Néanmoins, ces explications demeurent

parcellaires, cette surmortalité résultant de causes multiples. L'espérance de vie est en effet déterminée par un ensemble de facteurs affectant la santé, tels que les conditions de vie, les comportements individuels et l'environnement mais aussi la littératie en santé et l'accès aux soins (Wahlbeck *et al.* 2011).

En France, des données agrégées objectivent le plus faible accès aux soins des personnes suivies pour des troubles psychiques, qui sont par exemple nettement plus nombreuses que la population générale à ne pas avoir de médecin traitant (15 % contre 6 %), et dont le moindre recours aux soins somatiques courants croît avec la sévérité de leurs troubles (<http://santementale.atlasante.fr>). Des données individuelles sur les parcours et ruptures de soins des individus suivis pour des troubles psychiques doivent maintenant être mises en regard de leurs causes de décès dans des études longitudinales au long cours considérant de nombreux facteurs d'ajustement individuels, dont les conditions socio-économiques des individus étudiés, et des facteurs contextuels. ♦

Les auteurs remercient Nadia Younés (Université Versailles Saint-Quentin en Yvelines), André Bitton (Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie) et Nicolas Brouard (Institut national d'études démographiques) pour leur relecture attentive.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Berg C. J., Thomas A. N., Mertens A. C., Schauer G. L., Pinsky E. A., Ahluwalia J. S., et Khuri F. R. (2013). "Correlates of Continued Smoking versus Cessation among Survivors of Smoking-Related Cancers". *Psycho-Oncology* 22 (4): 799-806. <https://doi.org/10.1002/pon.3077>
- Caisse nationale de l'Assurance maladie (2018). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019*.
- Charrel C.-L., Plancke L., Genin M., Defromont L., Ducrocq F., Vaiva G., et Danel T. (2015). "Mortality of People Suffering from Mental Illness: A Study of a Cohort of Patients Hospitalised in Psychiatry in the North of France". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 50 (2): 269-77. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0913-1>
- DiMatteo M. R., Lepper H. S., et Croghan T. W. (2000). "Depression Is a Risk Factor for Noncompliance with Medical Treatment: Meta-Analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence". *Archives of Internal Medicine* 160 (14): 2101-7.
- Ha C., Decool E., et Chan Chee C. (2017). « Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 23: 500-508.
- Lemogne C., Nabi H., Melchior M., Goldberg M.I., Limosin F., Consoli S. M., et Zins M. (2013). "Mortality Associated with Depression as Compared with other Severe Mental Disorders: A 20-Year Follow-up Study of the GAZEL Cohort". *Journal of Psychiatric Research* 47 (7): 851-57. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.03.015>
- Mitchell A. J., Vancampfort D., Sweers K., van Winkel R., Yu W., et De Hert M. (2013). "Prevalence of Metabolic Syndrome and Metabolic Abnormalities in Schizophrenia and Related Disorders. A Systematic Review and Meta-Analysis". *Schizophrenia Bulletin* 39 (2): 306-18. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr148>
- Newman S. C. et Bland R. C. (1991). "Mortality in a Cohort of Patients with Schizophrenia: A Record Linkage Study". *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie* 36 (4): 239-45.
- Thornicroft G. (2011). "Physical Health Disparities and Mental Illness: The Scandal of Premature Mortality". *The British Journal of Psychiatry* 199 (6): 441-42. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092718>
- Wahlbeck K., Westman J., Nordentoft M., Gissler M., et Munk Laursen T. (2011). "Outcomes of Nordic Mental Health Systems: Life Expectancy of Patients with Mental Disorders". *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 199 (6): 453-58. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085100>

