

# ▲ Les troubles psychotiques dans les Hauts-de-France

Une approche épidémiologique à partir des bases médico-administratives



**F2RSM Psy**

Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France

**Les auteurs :**

Philippe Trouiller<sup>1</sup>, Laurent Plancke<sup>2,3</sup>, Alina Amariei<sup>2</sup>, Michel Tahon<sup>4</sup>, Thierry Danel<sup>1,2</sup>

**Comité de pilotage :**

Marie-Cécile Bralet (CHI Clermont, Psychiatrie), Alain Dervaux (CHU Amiens, Psychiatrie), Sophie Gautier (CHRU Lille, pharmacologie), Claire Rasle (CHRU Lille, Psychiatrie), Véronique Vosgien (EPSM AL, addictologie)

**Relecture et corrections :** Pauline Bareille

<sup>1</sup> CHU de Lille (interne en santé publique)

<sup>2</sup> Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSM) des Hauts-de-France, Lille

<sup>3</sup> Centre lillois d'études sociologiques et économiques, Villeneuve d'Ascq

<sup>4</sup> Direction régionale du service du contrôle médical des Hauts-de-France

## TABLE DES MATIERES

Introduction.....	4
Méthodes.....	5
Les bases utilisées.....	5
1. La base de remboursement des médicaments délivrés en ville .....	5
2. Le Rim-P .....	5
3. Les dispositifs des affections de longue durée .....	5
Plan d'analyse .....	5
Sélection de la population.....	6
1. Analyses sur la base Rim-P .....	6
2. Analyses sur la base médicaments.....	7
3. Analyses sur la base multi-sources .....	7
Primo-prescriptions.....	8
Identification individuelle.....	8
Périodes d'observation de douze mois.....	9
Schémas thérapeutiques.....	9
Analyses statistiques .....	9
Autorisations et modes d'accès aux bases de données .....	9
Résultats.....	10
Recours aux soins.....	10
1. Analyse du Rim-P : une prise en charge majoritairement ambulatoire.....	10
2. L'analyse des délivrances d'antipsychotiques : une approche qui dépasse le champ des troubles psychotiques .....	16
3. Repérage multi-sources (Rim-P, MCO, ALD et médicaments).....	22
Primo-prescriptions.....	25
Discussion .....	25
Conclusion .....	27
Bibliographie.....	28
Annexes.....	30
Index des figures, Tableaux et cartes .....	32
Sigles et acronymes employés .....	34

## INTRODUCTION

La schizophrénie a été décrite pour la première fois au début du xx<sup>e</sup> siècle et se trouve maintenant classée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) parmi les maladies les plus invalidantes au monde, en particulier chez les sujets jeunes (1). Cette pathologie se joint aux troubles délirants persistants, aux psychoses non organiques et aux troubles psychotiques aigus et transitoires pour former le spectre des troubles psychotiques. Ceux-ci se caractérisent par une altération du contact avec la réalité et peuvent donner lieu à des idées délirantes ou des hallucinations d'évolution chronique responsables d'un fort retentissement socio-professionnel (2). Les principaux facteurs de risques avancés sont aussi bien d'origine génétique qu'environnementale (le cannabis, la migration et l'urbanisation ont été mis en cause) (3), mais leur physiopathologie n'est pas tout à fait élucidée.

En l'absence d'enquête réalisée en population française, la prévalence de ces troubles dans le pays, estimée entre 0,5 et 2%, est basée sur la littérature internationale et les enquêtes réalisées aux États-Unis (4). Ces taux représenteraient donc approximativement 400 000 malades en France. En termes de nombre de journées ou d'actes, les troubles psychotiques constituent d'ailleurs un des motifs de recours en psychiatrie les plus fréquents dans les établissements de santé (5).

Les bases médico administratives comme celles regroupées au sein du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram)/Système national des données de santé (SNDS)<sup>1</sup> constituent un relevé détaillé du recours aux soins pour tous les assurés sociaux. Bien que leur objectif initial s'arrêtait à la description du recours aux soins d'un point de vue économique et administratif, ces bases de données séduisent par leur quasi-exhaustivité (concernant le Sniiram/SNDS, environ 97% de la population est couverte par les régimes inclus dans ces bases). De nombreuses études épidémiologiques analytiques ou descriptives basées sur ces sources ont donc naturellement commencé à paraître au cours de la dernière décennie. Leur utilisation dans le champ de la psychiatrie est plus récente mais suscite néanmoins un intérêt grandissant en France et en Europe (6,7). La faisabilité d'un repérage des patients schizophrènes via les données du Sniiram/SNDS a fait l'objet d'une étude en 2016 (8). Réunissant neuf experts du domaine, celle-ci concluait à une identification possible de ces patients dans le Sniiram/SNDS et proposait dans cette optique plusieurs critères de repérage.

Le Sniiram/SNDS semble donc constituer un outil intéressant pour obtenir des données descriptives détaillées sur les troubles psychotiques : leur analyse pourrait participer aux estimations de prévalence et d'incidence, ainsi qu'à la caractérisation des sujets atteints. La mise en place d'une telle analyse à l'échelle des Hauts-de-France, et son évaluation, constituent donc le double objectif de ce rapport.

Le spectre des troubles psychotiques sera abordé dans ce rapport selon la définition proposée par la classification internationale des maladies (CIM-10). Il ne comprend donc pas les troubles bipolaires.

---

<sup>1</sup> Le Sniiram est un entrepôt de données de recours aux soins (ambulatoires, hospitaliers ...), aux médicaments et aux dispositifs de santé (entre autres) créé en 2002. Il est géré par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (Cnamts). Il intègre désormais (décret n° 2016-1871 du 26 décembre 2016) le SNDS, système plus large comprenant, outre les données de l'assurance-maladie, des hôpitaux, les causes médicales de décès, les données relatives au handicap et un échantillon de données en provenance des organismes d'assurance-maladie complémentaire.

# METHODES

## LES BASES UTILISEES

### 1. La base de remboursement des médicaments délivrés en ville

Cette base de données regroupe l'ensemble des remboursements de médicaments délivrés en pharmacie de ville, effectués par la plupart des régimes d'assurance-maladie en France (RG, MSA, RSI, MSL) couvrant environ 97% de la population française. Outre le type de molécule remboursé, on retrouve également dans cette base le nombre de boîtes délivrées par sujet, les dates de délivrance, certains éléments descriptifs sur les bénéficiaires (âge, sexe, zone de résidence) et une information sur la spécialité du prescripteur.

### 2. Le Rim-P

Le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) a été mis en place en 2007 dans l'ensemble des établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie. L'objectif initial de ce recueil est de décrire l'activité hospitalière d'un point de vue économique, au même titre que les programmes médicalisés des systèmes d'information (PMSI) développés dans les champs de la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), des soins de suite et de réadaptation (SSR) et de l'hospitalisation à domicile (HAD).

Le Rim-P comprend deux supports : le résumé par séquence (RPS) pour les séjours (hospitalisations à temps complet ou partiel), et le résumé d'activité ambulatoire (RAA) pour les consultations et soins externes. Ont été extraites de cette base des informations relatives au patient (âge, sexe, lieu de résidence, diagnostics principal et associés), au séjour (durée, lieu, mode légal...) et à l'acte ambulatoire (forme d'activité, lieu) afin de constituer une base de données comportant une ligne par individu.

### 3. Les dispositifs des affections de longue durée

Le dispositif des affections de longue durée, mis en place dès la création de la Sécurité Sociale, permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique impliquant un traitement prolongé et des soins coûteux. Ce dispositif ouvre droit à une prise en charge du patient à 100% (exonération du ticket modérateur) pour les soins en rapport avec son affection. Jusqu'en 2015, l'obtention de cette prise en charge a été subordonnée à une demande du médecin à la caisse d'affiliation de l'assuré et donc à l'accord du service médical (une réforme sur l'admission en ALD a été appliquée en 2016).

Les règles d'admission en ALD au titre d'un trouble psychotique sont, en théorie, assez strictes (9) :

- Les troubles psychotiques aigus et transitoires (bouffées délirantes isolées) ne relèvent pas de l'exonération du ticket modérateur.
- Seules les affections dont l'ancienneté est supérieure à un an au moment de la demande relèvent de l'exonération (Il appartient au médecin traitant de fournir des repères chronologiques).
- Les affections relevant de l'exonération du ticket modérateur sont celles ayant des conséquences fonctionnelles majeures et en relation directe avec ces affections (en psychiatrie, la sévérité du diagnostic n'est pas toujours corrélée à la sévérité du handicap qui en découle).
- L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable (règle en vigueur en 2015).

## PLAN D'ANALYSE

Il est possible de chaîner les informations de plusieurs bases (hospitalisations, médicaments, affection longue durée...) afin de repérer au mieux les sujets présentant un trouble psychotique. Néanmoins, ces données chaînées laissent de côté l'activité ambulatoire répertoriée dans le Rim-P, pourtant prépondérante en psychiatrie. Ces données chaînées ne permettraient donc pas d'accéder au niveau de

détail suffisant pour caractériser les schémas thérapeutiques. Dès lors, il a été choisi de réaliser l'analyse en deux parties.

Dans un premier temps, les troubles psychotiques ont été abordés à travers l'analyse des séjours et actes ambulatoires (analyse du Rim-P), puis à travers l'analyse des délivrances d'antipsychotiques (exploitation de la base de remboursement des médicaments). Seule l'analyse séparée des bases nous permettait d'accéder aux informations permettant de caractériser le plus finement possible le recours aux soins des patients, notamment les schémas thérapeutiques.

Dans un second temps, une analyse réalisée simultanément sur 4 bases chaînées (PMSI-MCO, Rim-P, ALD, médicaments) a permis un repérage plus sensible et spécifique en vue d'estimer la prévalence de ces troubles dans les Hauts-de-France.

Enfin, l'analyse des primo-prescriptions d'antipsychotiques à partir de la base de remboursement des médicaments a permis d'estimer l'incidence des premiers épisodes psychotiques chez les jeunes.

## SELECTION DE LA POPULATION

### 1. Analyses sur la base Rim-P

Ont été inclus dans les analyses sur la base Rim-P tous les sujets résidant dans les Hauts-de-France présentant au moins un séjour, ou un acte ambulatoire, liés à un code diagnostique « troubles psychotiques » (code F2), en diagnostic principal ou associé, en 2014 ou 2015.

Pour cette population, on disposait de tous les séjours en lien avec un code F2 et leurs dates, ainsi que tous les actes ambulatoires en lien avec un code F2 et leurs dates.

Le code F2 « trouble psychotique » englobe les codes diagnostiques suivants :

- F20 (schizophrénie) ;
- F21 (troubles schizotypiques) ;
- F22 (troubles délirants persistants) ;
- F23 (troubles psychotiques aigus et transitoires) ;
- F24 (troubles délirants induits) ;
- F25 (troubles schizo-affectifs) ;
- F28 (autres troubles psychotiques non organiques) ;
- F29 (psychose non organique sans précision).

## 2. Analyses sur la base médicaments

Pour être inclus dans les analyses propres à cette base, un sujet devait remplir deux critères :

- Présenter au remboursement au moins une délivrance d'un antipsychotique (code ATC<sup>2</sup> N05A) à l'exception de certaines molécules non prescrites dans le cadre des troubles psychotiques :
  - N05AN (lithium : thymorégulateur, non utilisé pour la schizophrénie)
  - N05AD08 (dropéridol : anti-émétique)
  - N05AA04 (acépromazine : somnifère)
- durant l'année 2014 ou 2015

Le code ATC N07BC (médicaments utilisés dans la dépendance aux opiacés) a permis le repérage des patients ayant eu recours aux traitements de substitution aux opiacés (TSO). Cette catégorie de médicaments inclut notamment la méthadone et la buprénorphine.

## 3. Analyses sur la base multi-sources

Le repérage des sujets présumés atteints d'un trouble psychotique s'est fait selon les critères des algorithmes suivants. Il est à noter qu'un seul critère était nécessaire pour être inclus.

### Algorithme n°1

- Un statut ALD (code F2-) en cours en 2015 **ET** 3 délivrances d'antipsychotiques en 2015  
**OU**
- Au moins une hospitalisation (code F2-) entre **2014 et 2015** repérée via le Rim-P ou le PMSI-MCO (en diagnostic principal ou associé)  
**OU**
- Au moins une hospitalisation (code F2-) entre **2011 et 2015** repérée via le Rim-P ou le PMSI-MCO (en diagnostic principal ou associé) **ET** 3 délivrances d'antipsychotiques en 2015

Deux autres algorithmes ont été testés afin de moduler la sensibilité et la spécificité du repérage (seul un calcul d'effectif a été réalisé à partir de ces algorithmes).

### Algorithme n°2<sup>3</sup>

- Un statut ALD (code F2-) en cours en 2015  
**OU**
- Au moins une hospitalisation (code F2-) entre **2014 et 2015** repérée via le Rim-P ou le PMSI-MCO (en diagnostic principal ou associé)  
**OU**
- Au moins une hospitalisation (code F2-) entre **2011 et 2015** repérée via le Rim-P ou le PMSI-MCO (en diagnostic principal ou associé) **ET** 3 délivrances d'antipsychotiques en 2015

### Algorithme n°3

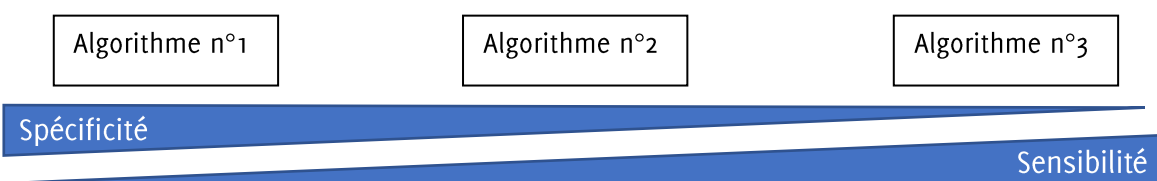
- Un statut ALD (code F2-) en cours en 2015 **ET** 3 délivrances d'antipsychotiques en 2015  
**OU**
- Au moins une hospitalisation (code F2-) entre **2014 et 2015** repérée via le Rim-P ou le PMSI-MCO (en diagnostic principal ou associé)  
**OU**
- 10 délivrances d'antipsychotiques en 2015 (thérapie « long cours »)

---

<sup>2</sup> Définie par l'OMS, la classification anatomique, thérapeutique et chimique est employée pour catégoriser les médicaments.

