

Prévalence de la schizophrénie et autres troubles psychotiques en France métropolitaine

C. Gourier-Fréry¹, C. Chan-Chee¹, N. Beltzer¹
1/ Institut de veille sanitaire (InVS), Saint-Maurice

Contexte et objectifs

- La littérature internationale indique des prévalences de troubles psychotiques comprises entre 0,5 et 2 % en population générale.
- En l'absence de données précises en France, deux indicateurs nationaux sont utilisés : la prévalence annuelle d'habitants pris en charge pour troubles psychotiques (dont schizophrénie) par les établissements de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie (EP) (indicateur 1) et la prévalence de personnes en affection de longue durée (ALD) pour ces mêmes troubles (indicateur 2).
- Les troubles psychotiques considérés comprennent les schizophrénies, le trouble schizotypique, les troubles psychotiques aigus et transitoires, les troubles schizo-affectifs, les troubles délirants persistants, trouble délirant induit, et autres troubles psychotiques non organiques et sans précision selon la CIM10, 10^e révision de la Classification internationale des maladies sur laquelle reposent les statistiques de mortalité nationale et de morbidité hospitalière des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et autres états membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Méthodes

- Indicateur 1 : taux d'habitants pris en charge pour troubles psychotiques (dont schizophrénie) par les EP.**
Source de données : base nationale RIM-P (ATI) :
- activité ambulatoire (R3A) ;
- hospitalisation à temps complet ou partiel (RPSA).
Diagnostique principal et associés : codes (CIM10) F20 à F29 pour tous troubles psychotiques ; F20 pour schizophrénie.
- Indicateur 2 : taux d'habitants en ALD pour troubles psychotiques (dont schizophrénie).**
Sources de données : données agrégées d'ALD prévalentes transmises à l'InVS par la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam-TS), le Régime social des indépendants (RSI) et la Mutualité sociale agricole (MSA).
Sélection ALD23 : codes CIM F20 à F29 pour tous troubles psychotiques ; F20 pour schizophrénie.

Résultats

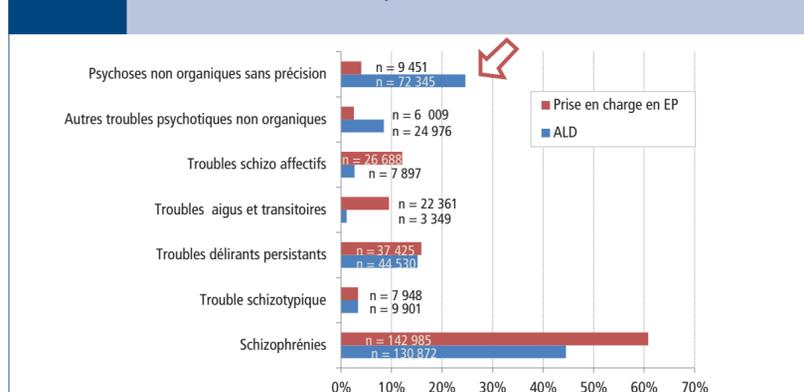
TABEAU 1 EFFECTIFS ET TAUX STANDARDISÉS D'HABITANTS PRIS EN CHARGE EN EP (INDICATEUR 1) ET EN ALD (INDICATEUR 2) POUR TROUBLES PSYCHOTIQUES. RATIO HOMMES-FEMMES. FRANCE MÉTROPOLITAINE. ÉVOLUTION 2010-2012

Année	Prise en charge par les EP					ALD				
	Effectif	Taux*			H/F	Effectif	Taux*			H/F
Tous troubles psychotiques										
2010	221 188	3,61	4,31	2,90	1,5	272 069	4,49	5,03	3,89	1,3
2011	229 978	3,75	4,49	2,99	1,5	280 928	4,62	5,20	3,97	1,3
2012	235 129	3,83	4,61	3,03	1,5	293 883	4,81	5,45	4,10	1,3
Schizophrénie										
2010	135 776	2,94	2,94	1,49	2,0	123 500	2,03	2,63	1,43	1,8
2011	140 325	2,28	3,05	1,53	2,0	126 650	2,07	2,70	1,45	1,9
2012	142 985	2,33	3,12	1,54	2,0	130 872	2,14	2,80	1,48	1,9

*Taux pour 1000 habitants. Standardisation sur l'âge selon population Eurostat UE+EFTA 2010

- Les prises en charge en EP et suivies en ALD pour troubles psychotiques concernent respectivement 3,83 et 4,81 habitants sur 1000 en France métropolitaine en 2012.
- Les taux ont augmenté respectivement de 7 % et 6 % en 2 ans (5 % pour la schizophrénie).
- Une prépondérance masculine des troubles, un peu plus marquée en EP que dans l'attribution d'ALD : ratio H/F respectivement de 1,5 et 1,3 pour tous troubles psychotiques ; 2 et 1,9 pour la schizophrénie.