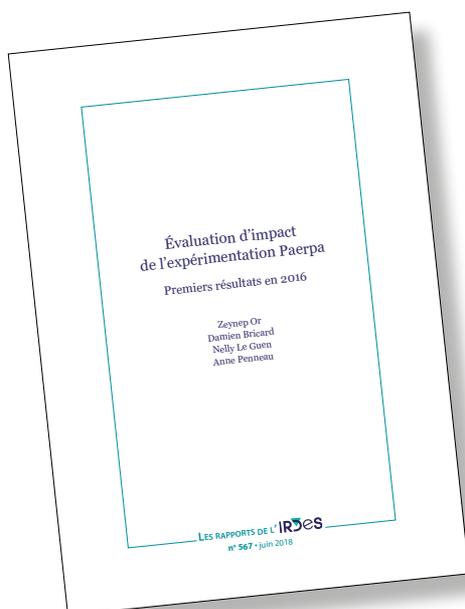
IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •

Directeur de la publication : Denis Raynaud • **Éditrice** : Anne Evans • **Éditrice adjointe** : Anna Marek • **Relecteurs** : Cécile Fournier, Maude Espagnacq •
Infographiste : Franck-Séverin Clérembault • **Assistant à la mise en page** : Damien Le Torrec • **Imprimeur** : Imprimerie Peau (Berd'huis, 61) •
Dépôt légal : Septembre 2018 • **Diffusion** : Suzanne Chriqui • **ISSN** : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).

VIENT DE PARAÎTRE

Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) Premiers résultats



Zeynep Or, Damien Bricard, Nelly Le Guen, Anne Penneau

Rapport n° 567 - juin 2018

Synthèse

Contexte • Objectifs et principes de l'évaluation • Méthodes • Principaux résultats • Conclusion

1. Rappel du contexte général des expérimentations Paerpa

1.1. Paerpa : les dispositifs clés

2. Principes globaux et finalités de l'évaluation

3. Les étapes de l'évaluation quantitative

3.1. Monitoring • 3.2. Analyses de modélisation à T0 • 3.3. Évaluation d'impact

4. Méthodologie d'évaluation d'impact

4.1. Différents niveaux d'évaluation • 4.2. Définition des populations cibles et témoins potentiels • 4.3. Méthode d'estimation d'impact

5. Description des territoires

5.1. Données et variables • 5.2. Unité territoriale des témoins potentiels • 5.3. Typologie des territoires

6. Variables de résultats

6.1. Définitions et tendances 2010-2016

7. Premiers résultats de l'analyse d'impact

7.1. Composition des témoins synthétiques • 7.2. Impact Paerpa : résultats en 2015 et 2016

Les publications de l'Irdes



Questions d'économie de la santé, en versions française et anglaise, est un mensuel de synthèse (4 à 8 pages), d'une grande lisibilité, sur l'actualité de la recherche en économie de la santé.

Questions d'économie de la santé est une première étape de lecture vers des documents plus approfondis (documents de travail, articles scientifiques...).

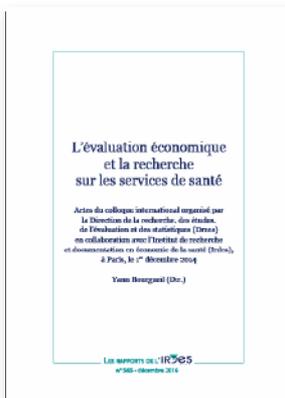
Destiné à un large public, il est diffusé aux formats papier et électronique.

Les documents de travail (DT) de l'Irdes

Cette série de pré-articles scientifiques, en langue française ou anglaise, présente à la discussion un état de la réflexion sur une problématique de recherche.

Les DT sont soumis à parution dans une revue scientifique.

Ils sont essentiellement diffusés au format électronique.



Les rapports de recherche de l'Irdes

Cette collection de référence propose les résultats complets d'études, de recherche ou d'enquêtes, ou encore des actes de séminaires ou de colloques en français.

Diffusée aux formats papier et électronique, sa version papier est payante.

Collection Ouvrages de l'Irdes : la série Atlas offre une représentation synthétique et visuelle (cartes et graphiques) de données rassemblées autour d'une thématique dans la perspective d'analyses et de comparaisons territoriales.

Diffusée aux formats papier et électronique, sa version papier est payante.