<sup>3</sup> Algorithme utilisé par la CnamTS dans son rapport Charges et produits de 2017 (10)

La spécificité et la sensibilité des 3 algorithmes de repérage sont représentées dans la figure ci-dessous.



## PRIMO-PRESCRIPTIONS

Afin d'estimer l'incidence des premiers épisodes psychotiques via les prescriptions d'antipsychotiques, la base de remboursement des médicaments a été analysée sur la période 2014-2015. Chez tous les sujets âgés entre 13 et 24 ans résidant dans les Hauts-de-France, la délivrance des antipsychotiques suivants a été recueillie sur une période de 6 mois, alors que les 18 mois précédents étaient libres de ces délivrances :

- N05AL05 (amisulpride)
- N05AX12 (aripiprazole)
- N05AD01 (halopéridol)
- N05AH03 (olanzapine)
- N05AX08 (rispéridone)
- N05AH04 (quétiapine)

Cette liste a été établie en concertation avec les psychiatres et la pharmacologue du comité de pilotage. Ces délivrances sont supposées être les témoins d'un premier épisode psychotique et marquent dans un certain nombre de cas le début d'une psychose chronique ou d'un trouble bipolaire.

Le taux annuel d'incidence a été calculé comme suit :

$$Taux1 = \frac{2 \times (\text{Nombre 13 - 24 ans présentant une primo - prescription sur une période de 6 mois})}{\text{Population des Hauts - de - France}}$$

Le calcul du taux annuel d'incidence spécifique a été réalisé comme suit :

$$Taux2 = \frac{2 \times (\text{Nombre 13 - 24 ans présentant une primo - prescription sur une période de 6 mois})}{\text{Population des Hauts - de - France de 13 - 24 ans}}$$

## IDENTIFICATION INDIVIDUELLE

Le regroupement des données à l'individu a été réalisé selon deux modalités.

- Pour la base multi-sources, une clé de chaînage ANO<sup>4</sup> a été mise en place par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) afin de relier pour un même individu les informations relatives aux ALD, aux séjours, et aux délivrances de médicaments. Ce numéro ANO ne permet pas, en revanche, de chaîner les données relatives à la prise en charge ambulatoire en psychiatrie.
- Pour les analyses réalisées uniquement à partir du Rim-P, un identifiant individuel a été créé par concaténation du numéro Finess de l'établissement et de l'Identifiant permanent du patient (IPP<sup>5</sup>).

<sup>4</sup> Le chaînage anonyme repose sur la génération d'un numéro non significatif (dénommé clé de chaînage ou numéro anonyme, ANO) à partir du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du sexe de chaque patient.

<sup>5</sup> L'IPP est un numéro patient attribué par l'établissement. Un risque de doublon n'est pas à exclure pour les sujets qui sont pris en charge dans plusieurs établissements (le principe de sectorisation, affectant un service de soin en fonction de son lieu de résidence limite cependant ce risque).



## PERIODES D'OBSERVATION DE DOUZE MOIS

Les données ont été recueillies sur les années 2014 et 2015. Une période d'observation de douze mois à partir du premier recours aux soins repéré a ensuite été constituée pour chacun des individus, afin de les rendre comparables quant au nombre d'actes, d'hospitalisations ou de délivrances par an (les individus dont le premier recours aux soins repéré était postérieur au 01/01/2015 ont donc été exclus de ces analyses, puisque la période d'observation aurait nécessairement été inférieure à douze mois).

## SCHEMAS THERAPEUTIQUES

La catégorie « thérapie longue durée » correspond aux sujets présentant un minimum de 10 délivrances sur une période de douze mois. Ce seuil a été établi après consultation des psychiatres du comité de pilotage de l'étude, il a pour objectif le repérage des prises en charge médicamenteuses au long cours correctement suivies (environ une délivrance mensuelle).

Les polythérapies (bithérapie, trithérapie...) sont définies par un minimum de 10 délivrances conjointes (plusieurs types de molécules par délivrance) sur douze mois.

## ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses réalisées à partir des bases de données médico-administratives se rapprochent très fortement d'une enquête exhaustive (plus de 96% de la population des Hauts-de-France couverte par les régimes d'assurance-maladie abondant le Sniiram/SNDS). Néanmoins, la population analysée peut être considérée comme un échantillon sélectionné aléatoirement dans la population des Hauts-de-France afin de prendre en compte les variations temporelles, *a fortiori* lorsque les effectifs observés pour une zone donnée sont faibles (entraînant de grosses variations de taux d'une année sur l'autre). Il en découle donc le calcul d'intervalles de confiance et la réalisation de test statistiques.

Les intervalles de confiance des taux d'incidence ont été calculés par une approximation de la loi de Poisson et les comparaisons entre taux ont été réalisées par un test du Chi-2.

Tous les taux utilisés pour les données de cartographie ont été standardisés sur l'âge et le sexe (sur la population 2012 ; source : Insee). La discrétisation des variables s'est faite selon la méthode de Jenks (les individus au sein d'une même classe sont le moins dispersés possible tandis que les classes sont les plus éloignées les unes des autres).

Logiciels utilisés : Excel, R (v. 3.3.2), Cartes & Données®.

## AUTORISATIONS ET MODES D'ACCES AUX BASES DE DONNEES

L'accès aux données du Rim-P auprès de l'Atih a fait suite à l'autorisation de la Cnil (décision DE-2016-058 en date du 29 avril 2016). Les bases de recours aux médicaments et multi-sources ont été obtenues auprès de la Direction régionale du service du contrôle médical des Hauts-de-France.

## RESULTATS

Seront successivement présentés les résultats portant sur les soins en service de psychiatrie (ambulatoires ou hospitaliers) pour troubles schizophréniques, sur les recours aux antipsychotiques et sur les patients issus de l'algorithme multi-sources (Rim-P, PMSI-MCO, affections de longue durée et recours aux antipsychotiques).

### RECOURS AUX SOINS

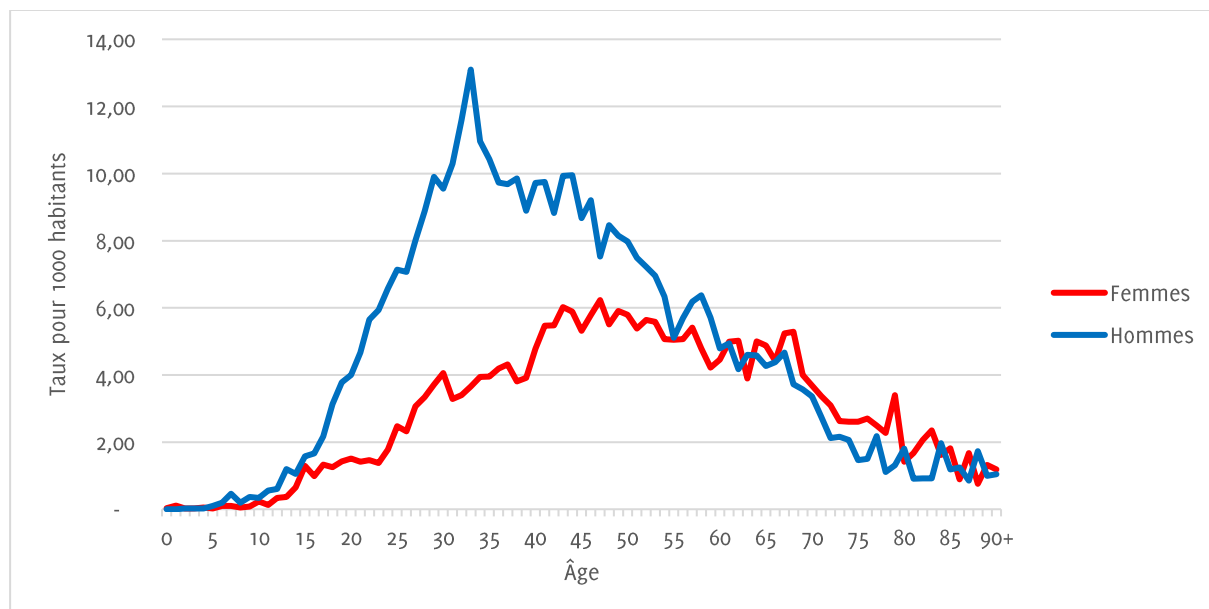
#### 1. Analyse du Rim-P : une prise en charge majoritairement ambulatoire

a. Près de 25 000 personnes prises en charge dans les services de psychiatrie

**Au total, 24 606 individus ont été pris en charge dans un service de psychiatrie pour un trouble psychotique en 2014 et/ou 2015, soit environ 0,4% de la population des Hauts-de-France.** Les hommes étaient nettement plus nombreux que les femmes dans cette population : leur proportion était de 61,4% (contre 48,4% dans la population générale des Hauts-de-France) ; ils étaient également plus jeunes : leur âge médian était de 40 ans, contre 49 ans pour les femmes.

L'analyse du taux de recours au soin en population générale des Hauts-de-France (acte ambulatoire ou séjour) montrait des valeurs élevées chez les hommes entre 25 et 50 ans : plus de 1% d'entre eux ont bénéficié d'une hospitalisation ou d'un acte ambulatoire dans le cadre de troubles psychotiques (Figure 1). On remarquait également une diminution des taux de recours à partir de 35-40 ans, alors qu'on pouvait en attendre une augmentation au vu du caractère chronique et difficilement curable de ce groupe de pathologie. Ce phénomène peut s'expliquer à la fois par un moindre recours aux soins chez le sujet âgé (ou une diminution des hospitalisations et des actes directement liés à leur pathologie psychiatrique) et par une mortalité plus élevée dans cette population qui cumule les comorbidités (11). Il est à noter que les taux observés ici, et l'allure des courbes, sont similaires quel que soit le sous-groupe de prise en charge (« au moins une hospitalisation » ou « ambulatoire exclusif »).

Figure 1. Patients pris en charge en service de psychiatrie avec au moins un code F2. Taux par âge et sexe, pour 1000 habitants. Hauts-de-France. 2014-2015.

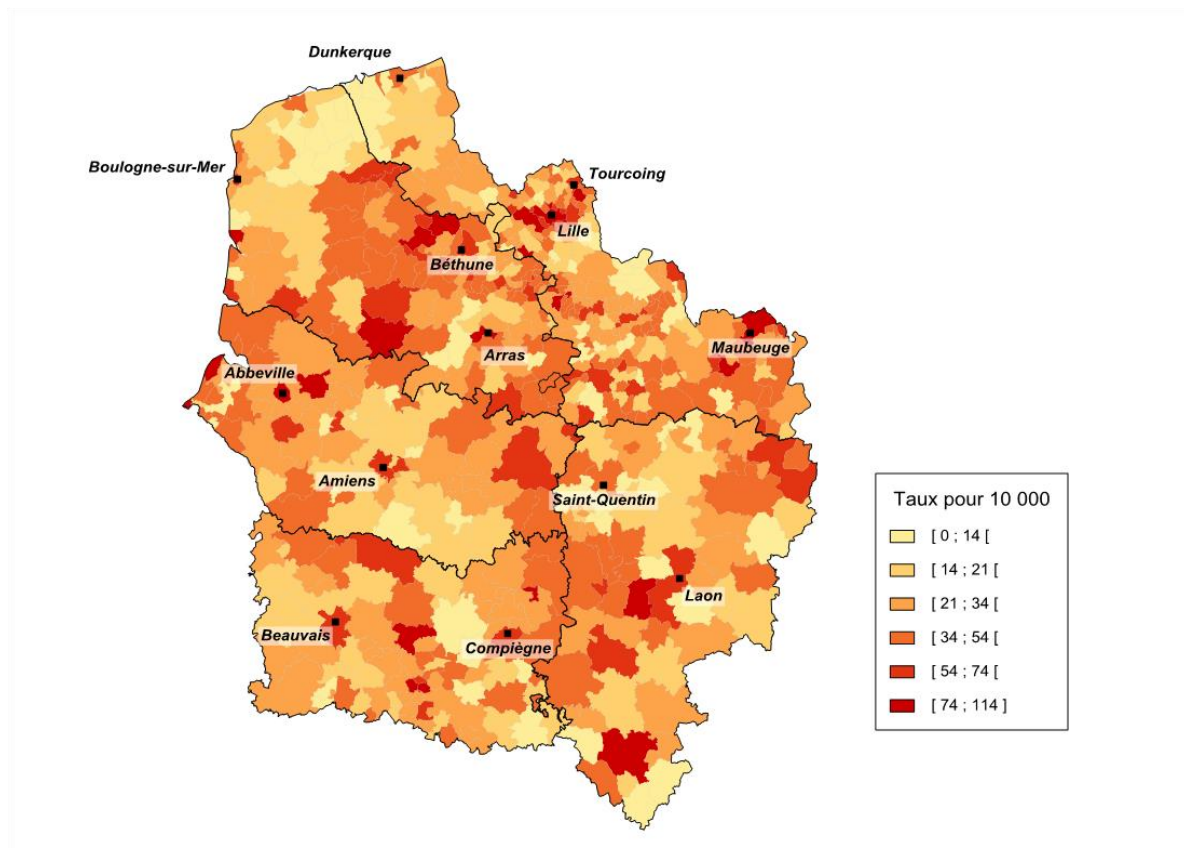


Sources : Rim-P, Insee. Traitement : F2RSM Psy.

b. Des taux de prise en charge souvent plus élevés dans les zones urbaines

On observait dans bon nombre de zones fortement urbanisées des taux élevés de prise en charge en service de psychiatrie, comme à Lille-Roubaix-Tourcoing, Lens-Hénin-Béthune, Abbeville, Amiens, Beauvais, Creil, Laon, Soissons ou Château-Thierry (Carte 1) ; cependant la carte ne se superpose pas strictement à celle des densités de population enregistrées dans les Hauts-de-France. La répartition de ces sujets sur le reste de la région paraissait quant à elle plus aléatoire, les faibles effectifs observés pouvant provoquer de fortes variations de taux d'une zone à l'autre.

Carte 1. Population présentant au moins un séjour ou un acte ambulatoire en rapport avec un diagnostic de troubles psychotiques (code F2-) : taux standardisés de prise en charge selon la zone géographique PMSI<sup>6</sup>. Hauts-de-France. 2014-2015. N = 24606. En nombre de personnes pour 10 000 habitants.