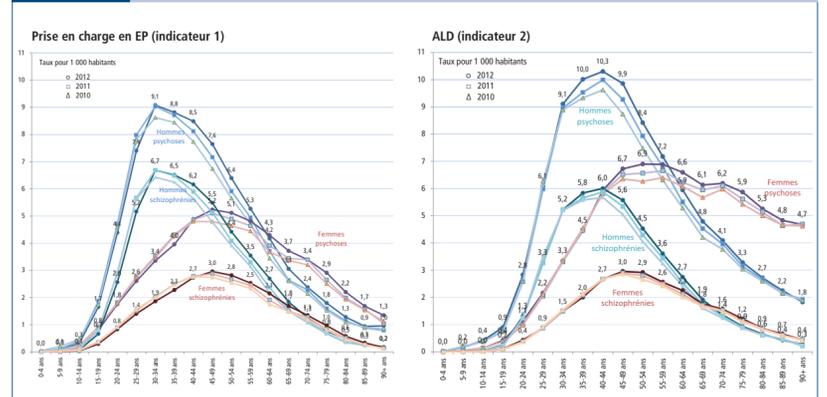
FIGURE 1 LES TROUBLES PSYCHOTIQUES PRIS EN CHARGE EN 2012



- Le type de psychose est non précisé pour 25 % des personnes en ALD limitant la possibilité d'étudier la prévalence des différents troubles à partir des données d'ALD.
- Un diagnostic de schizophrénie porté chez 61 % des patients pris en charge pour troubles psychotiques en EP et 45 % des personnes en ALD pour psychose.

FIGURES 2 ET 3

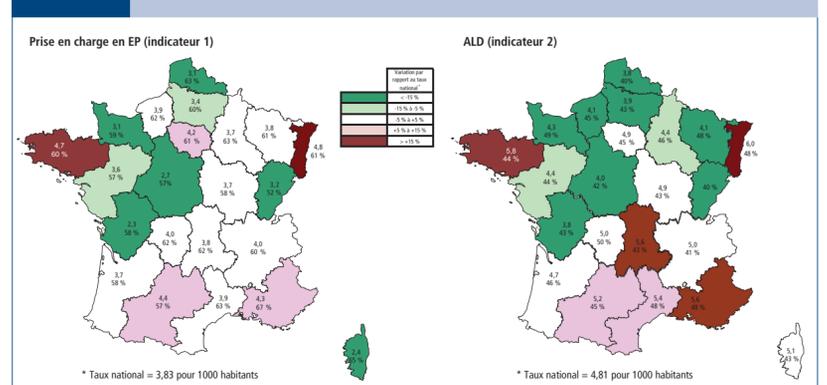
TAUX SELON L'ÂGE ET LE SEXE D'HABITANTS PRIS EN CHARGE POUR TROUBLES PSYCHOTIQUES ET POUR SCHIZOPHRÉNIE DE 2010 À 2012



- Les prévalences sont les plus élevées entre 30-50 ans chez les hommes et 40-60 ans chez les femmes.
- Les taux suivent une courbe en cloche avec l'âge et révèlent une lente diminution après 60 ans des taux de prise en charge en ALD chez les femmes alors que la diminution s'avère marquée chez les hommes avec les 2 indicateurs.
- Après 60 ans (tous troubles psychotiques) et 70 ans pour la schizophrénie : les taux féminins deviennent supérieurs aux taux masculins.

CARTES 1 ET 2

TAUX STANDARDISÉS RÉGIONAUX D'HABITANTS PRIS EN CHARGE POUR TROUBLES PSYCHOTIQUES ET POURCENTAGE DE SCHIZOPHRÉNIES



- Disparités régionales : en 2012, les taux standardisés d'habitants pris en charge pour troubles psychotiques en EP s'échelonnaient de 2,3 à 4,8 pour 1000 (dont 52 à 67 % pour schizophrénie) et les prises en charge en ALD pour psychose de 3,8 à 6,0 pour 1000 (dont 40 à 50 % pour schizophrénie). On n'observait pas de corrélation entre ces taux et la densité des services psychiatriques régionaux.

Synthèse et conclusions

- En 2012 en France métropolitaine**, 3,8 habitants sur 1000 ont été pris en charge pour troubles psychotiques par les EP (dont 61 % pour schizophrénie) et 4,8 sur 1000 étaient en ALD pour psychose. Ces deux indicateurs indiquent des prises en charge pour troubles psychotiques 1,3 à 1,5 fois plus importantes chez les hommes que chez les femmes (2 fois plus pour la schizophrénie), bien qu'au delà de 60 ans (70 ans pour la schizophrénie) les taux féminins deviennent supérieurs aux taux masculins.
- On observe un décalage d'une dizaine d'années entre hommes et femmes dans les taux les plus élevés de prise en charge, tous troubles psychotiques comme plus spécifiquement pour la schizophrénie, évoquant une entrée dans la maladie plus tardive ou un retard au diagnostic chez les femmes. Les prises en charge pour psychoses concernent plus d'1 % des hommes entre 30-50 ans ; et 0,7 % des femmes entre 40-60 ans.
- La diminution des taux de prise en charge avec l'âge est bien plus marquée chez les hommes que chez les femmes, en particulier le suivi en ALD. Les causes de cette diminution différentielle restent à explorer.
- L'augmentation des prévalences entre 2010 et 2012 observée avec les deux indicateurs, ainsi que les disparités régionales demandent à être surveillées sur la durée.
- Limites :** ce système d'information ne couvre pas la totalité des patients suivis dans le système de soins pour troubles psychotiques. En particulier les patients suivis en libéral, qui ne seraient pas déclarés en ALD au titre de leur psychose (troubles les moins graves ou patients déjà en ALD pour une pathologie intégrant la possibilité d'être exonéré pour le même type de traitement) et les malades en rupture totale de soins ne peuvent être pris en compte. Par ailleurs le RIM-P est un système de recueil étendu nationalement depuis 2008 avec une montée en charge des codages dont la qualité reste à évaluer. Le développement d'études complémentaires intégrant le chaînage des données d'ALD, le recours aux services psychiatriques et les consommations d'antipsychotiques à partir du Sniiram constitue la principale voie de développement de la surveillance des troubles psychotiques en population générale française. Les études déclaratives, menées directement auprès d'échantillons de la population générale, alternative à la surveillance d'autres troubles de santé mentale, sont peu adaptées à la surveillance des psychoses.