Sources : Insee, Rim-P. Traitement : F2RSM Psy.

c. Plus de la moitié des patients suivis exclusivement en ambulatoire

Plus de la moitié des patients repérés via le Rim-P étaient exclusivement suivis en ambulatoire (figure 1) et environ 47% des patients présentaient au moins un séjour en 2014-2015. Parmi les sujets suivis exclusivement en ambulatoire, on retrouvait au moins une consultation en centre médico-psychologique (CMP) dans 75% des cas et au moins une consultation en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) dans 50% des cas.

Il peut être intéressant de distinguer la prise en charge en CMP d'une part, qui peut rendre compte de soins non-spécifiques à la psychose ou d'un simple renouvellement d'ordonnance, et le CATTP d'autre part, qui rend compte d'une prise en charge plus spécifique aux troubles psychotiques.

<sup>6</sup> Les zones géographiques PMSI (618 dans les Hauts-de-France en 2015) correspondent, le plus souvent, au code postal. En moyenne, une zone compte 9700 habitants.

Figure 2. Type de prise en charge des patients présentant un code diagnostic F2 en 2014 ou 2015 (surfaces proportionnelles aux effectifs). Hauts-de-France. 2014-2015. N = 24 606.

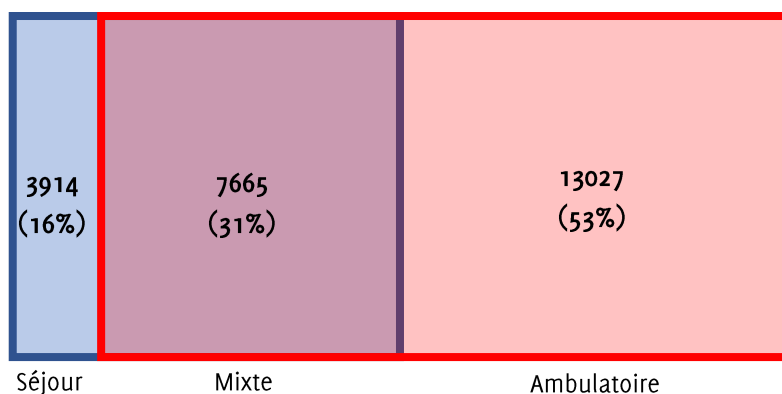
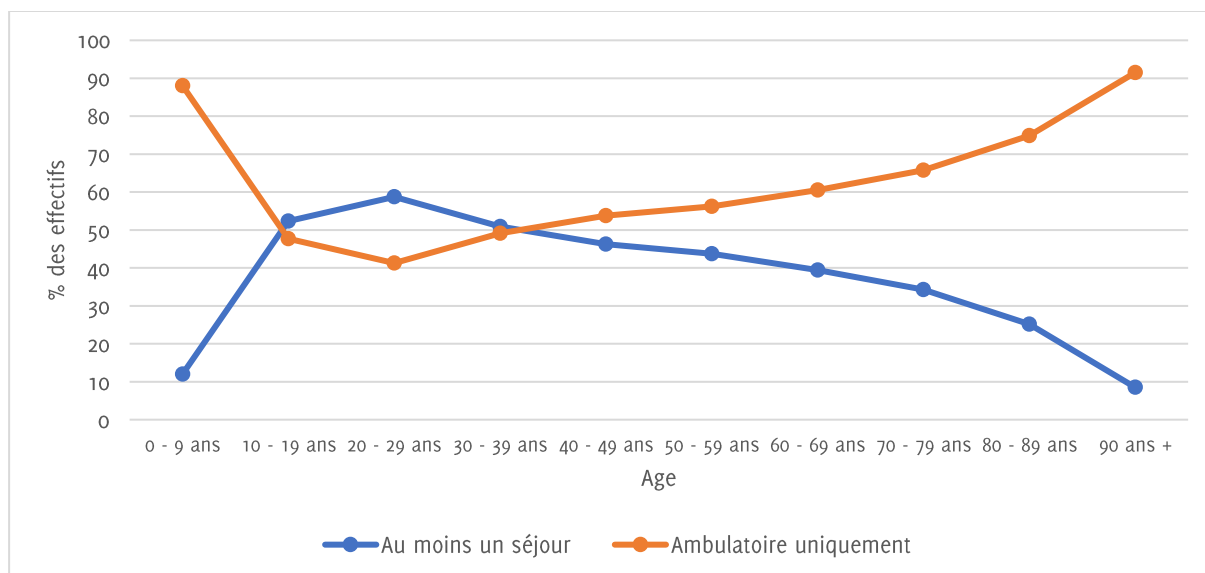


Figure 3. Patients pris en charge en service de psychiatrie avec au moins un code F2. Type de prise en charge en fonction de l'âge. Hauts-de-France. 2014-2015. N = 24 606.



Source : Rim-P. Traitement : F2RSM Psy.

Parmi les patients pris en charge pour schizophrénie, le recours à l'hospitalisation était plus fréquent chez les 20-39 ans (Figure 3). Pour cette tranche d'âge, plus de 50% des sujets suivis en charge connaissaient au moins un séjour en 2014. Aux âges extrêmes, on observait une forte prédominance de l'activité ambulatoire (bien que les valeurs soient moins stables dans le temps pour ces sous-groupes, du fait des faibles effectifs).

#### d. Séjours

On retrouve la présence d'un séjour (hospitalisation temps plein ou temps partiel) chez 11 579 sujets de la base. Parmi eux, 7 639 (66,0%) disposaient d'une fenêtre d'au moins douze mois à partir du premier séjour.

Le diagnostic le plus retrouvé était, de loin, celui de schizophrénie (code F20, retrouvé chez 63% des sujets). Venaient ensuite les troubles délirants persistants et les troubles psychotiques aigus et transitoires (chez 19,5% et 14,0% des sujets, respectivement). À noter, les patients présentant un diagnostic de trouble schizotypique (F21) et de troubles psychotiques aigus et transitoires (F23) étaient plus jeunes que les autres, alors que la proportion de femmes était plus importante chez les patients présentant un code diagnostique de troubles schizo-affectifs (F25) (Tableau 1).

**Tableau 1. Caractéristiques des sujets présentant au moins un séjour lié à un code F2 durant la période 2014-2015, par sous-groupe de diagnostic. Hauts-de-France. N = 11 579.**

Code	Intitulé	N	%	Age moyen	Hommes (%)
F20	Schizophrénie	7280	62,9	41,4	69,9
F21	Trouble schizotypique	340	2,9	35,2	67,9
F22	Troubles délirants persistants	2261	19,5	47,3	53,0
F23	Troubles psychotiques aigus et transitoires	1625	14,0	36,9	58,1
F24	Trouble délirant induit	38	0,3	41,3	63,2
F25	Troubles schizo-affectifs	1266	10,9	42,9	48,8
F28	Autres troubles psychotiques non organiques	315	2,7	43,3	49,2
F29	Psychose non organique sans précision	784	6,8	40,4	60,2

Source : Rim-P. Traitement : F2RSM Psy.

Environ un quart des sujets présentait plusieurs diagnostics F2 associés à des hospitalisations (N = 2781, Tableau 2). L'association de schizophrénie et de troubles délirants persistants était la plus fréquemment retrouvée (présente chez 23,2% des sujets). L'association des diagnostics F23 (Troubles psychotiques aigus et transitoires) et F20 (Schizophrénie) était quant à elle présente chez 13% des sujets.

**Tableau 2. Sujets présentant au moins un séjour lié à un code F2 : nombre de diagnostics F2 associés au patient. Hauts-de-France. 2014-2015. N=11 579.**

Nombre de diagnostics (DP et DA)	1	2	3	4 et plus
N	8798	2327	390	64
%	76,0	20,1	3,4	0,5

Source : Rim-P. Traitement : F2RSM Psy.

Afin de prendre en compte les multiples évolutions du trouble psychotique il était plus prudent de considérer le spectre des troubles psychotiques dans son ensemble. Il a donc été choisi, pour les analyses qui suivent, de ne pas étudier indépendamment les sous-branches des codes F2 à l'exception du code F23 (troubles psychotiques aigus et transitoires).

**Tableau 3. Sujets présentant au moins un séjour en 2014-2015 avec diagnostic F2. Associations des codes diagnostiques parmi les sujets présentant au moins deux diagnostics (exprimées en % de sujets présentant l'association). N = 2781.**

Code	Intitulé	F20	F21	F22	F23	F24	F25	F28	F29
F20	Schizophrénie	-	3,3	23,2	12,9	0,2	13,3	2,2	11,3
F21	Trouble schizotypique	3,3	-	1,1	0,5	0,1	0,7	0,1	0,8
F22	Troubles délirants persistants	23,2	1,1	-	7,0	0,3	4,1	1,5	3,9
F23	Troubles psychotiques aigus et transitoires	12,9	0,5	7,0	-	0,1	2,5	0,9	2,5
F24	Trouble délirant induit	0,2	0,1	0,3	0,1	-	0,1	0,1	0,1
F25	Troubles schizo-affectifs	13,3	0,7	4,1	2,5	0,1	-	0,3	2,3
F28	Autres troubles psychotiques non organiques	2,2	0,1	1,5	0,9	0,1	0,3	-	0,8
F29	Psychose non organique sans précision	11,3	0,8	3,9	2,5	0,1	2,3	0,8	-

Source : Rim-P. Traitement : F2RSM Psy. Exemple de lecture : parmi les patients ayant connu au moins un séjour durant lequel ils ont été considérés comme présentant une schizophrénie (F20), 23,2% ont été également considérés comme présentant des troubles délirants persistants (F22), à l'occasion d'un séjour durant la période d'étude.

**Afin de garantir la comparabilité des sujets, les analyses qui suivent ont été réalisées uniquement chez les 7639 sujets disposant d'une fenêtre de douze mois<sup>7</sup> (soit 66,0% des sujets présentant au moins un séjour).**

### Des séjours peu nombreux mais longs

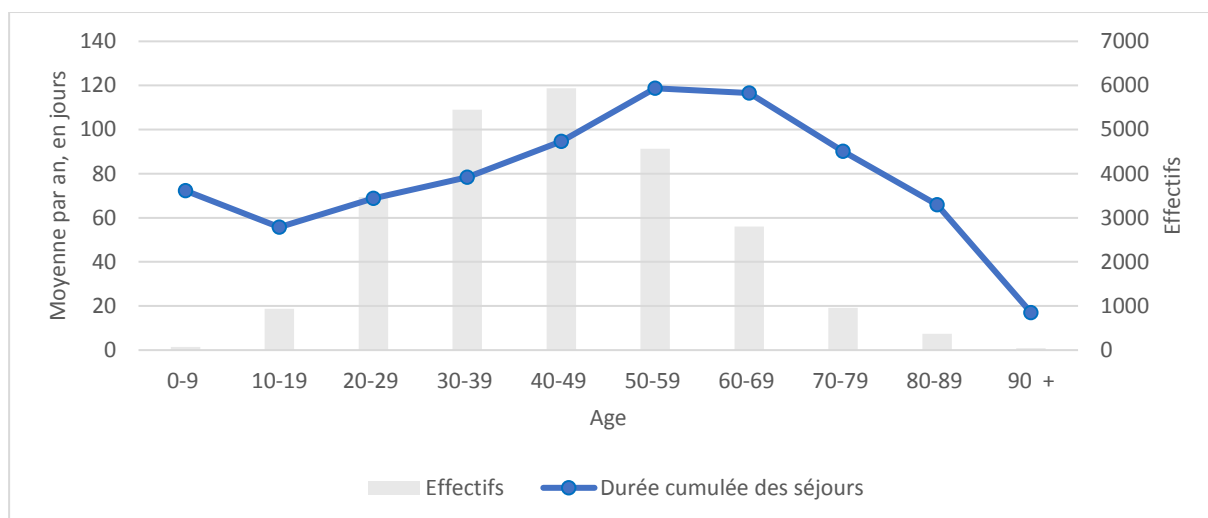
Chez ces sujets ayant eu recours à l'hospitalisation, 15% avaient connu 4 séjours ou plus sur l'année, et 54% n'en présentaient qu'un seul. Aucune variation importante n'était observée entre les sexes et les tranches d'âge.

L'analyse des durées cumulées des séjours montrait que, sur une période de 12 mois, les sujets passaient en moyenne 90 jours à l'hôpital (médiane = 40 jours). Environ 4% des sujets étaient hospitalisés durant les 12 mois d'observation, et 18% y passaient plus de la moitié de l'année. Enfin, pour 10% des individus la durée cumulée des séjours était inférieure ou égale à trois jours.

Cette durée cumulée des séjours variait en fonction de l'âge puisque les jeunes de 30 et moins semblaient passer deux fois moins de temps hospitalisés que les sujets âgés de 50 à 70 ans (120 jours vs. 60, cf. Figure 4).

<sup>7</sup> Sont donc exclus, dans cette partie de l'analyse, les patients entrés après le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

**Figure 4. Sujets présentant au moins un séjour lié à un code F2 en 2014-2015 : durée cumulée des séjours sur 12 mois, en fonction de l'âge (Hauts-de-France, N = 7639)**



Source : Rim-P. Traitement : F2RSM Psy. Exemple de lecture : parmi les sujets avec un diagnostic F2 ayant connu au moins un séjour en service de psychiatrie, ceux âgés de 10 à 19 ans (N=3 467) connaissaient une durée cumulée de 69 jours d'hospitalisation sur une période de 12 mois.

Les sujets présentaient donc majoritairement des séjours peu nombreux (un par an) et longs (plus de 3 semaines). En effet, chaque séjour durait en moyenne 52 jours (médiane = 22 jours, pas de différence entre hommes et femmes), et le séjour moyen durait également deux fois plus longtemps chez les 50-70 ans que chez les moins de 30 ans (70 jours vs. 34).

#### e. Prise en charge ambulatoire

Pour les sujets présentant un code F2 sur la période 2014-2015, on retrouve la présence d'un recours au soin exclusivement ambulatoire chez 13 027 sujets de la base. Le diagnostic le plus retrouvé était de loin celui de schizophrénie (F20, chez 57,5% des sujets). Les caractéristiques étaient similaires à celles retrouvées chez les sujets ayant été hospitalisés : les patients présentant un diagnostic de trouble schizotypique et de troubles psychotiques aigus et transitoires étaient plus jeunes que les autres (Tableau 4). La proportion de femmes était plus importante chez les patients présentant un code diagnostique de troubles schizo-affectif (F25).

**Tableau 4. Caractéristiques des sujets suivis exclusivement en ambulatoire durant la période 2014-2015, par sous-groupe de diagnostic. Hauts-de-France. N = 13 027.**

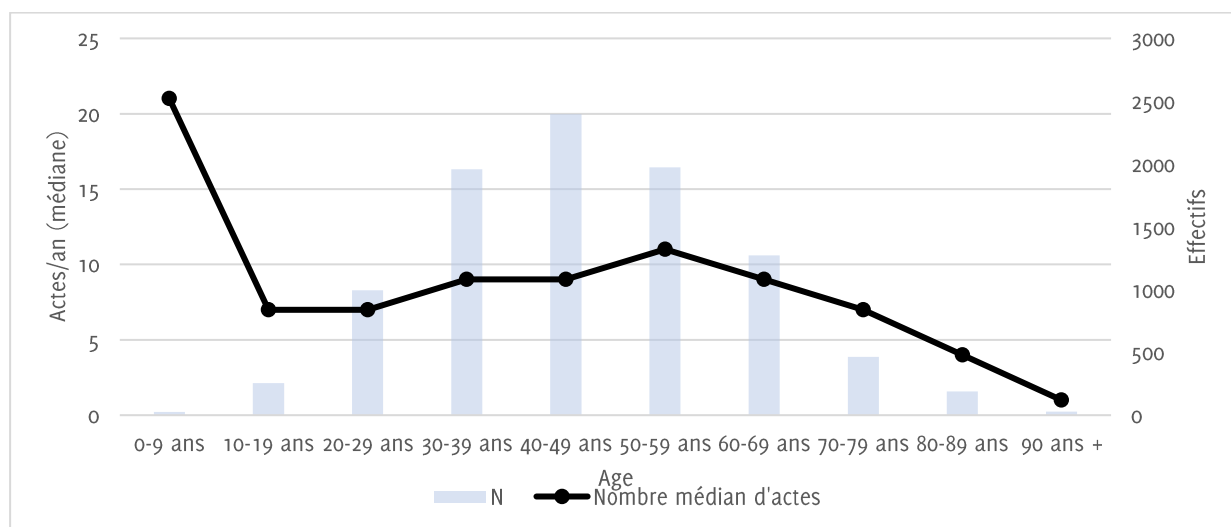
Code	Intitulé	N	%	Age moyen	Hommes (%)
F20	Schizophrénie	7494	57,5	45,2	65,9
F21	Trouble schizotypique	352	2,7	36,0	53,1
F22	Troubles délirants persistants	2333	17,9	53,1	48,1
F23	Troubles psychotiques aigus et transitoires	1625	14,0	42,3	51,7
F24	Trouble délirant induit	38	0,3	46,5	64,1
F25	Troubles schizo-affectifs	1266	10,9	46,1	49,0
F28	Autres troubles psychotiques non organiques	315	2,7	43,4	50,2
F29	Psychose non organique sans précision	784	6,8	43,9	56,3

#### Moins d'un acte ambulatoire par mois pour la majorité des sujets

Parmi les sujets exclusivement suivis en ambulatoire, trois quarts (9 588) disposaient d'une période d'au moins douze mois à partir du premier acte. Le nombre médian d'actes observé était de 9 par an.

Les valeurs observées pour les tranches d'âge 0-9 ans et 90 ans et plus sont liées à des effectifs très faibles et sont donc à interpréter avec prudence

**Figure 5. Sujets exclusivement suivis en ambulatoire en 2014-2015 : nombre médian d'actes par an en fonction de l'âge (analyse des données sur une période de 12 mois). Hauts-de-France. N = 9 588.**



Source : Rim-P. Traitement : F2RSM Psy. Exemple de lecture : parmi les sujets de 20-29 ans avec un diagnostic F2 ayant été suivis exclusivement en ambulatoire, le nombre médian d'actes ambulatoires était de 7 sur une période de 12 mois.

## 2. L'analyse des délivrances d'antipsychotiques : une approche qui dépasse le champ des troubles psychotiques

### a. Environ 129 000 personnes traitées par antipsychotiques

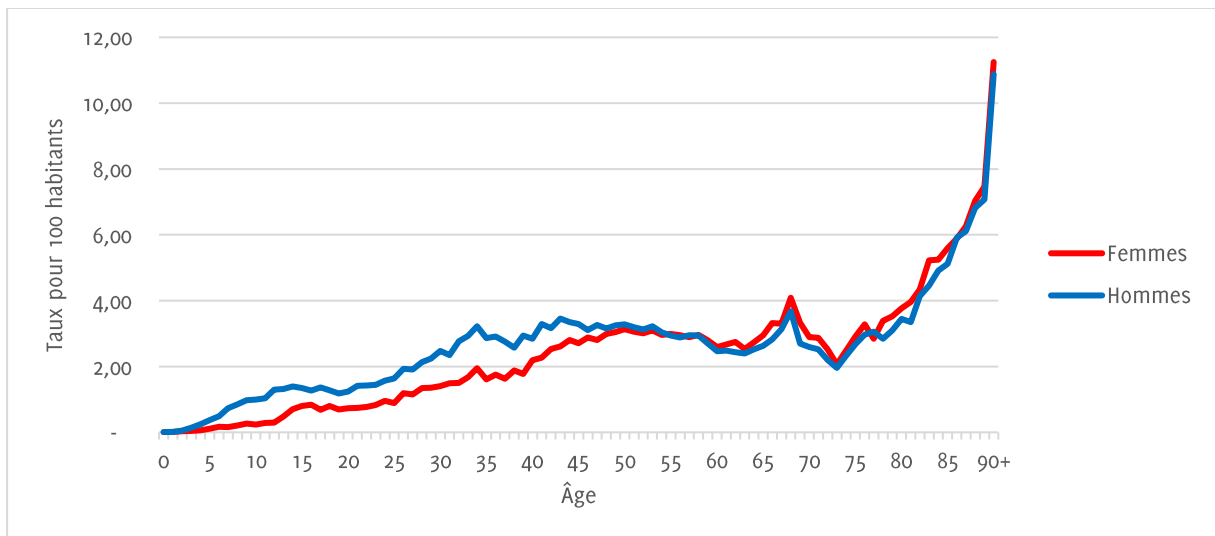
Les résultats présentés ci-dessous sont issus de l'exploitation de la base de remboursement des médicaments délivrés en ville et concernent tous les résidents des Hauts-de-France pour les années 2014 et 2015.

Au total, 128 802 individus ont été repérés via les remboursements de médicaments antipsychotiques. La proportion d'hommes était de 50,5%, une valeur nettement inférieure à celle observée lors de l'analyse des séjours et des actes, du fait du manque de spécificité des médicaments antipsychotiques. En revanche on retrouve toujours un âge médian chez les hommes inférieur à celui des femmes (46 ans contre 56).

L'analyse du taux de recours aux antipsychotiques en population générale laissait observer des valeurs similaires chez les hommes et les femmes : de l'ordre de 1,5% chez les 15-25 ans, et jusqu'à 10% chez les 90 ans et plus (Figure 6).



Figure 6. Sujets présentant au moins une délivrance d'antipsychotiques. Taux de délivrance par âge et sexe. Hauts-de-France. 2014-2015. N = 128 802.



Source : Insee, Sniiram/SNDS. Traitement : F2RSM Psy.

#### b. Répartition géographique

On observait des taux élevés de sujets ayant recours aux antipsychotiques au niveau des centres urbains : aussi bien les grandes villes comme Lille ou Amiens que les villes de moyenne taille comme Béthune, Maubeuge ou Dunkerque. De plus, le département de l'Aisne paraissait plus touché que les autres, surtout dans sa partie nord ; avec le sud de l'Avesnois, il constitue une zone de fort recours. Le bassin minier (à l'exception de Béthune), et le sud de l'Oise paraissaient quant à eux épargnés.

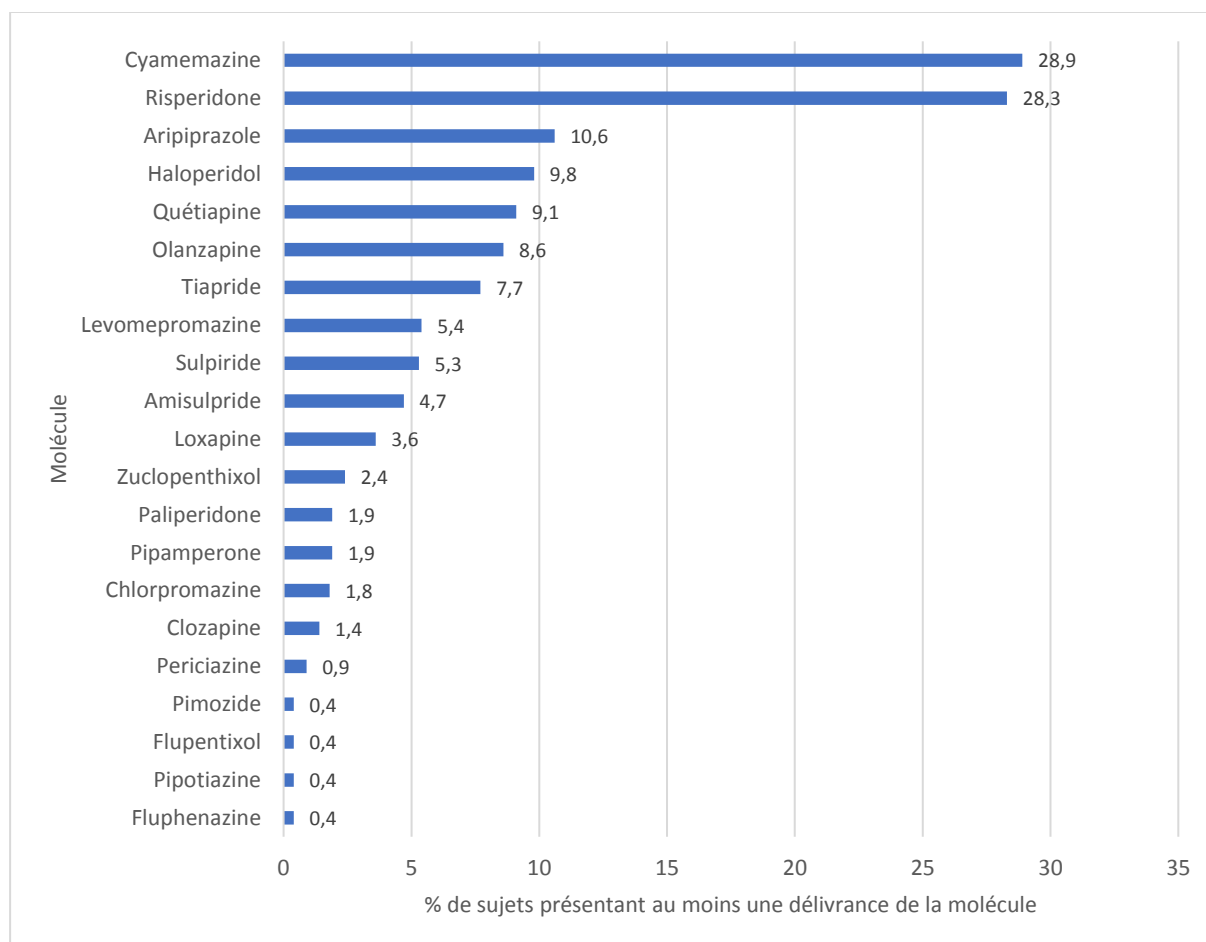
Erreur ! Source du renvoi introuvable.

Source : Insee, Sniiram/SNDS. Traitement : F2RSM Psy.

c. La cyamémazine et la rispéridone retrouvées chez 30% des sujets traités par antipsychotique

La cyamémazine et la rispéridone étaient de loin les molécules les plus fréquemment retrouvées dans la population (présentes chez 29% et 28% des sujets, respectivement) (Figure 7). Venaient ensuite l'aripiprazole et l'halopéridol, retrouvées chez 10% des individus. Or, ces antipsychotiques sont fréquemment prescrits dans le cadre de troubles bipolaires ou comme traitement symptomatique de l'anxiété, des indications qui débordent largement du spectre des troubles psychotiques.

**Figure 7. Sujets présentant au moins une délivrance d'antipsychotiques. Fréquence d'apparition des molécules parmi les sujets. Hauts-de-France. 2014-2015. N= 128 802. En %.**



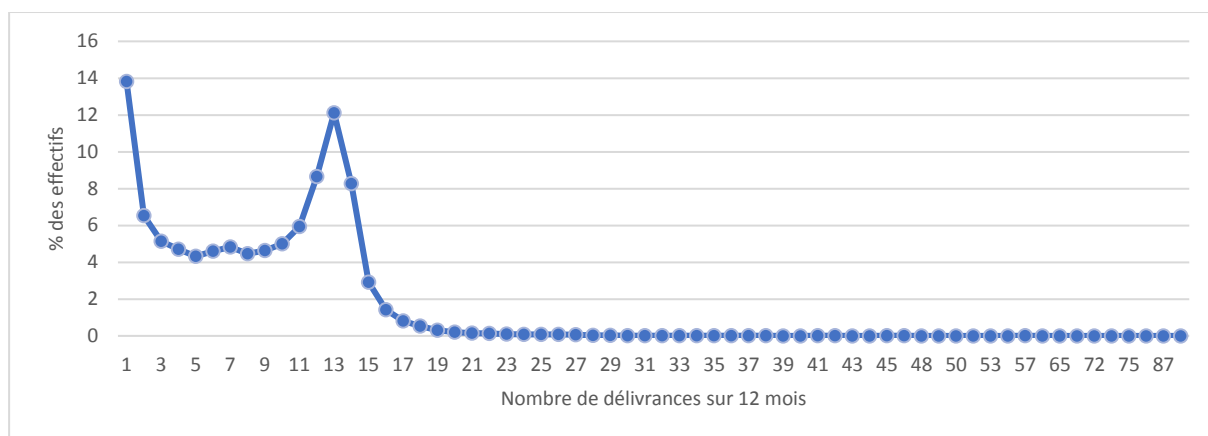
Source : Assurance-maladie. Traitement : F2RSM Psy. Exemple de lecture : 10,6% des sujets traités par antipsychotique dans les Hauts-de-France en 2014-2015 présentaient au moins une délivrance d'aripiprazole.

d. Une seule délivrance par an retrouvée pour 14% des patients traités par antipsychotique

Afin de garantir la comparabilité des sujets, les analyses qui suivent ont été réalisées chez les individus disposant d'une fenêtre d'au moins douze mois à partir de la première délivrance, soit les personnes présentes dans la base en 2014, représentant 78% de l'effectif total (N = 100 143).

Le nombre médian de délivrances sur une période de douze mois était égal à 9, sans différence entre hommes et femmes. Les valeurs correspondant à 1 délivrance/an et 13 délivrances/an étaient les plus représentées (Figure 8) et les valeurs extrêmes (jusqu'à 121 délivrances/an) correspondaient à des bi- ou trithérapies (voire quadrithérapies) délivrées tous les 15 jours.

**Figure 8. Sujets présentant au moins une délivrance d'antipsychotique : nombre de délivrances sur une période de douze mois. Hauts-de-France. 2014-2015. N = 100 143.**

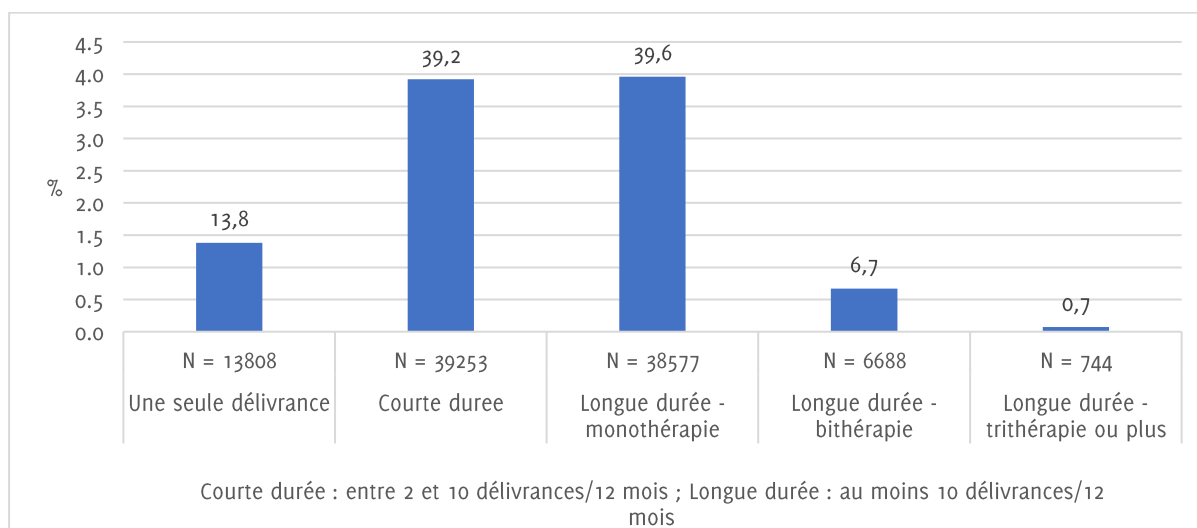


Source : Assurance-maladie. Traitement : F2RSM Psy.

Concernant les schémas thérapeutiques, on observe que 39,2% des sujets présentaient une monothérapie longue durée, qui correspond approximativement à une délivrance mensuelle et régulière d'un seul type de molécule (cf. partie Méthodes). De même 6,7% des individus présentaient une co-délivrance régulière d'antipsychotiques, c'est-à-dire une bi-thérapie longue durée (deux types de molécules différents, au moins 10 fois par an).

Bien que les antipsychotiques soient également prescrits dans le cadre des troubles bipolaires ou unipolaires, on remarque qu'une majorité des individus traités par ces molécules ne présentaient pas de schéma thérapeutique « longue durée ». Ainsi, on observait un nombre de délivrances par an compris entre 2 et 9 pour 39,2% des individus, et on observait une seule délivrance sur une fenêtre de douze mois pour 14% de la population (Figure 9).

**Figure 9. Sujets présentant au moins une délivrance d'antipsychotiques : proportions de sujets par type de thérapie, analyse des données sur une période de 12 mois. Hauts-de-France. 2014-2015. N = 100 143.**

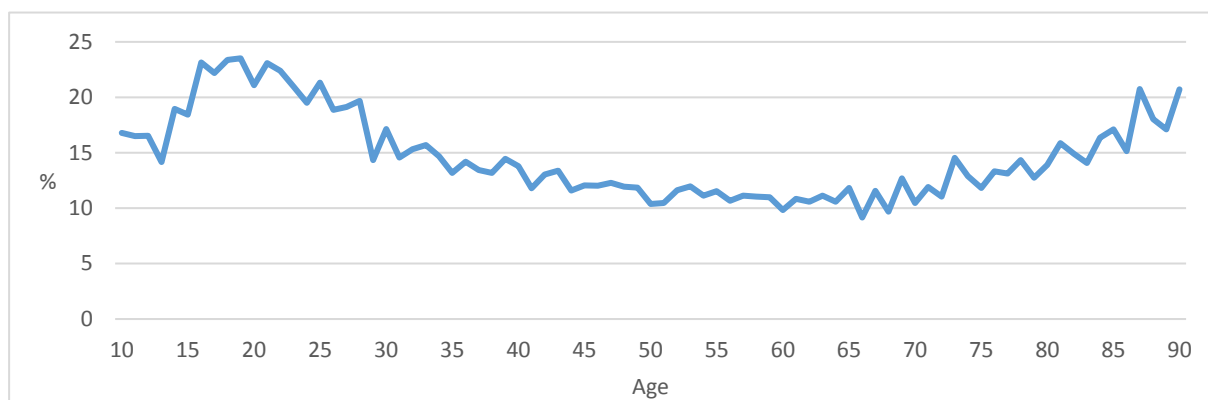


Source : Assurance-maladie. Traitement : F2RSM Psy.

Au sein du sous-groupe « une seule délivrance » les molécules les plus répandues étaient, comme pour l'ensemble de la population s'étant vue délivrer un antipsychotique, la cyamémazine (retrouvée chez 26% des sujets) et la rispéridone (20%). On remarquait en revanche une proportion plus importante de sujets traités par tiapride (12%) et sulpiride (11%) par rapport à l'ensemble de la population, et une moindre représentation de l'aripiprazole (4%).

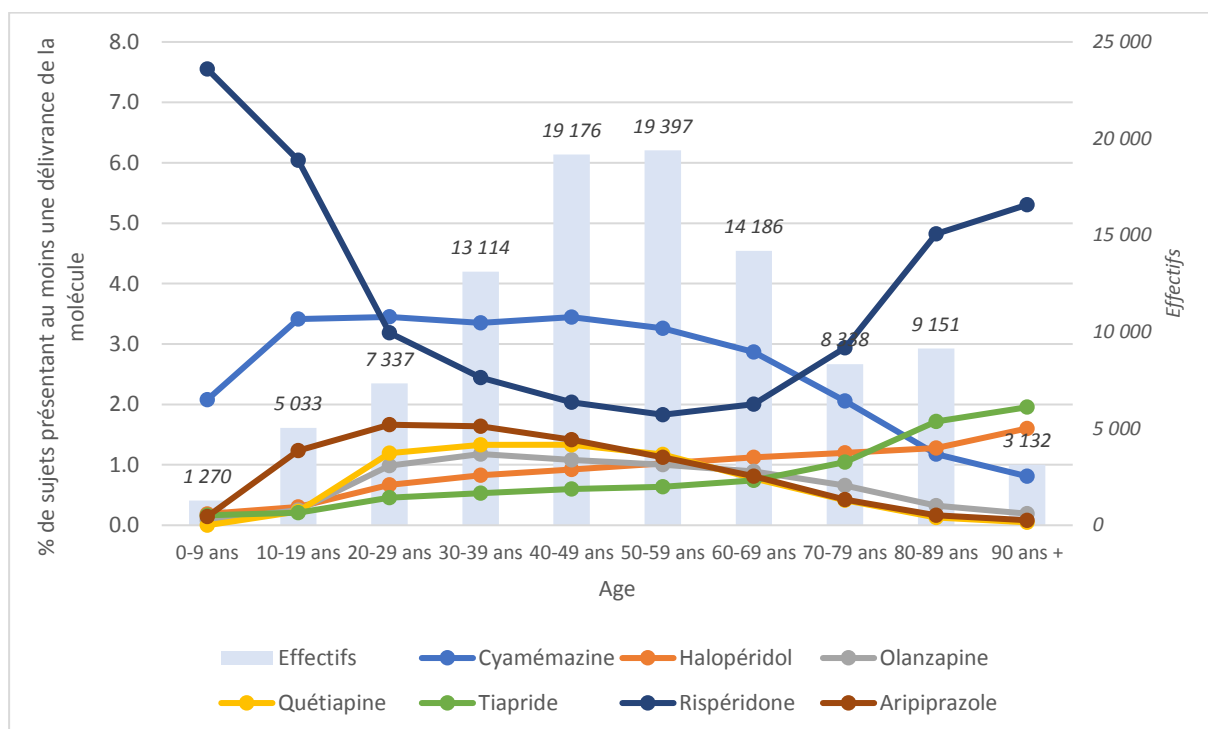
De plus, ce schéma « une seule délivrance » se retrouvait deux fois plus chez les jeunes (plus de 20%) que chez les 30-75 ans (Figure 10).

**Figure 10.** Part de la population traitée par antipsychotiques ne présentant qu'une seule délivrance sur une fenêtre de douze mois en fonction de l'âge. Hauts-de-France. 2014-2015. N = 100 043. En %.



Source : Assurance-maladie. Traitement : F2RSM Psy. Exemple de lecture : à 15 ans, 18,4% des personnes traitées par antipsychotiques n'ont reçu qu'une délivrance en 12 mois.

**Figure 11.** Population traitée par antipsychotiques : molécules les plus répandues en fonction de l'âge. Hauts-de-France. 2014-2015. N = 100 143.



Source : Assurance-maladie. Traitement : F2RSM Psy. Exemple de lecture : parmi les 0-9 ans traités par antipsychotiques (N=1270), on retrouve de la rispéridone chez 75% des sujets.

Si l'on s'intéresse aux délivrances en fonction de l'âge, la rispéridone se démarque des autres molécules puisqu'elle représentait la majeure partie des délivrances aux âges extrêmes. Chez l'enfant et l'adolescent, on retrouvait ensuite la cyamémazine et l'aripiprazole parmi les molécules les plus délivrées (Figure 11). Chez le sujet âgé en revanche, on retrouvait plus volontiers l'halopéridol et le tiapride (entre 15% et 20% des délivrances chez les sujets de 80 ans et plus), ce qui est cohérent avec leurs indications respectives (le tiapride est par exemple fréquemment utilisé comme traitement de courte durée des états d'agitation et d'agressivité chez le sujet âgé).

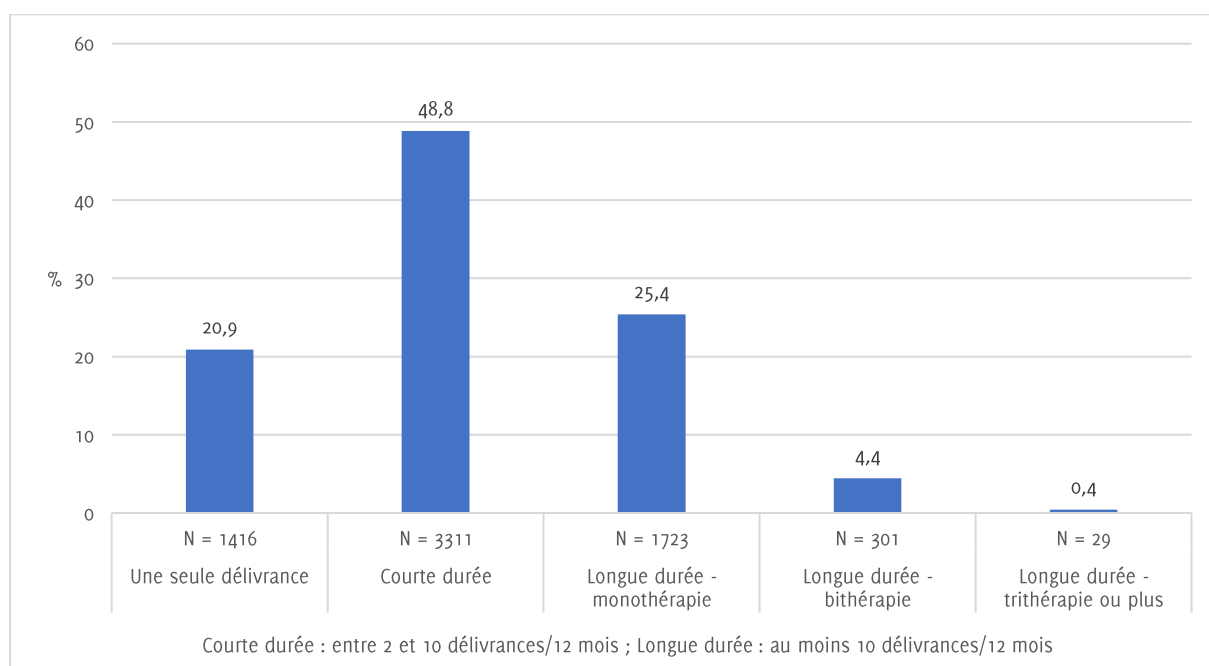
L'analyse des 8504 sujets appartenant aux groupes bi- ou trithérapie longue durée a permis de faire apparaître les associations thérapeutiques les plus fréquentes (cf. Tableau 6, p 31). L'association rispéridone/cyamémazine était sans surprise la plus fréquente : elle était retrouvée chez 17% des sujets.

e. Moins d'un tiers des sujets en thérapie « longue durée » chez les 13-24 ans

Les analyses suivantes ont été réalisées parmi les 13-24 ans, chez qui la prescription d'un antipsychotique était considérée plus spécifique d'un trouble (ou suspicion de trouble) psychotique.

Par rapport à la population générale, les schémas thérapeutiques « une seule délivrance » et « courte durée » étaient plus fréquemment retrouvés chez les 13-24 ans (20,9% et 48,8%, respectivement) (Figure 12). Ces résultats peuvent correspondre au traitement d'épisodes psychotiques aigus transitoires.

**Figure 12. Patients de 13-24 ans traités par antipsychotiques : proportions par type de thérapie, analyse des données sur une fenêtre de 12 mois. Hauts-de-France. 2014-2015. N = 6780.**



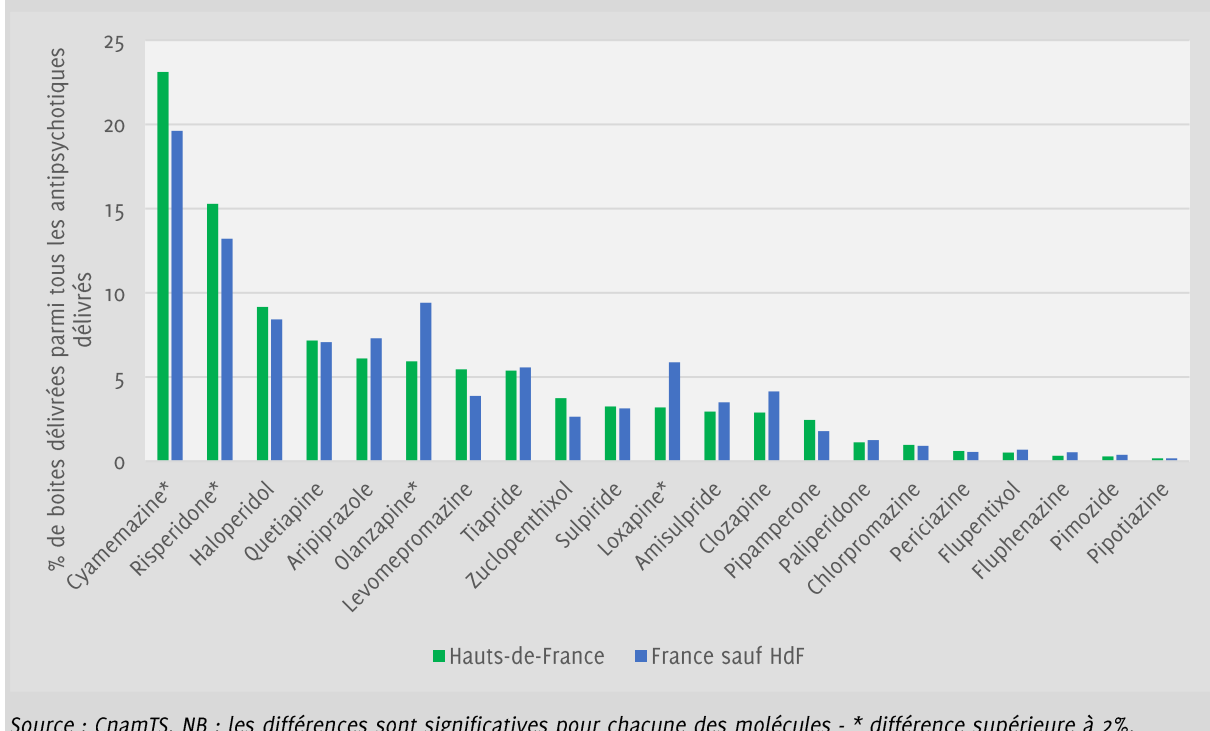
Source : Assurance-maladie. Traitement : F2RSM Psy.

### Plus de délivrances de cyamémazine et de rispéridone dans les Hauts-de-France que dans le reste du pays

Les données publiques de l'assurance maladie (Open Médic 2015) ont été analysées afin de comparer les boîtes d'antipsychotiques vendues dans les Hauts-de-France aux boîtes d'antipsychotiques vendues dans le reste de la France (

Figure 13). Il apparaissait que la cyamémazine et la rispéridone étaient, en proportion, plus prescrits dans la région que dans le reste de la France. À l'inverse, l'olanzapine et la loxapine semblaient moins délivrées dans les Hauts-de-France que sur le reste du territoire.

Figure 13 : Part des différentes molécules dans le volume de l'ensemble des antipsychotiques délivrés. Hauts-de-France vs. reste de la France. 2015. Hauts-de-France =1 676 569 boîtes. Reste France =18 343 512 boîtes. En%.



Source : CnamTS. NB : les différences sont significatives pour chacune des molécules - \* différence supérieure à 2%.

### 3. Repérage multi-sources (Rim-P, MCO, ALD et médicaments)

Dans ce dernier chapitre, les effectifs de patients sont issus des algorithmes d'extraction de 4 bases : prises en charge en service de psychiatrie, en service de MCO, affection de longue durée pour trouble schizophrénique (F2) et délivrances de médicaments antipsychotiques.

#### a. Les effectifs de patients

Pour l'année 2015, l'algorithme de repérage des troubles psychotiques permettait de dénombrer **20 473** individus pour la région des Hauts-de-France, soit 0,34% de la population générale. L'utilisation d'autres algorithmes plus sensibles mais moins spécifiques (tous les algorithmes sont détaillés dans la partie « Méthodes ») mettait en évidence des taux de 0,47% et 0,79% (Tableau 5).

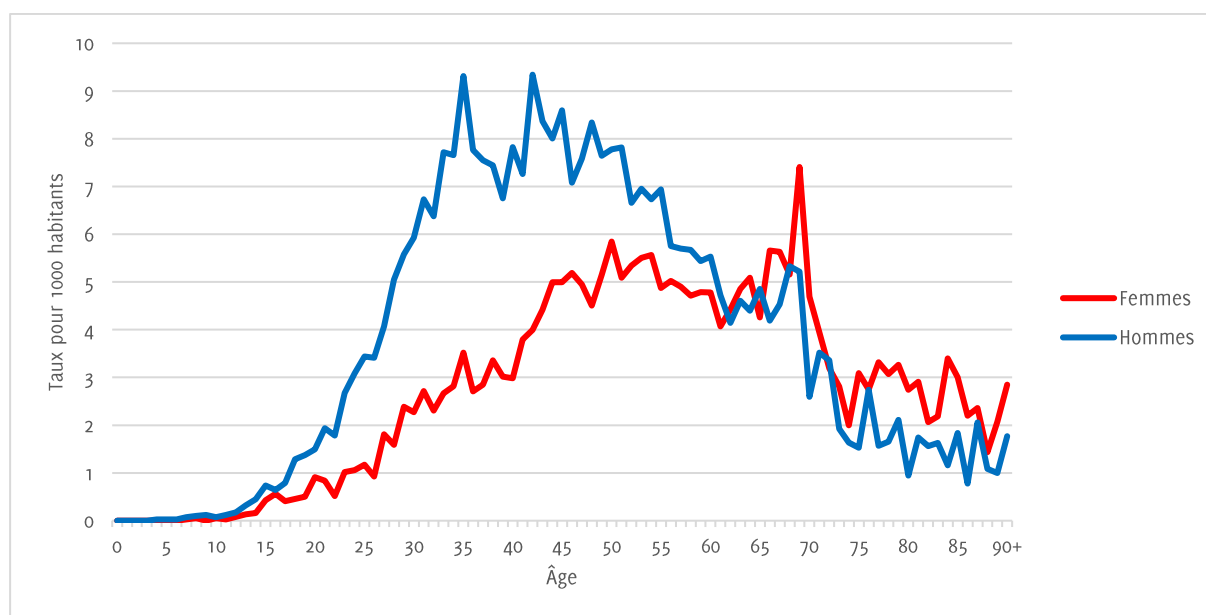
Tableau 5. Détail des effectifs dénombrés pour chacun des algorithmes de repérage des troubles psychotiques<sup>8</sup>

	Algorithme n°1	Algorithme n°2	Algorithme n°3
Sensibilité	+	++	+++
Spécificité	+++	++	+
Effectifs	20 473	28 377	47 365
Taux en population générale	0,34%	0,47%	0,79%

Les caractéristiques démographiques des individus repérés par l'algorithme n°1 suivaient les mêmes tendances que celles observées lors de l'analyse des séjours : des hommes plus nombreux (59%) et plus jeunes que les femmes (45 ans d'âge médian vs. 53 ans). De même on retrouve les taux de prévalence les plus élevés (de l'ordre de 1%) chez les hommes âgés de 25 à 50 ans (Figure 14) puis l'on observe une baisse de ces taux lorsque l'âge augmente. Ce phénomène qui paraît paradoxal pour une pathologie chronique difficilement curable pourrait donc trouver son explication par la surmortalité des patients souffrant de troubles psychotiques.

L'utilisation d'un algorithme de repérage multi-source permet d'identifier un certain nombre de sujets qui présente une mise en ALD sans traitement pharmacologique associé (cf. le détail des effectifs repérés en annexe. Figure 16, p 30). De même les analyses en sous-groupes montraient que 661 sujets hospitalisés en 2015 ne présentaient aucune délivrance de traitement dans cette même année. Pourtant, le repérage par les délivrances est très sensible : la plupart des patients se font rembourser leurs médicaments, la base de données couvre la quasi-totalité des assurés, et la sélection d'antipsychotiques utilisée pour le repérage était large. Ce phénomène pourrait donc être, au moins en partie, le reflet d'une rupture dans la continuité des soins.

Figure 14. Sujets pris en charge pour un trouble psychotique, tels que repérés par l'algorithme n°1. Taux en population générale selon l'âge et le sexe. Hauts-de-France. 2015. N=20 473. En %.



Sources : Insee, Sniiram/SNDS.

<sup>8</sup> Les algorithmes sont décrits page 8.

b. Troubles psychotiques et recours aux traitements de substitution des opiacés (TSO)

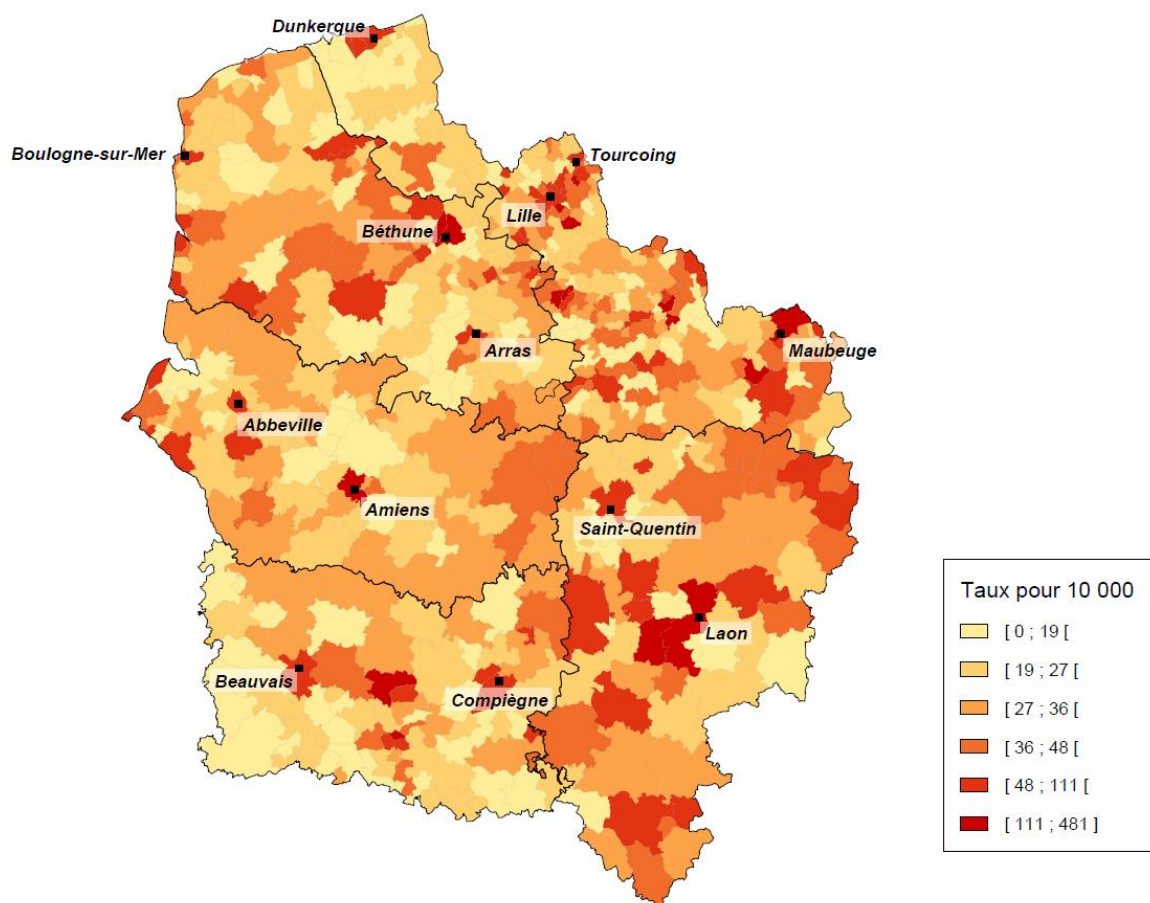
Parmi les sujets ayant eu recours aux soins pour des troubles psychotiques (repérés par l'algorithme n°1), on retrouvait 532 personnes qui avait été traitées par un TSO au cours de l'année 2015. Le taux de recours à ce traitement était donc de 2,6% parmi ces sujets. Ce taux variait peu en fonction des algorithmes utilisés (de 2,1 à 2,7%).

c. Des taux élevés de prise en charge dans les zones urbaines

Les taux les plus élevés de sujets ayant eu recours aux soins pour troubles psychotiques en 2015 s'observent principalement au niveau des grandes unités urbaines : c'est le cas des chefs-lieux départementaux (Lille, Arras, Amiens, Beauvais et Laon), mais également de Roubaix-Tourcoing, Boulogne-sur-Mer, des villes du bassin minier (Béthune, Liévin, Lens, Douai et Valenciennes), de Cambrai, Saint-Quentin, Compiègne et Creil (Carte 2). Les zones rurales présentent, le plus souvent, des taux plus faibles, à l'exception de l'aire de recrutement de l'EPSM de Saint-Venant (Audomarois et Béthunois) et d'une partie importante du département de la Somme.

La majorité des patients psychotiques sont suivis en ambulatoire et ne nécessitent pas la proximité immédiate d'un service hospitalier de psychiatrie, public ou privé. La concentration de l'offre de soins dans les moyennes et grandes villes ne peut donc expliquer à elle seule cette répartition.

Carte 2. Sujets pris en charge pour un trouble psychotique, tels que repérés par l'algorithme n°1. Taux standardisés pour 10 000 habitants par zone géographique PMSI. Hauts-de-France. 2015. N= 20 473.



Sources : Insee, Sniiram/SNDS. Traitement : F2RSM Psy.



## PRIMO-PRESCRIPTIONS

L'objectif de ces analyses était d'estimer l'incidence des premiers épisodes psychotiques chez les jeunes de 13 à 24 ans. Selon la littérature internationale, ces épisodes évoluent pour 50% vers un trouble de l'humeur ou une schizophrénie, pour 25% vers une résolution complète, et pour 25% vers des récives à plus ou moins long terme (12-15).

Sur une période de 6 mois en 2015, il a été observé 778 individus bénéficiant d'une primo-prescription d'antipsychotiques (les 18 mois précédents étant libres de toute délivrance d'antipsychotiques) ; il s'agissait en majorité d'hommes (64%).

Figure 15. Nombre de patients de 13-24 ans entrant en traitement par antipsychotique<sup>9</sup>. Nombre et taux pour 100 000.

	Hommes	Femmes	Ensemble
Primo-prescriptions	494	284	778
Population 13-24 ans	474 750	457 274	932 024
Taux d'incidence (pour 100 000)	208	124	167

Ainsi le taux annuel spécifique chez les 13-24 ans a été estimé à **167 pour 100 000 habitants (IC95% :159-176)** pour l'année 2015<sup>10</sup>. On retrouvait un taux d'incidence significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (208 vs. 124 pour 100 000 ;  $p < 0.001$ ).

Une première étude portant sur les années 2008, 2009 et 2010 avait été publiée en 2012 et retrouvait des résultats similaires (16). Bien que la méthode différait sur la population sélectionnée (seulement les 15-24 ans du Nord - Pas-de-Calais) et sur les antipsychotiques repérés (la quétiapine n'était pas incluse), les taux spécifiques pour ces trois années variaient entre 136 et 153 pour 100 000 habitants.

De plus, en appliquant sur les données de l'année 2015 les critères de sélection utilisés lors de cette première étude menée par Danel et al. On retrouvait un taux spécifique de 147 pour 100 000 habitants. Cette cohérence des taux confirme donc la bonne reproductibilité de cet indicateur.

## DISCUSSION

### Une bonne cohérence externe des résultats

L'analyse des bases de données médico-administratives constitue un mode d'exploration épidémiologique de plus en plus utilisé pour appréhender la morbi-mortalité. Celle que nous avons menée a permis de repérer **20 473 individus ayant eu recours aux soins pour des troubles psychotiques. Le taux de prévalence en population générale des Hauts-de-France était donc de 0,34%** avec l'algorithme d'extraction le plus spécifique. Avec des algorithmes plus sensibles, ce taux pouvait atteindre jusqu'à 0,79%. Les hommes étaient plus nombreux que les femmes parmi les sujets repérés, et en moyenne plus jeunes. Les taux de recours aux soins les plus élevés étaient observés au niveau de zones urbaines. La majeure partie des individus était suivie en ambulatoire ; ils étaient principalement repérés via leur mise en ALD et leur traitement antipsychotique.

Les effectifs retrouvés étaient cohérents avec ceux repérés par la CnamTS en 2014 (10), en appliquant le même algorithme, on repérait 28 255 sujets en 2015 lorsque la CnamTS en repérait 29 900 (il est à noter que les extractions à partir du Sniiram/SNDS sont complexes et peuvent, lorsqu'elles sont réalisées par deux entités différentes, se traduire par une légère fluctuation des effectifs). De même, une revue de la littérature portant sur des enquêtes réalisées en Europe faisait état d'une prévalence

<sup>9</sup> Amisulpride, aripiprazole, halopéridol, olanzapine, rispéridone ou quétiapine.

<sup>10</sup> Sur l'ensemble de la population (tous âges), ce taux était de 26 pour 100 000 habitants en 2015.

de la schizophrénie comprise entre 0,25 et 0,53% en population générale (17). En revanche, les études réalisées en population générale aux États-Unis mettaient en évidence un taux supérieur à celui retrouvé ici, de l'ordre de 1% (18) (de plus, le repérage était restreint à la schizophrénie et non aux troubles psychotiques).

On observait dans cette étude un taux de recours aux traitements de substitution aux opiacés de 2,6% parmi les 20 473 individus présentant un recours aux soins pour troubles psychotiques. Le recours aux TSO est un indicateur assez spécifique de la dépendance à l'héroïne mais il laisse de côté tous les patients psychotiques non diagnostiqués ou non pris en charge. Ainsi ce taux reste cohérent avec les valeurs comprises entre 5% et 10% avancées par les rares enquêtes de prévalence sur le sujet (19). Les taux de recours observés en population générale sont eux nettement inférieurs, de l'ordre de 0,7% (20).

Quant à l'analyse des primo-prescriptions chez les jeunes, elle faisait apparaître une incidence annuelle des premiers épisodes psychotiques égale à 168 cas pour 100 000 sujets âgés de 13 à 24 ans. Le travail le plus récent sur le sujet, une étude danoise s'appuyant sur un registre et repérant les sujets par les codes CIM-10 (tous les codes F2-), présentait une incidence annuelle de 211 cas pour 100 000 habitants chez les hommes de 19 à 24 ans et de 155 cas chez les femmes du même âge, pour la période 2011-2012 (21). Ces chiffres très proches de ceux obtenus par notre analyse des délivrances confirment donc les bonnes performances de cet indicateur. Les taux calculés en population générale (26 pour 100 000) sont quant à eux cohérents avec les études déjà publiées : celles-ci présentaient des valeurs comprises entre 7,7 et 43 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants (22).

### **Des limites inhérentes aux enquêtes basées sur les données médico-administratives**

Une enquête menée à partir des données médico-administratives ne pourra inclure des sujets n'ayant pas recours aux soins. Toute personne non diagnostiquée ou évoluant hors d'un système de santé ne pourra donc faire partie de ces études, qui auront systématiquement tendance à sous-évaluer le nombre de malades. Cependant, dans le cadre des troubles psychotiques, ce biais de sélection peut paraître acceptable. En effet, cette pathologie chronique nécessite systématiquement une prise en charge médicale, et ce dès les premiers symptômes. Ce traitement long et coûteux impose souvent une mise en ALD, facilitant d'autant plus le repérage de ces patients. Plus dommageable en revanche : les troubles psychotiques sont, comme le montre ce rapport, majoritairement pris en charge en ambulatoire. Or, pour le moment cette activité ambulatoire (CMP, CATTP...) ne peut être chaînée avec les autres données de recours aux soins, du fait de l'absence d'identifiant national dans les résumés d'actes produits dans le Rim-P (cf. page 8). L'algorithme de repérage multi-source entend néanmoins corriger ce biais par l'analyse des médicaments et surtout des ALD.

Les pratiques de codage, variables selon les professionnels, les services et les établissements, sont également à prendre en compte. Certains présentent un codage plus exhaustif que d'autres, notamment en présence d'un diagnostic associé, et d'autres présentent un diagnostic plus précis (23).

Contrairement à l'analyse multi-source, l'analyse indépendante du Rim-P nous permettait une description de l'activité ambulatoire. Cependant, elle est exposée au risque de doublons puisque l'identification individuelle se fait via le numéro Finess de l'établissement et le numéro de gestion attribué par celui-ci à chaque patient (IPP). Bien que cette pratique soit assez rare, un individu soigné dans deux établissements différents pourra donc être comptabilisé deux fois. Concernant l'exhaustivité du Rim-P, lorsque l'on compare les données du Rim-P à celles de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), l'exhaustivité du recueil est de 98% pour les journées d'hospitalisation temps plein et les venues en temps partiel, et de 80% pour l'activité ambulatoire en Centre médico-psychologique (CMP) (7).

Les délivrances de médicaments antipsychotiques ne peuvent permettre à elles seules un repérage correct des troubles psychotiques, leur spécificité étant trop faible. Cette étude montre en revanche qu'un couplage de ces données avec le Rim-P ou les mises en ALD permet de réaliser un repérage suffisamment spécifique.

Nous avons considéré le fait d'avoir été hospitalisé au moins une fois comme un facteur de mauvais pronostic d'évolution des troubles psychotiques. Les types de prise en charge ont donc été définis selon ce critère. De plus, la part des prises en charge exclusivement en ambulatoire confrontée à la part des prises en charge mixte peut constituer un bon indicateur de la transition actuellement en

cours : orienter autant que possible les prises en charge de troubles psychotiques vers l'ambulatoire et le libéral (réserver l'hospitalisation à une faible partie des patients).

## **CONCLUSION**

Dans le cadre des troubles psychotiques, l'exploitation des bases médico administratives à des fins épidémiologiques se heurtait notamment au recensement difficile de l'activité ambulatoire, aux disparités de codage, et à l'incertitude du diagnostic pour les premiers épisodes. Néanmoins, les estimations de prévalence et d'incidence des troubles psychotiques sont cohérentes avec les données déjà disponibles. Cette utilisation épidémiologique est également confortée par l'optimisation des systèmes d'information et l'amélioration des pratiques de codage en psychiatrie qui sont amorcées depuis plusieurs années. Ces bases, chaînées ou non, constituent donc un outil précieux tant par le faible coût de leur exploitation que par la qualité des indicateurs qu'elles permettent de produire.

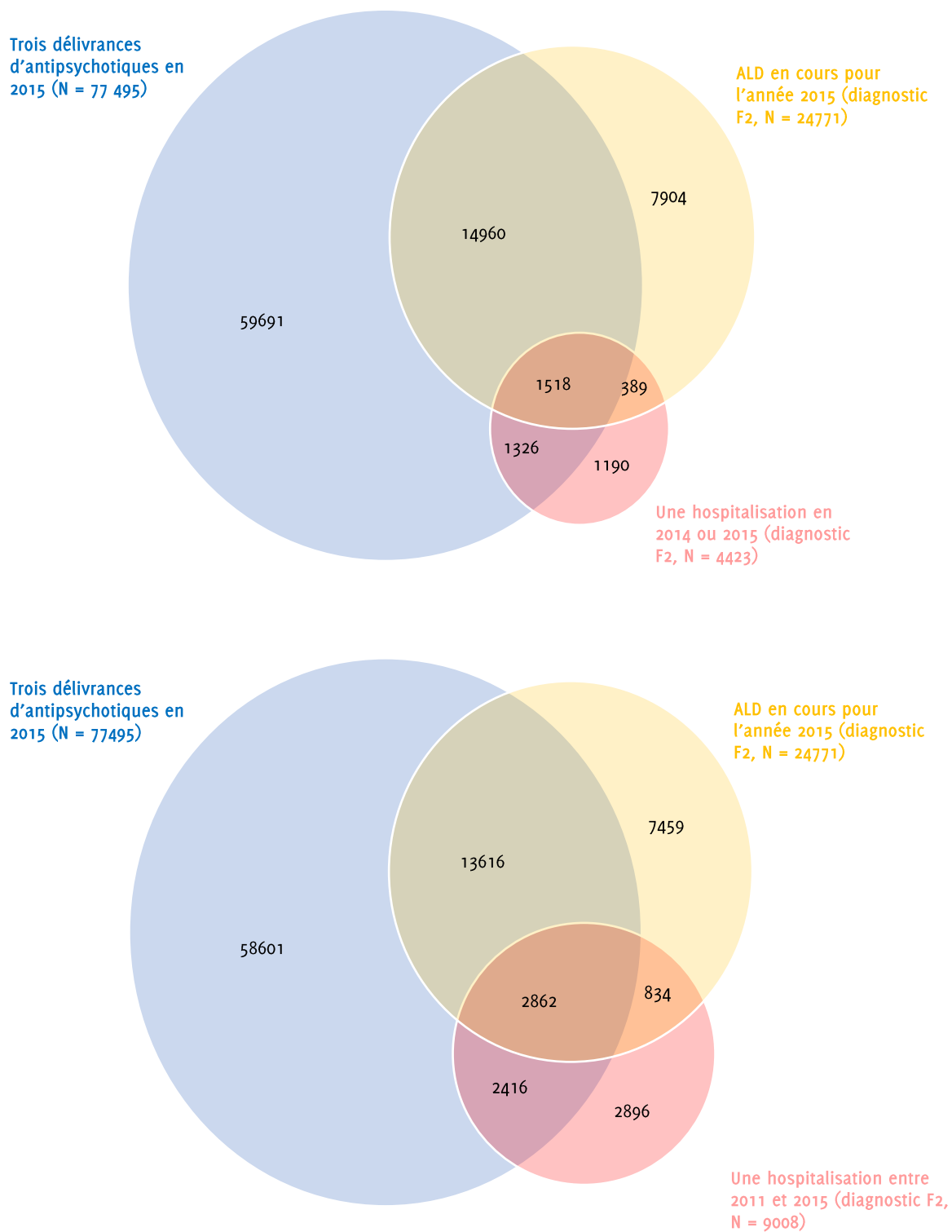
## BIBLIOGRAPHIE

1. WHO - Global Health Estimates - Leading Causes of Years Lost due to Disability. 2015.
2. Collège national des universitaires en psychiatrie. Référentiel de psychiatrie. 2e édition. Presse Universitaire François Rabelais; 2016. 583 p.
3. McGrath JJ, Susser ES. New directions in the epidemiology of schizophrenia. *Med J Aust* [Internet]. 2009 [cité 9 nov 2016];190(4). Disponible sur: <https://www.mja.com.au/journal/2009/190/4/new-directions-epidemiology-schizophrenia>
4. Hautecouverture S, Limosin F, Rouillon F. Épidémiologie des troubles schizophréniques. *La Presse Médicale*. 1 mars 2006;35(3):461-8.
5. DREES. Panorama des établissements de santé. 2014.
6. Uggerby P, Østergaard SD, Røge R, Correll CU, Nielsen J. The validity of the schizophrenia diagnosis in the Danish Psychiatric Central Research Register is good. *Dan Med J*. févr 2013;60(2):A4578.
7. Coldefy M, Nestrigue C, Or Z. Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie [Internet]. Paris: Irdes; 2012 nov. (Les rapports de l'Irdes). Report No.: 555. Disponible sur: <http://gpeajh.org/gpeajh/wp-content/uploads/La-diversite-des-pratiques-en-psychiatrie-012013.pdf>
8. C. Quantin et al. Étude des algorithmes de repérage de la schizophrénie dans le SNIIRAM/SNDS par le réseau REDSIAM. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2017;
9. Décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré.
10. CanmTS. Rapport charges et produits 2017 [Internet]. 2017. Disponible sur: ([http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/cnamts\\_rapport\\_charges\\_produits\\_2017.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2017.pdf))
11. Charrel C-L, Plancke L, Genin M, Defromont L, Ducrocq F, Vaiva G, et al. Mortality of people suffering from mental illness: a study of a cohort of patients hospitalised in psychiatry in the north of France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. févr 2015;50(2):269-77.
12. Jørgensen P, Bennedsen B, Christensen J, Hyllested A. Acute and transient psychotic disorder: a 1-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. août 1997;96(2):150-4.
13. Singh SP, Burns T, Amin S, Jones PB, Harrison G. Acute and transient psychotic disorders: precursors, epidemiology, course and outcome. *Br J Psychiatry*. déc 2004;185:452-9.
14. Poon JYK, Leung CM. Outcome of first-episode acute and transient psychotic disorder in Hong Kong Chinese: a 20-year retrospective follow-up study. *Nord J Psychiatry*. févr 2017;71(2):139-44.
15. Schizophrénies débutantes: recommandations longues [Internet]. [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&trm/conf/confschizo2/recommlongues.htm>
16. Danel T, Amariei A, Plancke L, Vaiva G. Antipsychotiques chez l'adulte jeune comme indicateur du besoin de soins en psychiatrie. *Thérapie*. 2012;
17. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: a European perspective. *Schizophr Bull*. 1986;12(1):52-73.
18. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press; 1991. 449 p.
19. Alain D, Mustapha K, Xavier L. Les addictions sont sous-diagnostiquées et sous-traitées chez les patients schizophrènes. *THS la revue des addictions*. 2005;7(25):1279-81.
20. Plancke L, Amariei A, Lancial N, Lose S. Les traitements de substitution aux opiacés dans le Nord - Pas-de-Calais. Etat des lieux et focus sur les relais des services d'addictologie vers les médecins de ville. *Lille: F2RSM et Cèdre bleu*; 2016 p. 56.
21. Kühl JOG, Laursen TM, Thorup A, Nordentoft M. The incidence of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders in Denmark in the period 2000-2012. A register-based study. *Schizophrenia Research*. oct 2016;176(2-3):533-9.

22. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med.* 28 avr 2004;2:13.
23. Plancke L, Amariei A. Le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie est-il apte à décrire les prises en charge et leurs bénéficiaires dans le Nord - Pas-de-Calais ? [Internet]. Lille: F2RSM; 2014 Février p. 8. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/psy-breves-nd4-fevrier-2014-recueil-informations-medicalise-psychiatrie-apte-decrire-prises-charge-leurs-beneficiaires-n>

## ANNEXES

Figure 16. Répartition des effectifs pris en charge pour troubles psychotiques en fonction des critères de repérage (en haut : séjours dans les 2 dernières années ; en bas : séjours dans les 5 dernières années)<sup>11</sup>



<sup>11</sup> Les calculs établis par le service médical régional et ceux de la Cnamts n'aboutissent pas strictement aux mêmes effectifs, pour une raison non expliquée.

Tableau 6. Associations les plus fréquemment retrouvées parmi les patients traités par polythérapies longue durée. N= 8504\*. En % de sujets.

Chlorpromazine	Levomépromazine	Cyamémazine	Halopéridol	Pipampéronne	Loxapine	Clozapine	Olanzapine	Quétiapine	Tiapride	Amisulpride	Risperidone	Aripiprazole	Palipéridone	
NA	0,51	0,95	1,43	0,18	0,42	0,06	0,45	0,49	0,11	0,26	0,80	0,47	0,06	Chlorpromazine
	NA	2,26	5,56	0,76	1,05	0,29	2,00	1,67	0,56	0,98	3,61	1,52	0,35	Levomépromazine
		NA	12,90	1,66	2,87	1,23	7,70	6,29	1,81	3,78	17,00	7,47	2,19	Cyamémazine
			NA	0,72	2,49	0,46	2,56	2,01	0,91	0,95	2,85	19,30	0,39	Halopéridol
				NA	0,25	0,01	0,47	0,19	0,34	0,21	1,12	0,33	0,06	Pipampéronne
					NA	0,41	1,62	1,66	0,39	0,67	2,95	1,48	0,71	Loxapine
						NA	0,13	0,31	0,04	0,28	0,32	0,68	0,09	Clozapine
							NA	1,47	0,68	0,78	1,38	1,29	0,25	Olanzapine
								NA	0,36	0,83	2,89	2,35	0,78	Quétiapine
									NA	0,22	1,22	0,44	0,01	Tiapride
										NA	1,09	0,86	0,14	Amisulpride
											NA	2,41	1,56	Risperidone
												NA	0,44	Aripiprazole
													NA	Palipéridone

\*Les molécules ne présentant aucune association supérieure à 1% de fréquence ont été exclues du tableau.

Exemple de lecture : 12,9% des sujets en polythérapie longue durée présentaient une association halopéridol/cyamemazine.

## INDEX DES FIGURES, TABLEAUX ET CARTES

Figure 1. Patients pris en charge en service de psychiatrie avec au moins un code F2. Taux par âge et sexe, pour 1000 habitants. Hauts-de-France. 2014-2015.....	10
Figure 2. Type de prise en charge des patients présentant un code diagnostic F2 en 2014 ou 2015 (surfaces proportionnelles aux effectifs). Hauts-de-France. 2014-2015. N = 24 606.....	12
Figure 3. Patients pris en charge en service de psychiatrie avec au moins un code F2. Type de prise en charge en fonction de l'âge. Hauts-de-France. 2014-2015. N = 24 606.....	12
Figure 4. Sujets présentant au moins un séjour lié à un code F2 en 2014-2015 : durée cumulée des séjours sur 12 mois, en fonction de l'âge (Hauts-de-France, N = 7639).....	15
Figure 5. Sujets exclusivement suivis en ambulatoire en 2014-2015 : nombre médian d'actes par an en fonction de l'âge (analyse des données sur une période de 12 mois). Hauts-de-France. N = 9 588. ....	16
Figure 6. Sujets présentant au moins une délivrance d'antipsychotiques. Taux de délivrance par âge et sexe. Hauts-de-France. 2014-2015. N = 128 802. ....	17
Figure 7. Sujets présentant au moins une délivrance d'antipsychotiques. Fréquence d'apparition des molécules parmi les sujets. Hauts-de-France. 2014-2015. N= 128 802. En %.....	18
Figure 8. Sujets présentant au moins une délivrance d'antipsychotique : nombre de délivrances sur une période de douze mois. Hauts-de-France. 2014-2015. N = 100 143.....	19
Figure 9. Sujets présentant au moins une délivrance d'antipsychotiques : proportions de sujets par type de thérapie, analyse des données sur une période de 12 mois. Hauts-de-France. 2014-2015. N = 100 143. ....	19
Figure 10. Part de la population traitée par antipsychotiques ne présentant qu'une seule délivrance sur une fenêtre de douze mois en fonction de l'âge. Hauts-de-France. 2014-2015. N= 100 043. En %.....	20
Figure 11. Population traitée par antipsychotiques : molécules les plus répandues en fonction de l'âge. Hauts-de-France. 2014-2015. N = 100 143.....	20
Figure 12. Patients de 13-24 ans traités par antipsychotiques : proportions par type de thérapie, analyse des données sur une fenêtre de 12 mois. Hauts-de-France. 2014-2015. N = 6780.....	21
Figure 13 : Part des différentes molécules dans le volume de l'ensemble des antipsychotiques délivrés. Hauts-de-France vs. reste de la France. 2015. Hauts-de-France =1 676 569 boîtes. Reste France =18 343 512 boîtes. En%.....	22
Figure 14. Sujets pris en charge pour un trouble psychotique, tels que repérés par l'algorithme n°1. Taux en population générale selon l'âge et le sexe. Hauts-de-France. 2015. N=20 473. En %.....	23
Figure 15. Nombre de patients de 13-24 ans entrant en traitement par antipsychotique. Nombre et taux pour 100 000. ....	25
Figure 16. Répartition des effectifs pris en charge pour troubles psychotiques en fonction des critères de repérage (en haut : séjours dans les 2 dernières années ; en bas : séjours dans les 5 dernières années).....	30
Tableau 1. Caractéristiques des sujets présentant au moins un séjour lié à un code F2 durant la période 2014-2015, par sous-groupe de diagnostic. Hauts-de-France. N = 11 579.....	13
Tableau 2. Sujets présentant au moins un séjour lié à un code F2 : nombre de diagnostics F2 associés au patient. Hauts-de-France. 2014-2015. N=11 579.....	13
Tableau 3. Sujets présentant au moins un séjour en 2014-2015 avec diagnostic F2. Associations des codes diagnostiques parmi les sujets présentant au moins deux diagnostics (exprimées en % de sujets présentant l'association). N = 2781. ....	14
Tableau 4. Caractéristiques des sujets suivis exclusivement en ambulatoire durant la période 2014-2015, par sous-groupe de diagnostic. Hauts-de-France. N = 13 027. ....	15
Tableau 5. Détail des effectifs dénombrés pour chacun des algorithmes de repérage des troubles psychotiques..	23
Tableau 6. Associations les plus fréquemment retrouvées parmi les patients traités par polythérapies longue durée. N= 8504*. En % de sujets.....	31
Carte 1. Population présentant au moins un séjour ou un acte ambulatoire en rapport avec un diagnostic de troubles psychotiques (code F2-) : taux standardisés de prise en charge selon la zone géographique PMSI. Hauts-de-France. 2014-2015. N = 24606. En nombre de personnes pour 10 000 habitants.....	11
Carte 2. Sujets présentant au moins une délivrance d'antipsychotique : taux standardisés pour la période 2014-2015 (taux pour 1000 habitants, N = 128 802).....	17
Carte 3. Sujets pris en charge pour un trouble psychotique, tels que repérés par l'algorithme n°1. Taux standardisés pour 10 000 habitants par zone géographique PMSI. Hauts-de-France. 2015. N= 20 473. ....	24





## SIGLES ET ACRONYMES EMPLOYES

ALD | Affection de longue durée

ATC | [Classification] anatomique, thérapeutique et chimique

ATIH | Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CMP | Centre médico-psychologique

CATTP | Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

Cnamts | Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés

Finess | Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

Insee | Institut national de la statistique et des études économiques

IPP | Identifiant permanent du patient

MCO | Médecine-chirurgie-obstétrique

MSA | Mutualité sociale agricole

OMS | Organisation mondiale de la santé

PMSI | Programme de médicalisation des systèmes d'information

RAA | Résumé d'activité ambulatoire

RG | Régime général de l'assurance-maladie

Rim-P | Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie

RPS | Résumé par séquence

RSI | Régime social des indépendants

SAE | Statistique annuelle des établissements de santé

Sniiram | Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

SNDS | Système national des données de santé

Citation recommandée : Trouiller P., Plancke L., Amariei A., Tahon M., Danel, T. Les troubles psychotiques. Une approche épidémiologique à partir des bases médico-administratives, Lille, F2RSM Psy, mai 2017, 34 p



Poursuivant ses travaux sur la santé mentale dans les Hauts-de-France à partir des bases de données médico-administratives, la Fédération de recherche régionale en santé mentale et psychiatrie (F2RSMPsy) des Hauts-de-France a choisi de s'intéresser au spectre des troubles psychotiques et d'évaluer l'apport des systèmes d'informations médicalisés dans l'étude épidémiologique de ces troubles.

En termes de nombre de journées ou d'actes, les troubles psychotiques constituent un des motifs de recours en psychiatrie les plus fréquents dans les établissements de santé. Ce recours aux soins bénéficie en France d'un relevé détaillé rendu disponible via les bases médico administratives comme celle du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram/SNDS). Leur analyse pourrait participer aux estimations de prévalence et d'incidence, ainsi qu'à la caractérisation des sujets atteints. La mise en place d'une telle analyse à l'échelle des Hauts-de-France, et son évaluation, constitue le double objectif de ce rapport.

Dans un premier temps, les troubles psychotiques ont été abordés à travers l'analyse des séjours et actes ambulatoires (analyse du Rim-P), puis, à travers l'analyse des délivrances d'antipsychotiques (exploitation de la base de remboursement des médicaments). Cette première phase permettait de décrire au mieux les différents schémas thérapeutiques. Dans un second temps, une analyse réalisée simultanément sur 4 bases chaînées (PMSI-MCO, RIM-P, ALD, Médicaments) permettra un repérage plus sensible et spécifique en vue d'estimer la prévalence de ces troubles dans les Hauts-de-France. Enfin, l'analyse des primo-prescriptions d'antipsychotiques à partir de la base de remboursement des médicaments permettra d'estimer l'incidence des premiers épisodes psychotiques chez les jeunes.

L'exploitation de ces bases de données médico-administratives nous a permis de repérer 20 473 individus ayant eu recours aux soins pour des troubles psychotiques dans les Hauts-de-France en 2015. La prévalence observée en population générale était de 0,34% en région. Ce taux pouvait atteindre 0,79% en modulant la spécificité et la sensibilité du repérage. Les hommes étaient plus nombreux que les femmes parmi les sujets repérés, et en moyenne plus jeunes. Les taux de recours aux soins les plus élevés étaient observés au niveau de zones urbaines. La majeure partie des individus était suivie en ambulatoire, ils étaient principalement repérés via leur mise en ALD et leur traitement antipsychotique. Quant à l'analyse des primo-prescriptions chez les jeunes, elle faisait apparaître une incidence annuelle des premiers épisodes psychotiques égale à 168 cas pour 100 000 sujets âgés de 13 à 24 ans.

Dans le cadre des troubles psychotiques, l'exploitation des bases médico administratives à des fins épidémiologiques se heurtait notamment au recensement difficile de l'activité ambulatoire et à l'incertitude du diagnostic pour les premiers épisodes. Néanmoins, les estimations de prévalence et d'incidence des troubles psychotiques sont cohérentes avec les données déjà disponibles. Ces bases, chaînées ou non, constituent un outil précieux tant par le faible coût de leur exploitation que par la qualité des indicateurs qu'elles permettent de produire.



**F2RSMPsy**

Fédération régionale de recherche  
en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France