

Magali Coldefy

Géographe, maître de recherche, Irdes, ORU-PACA

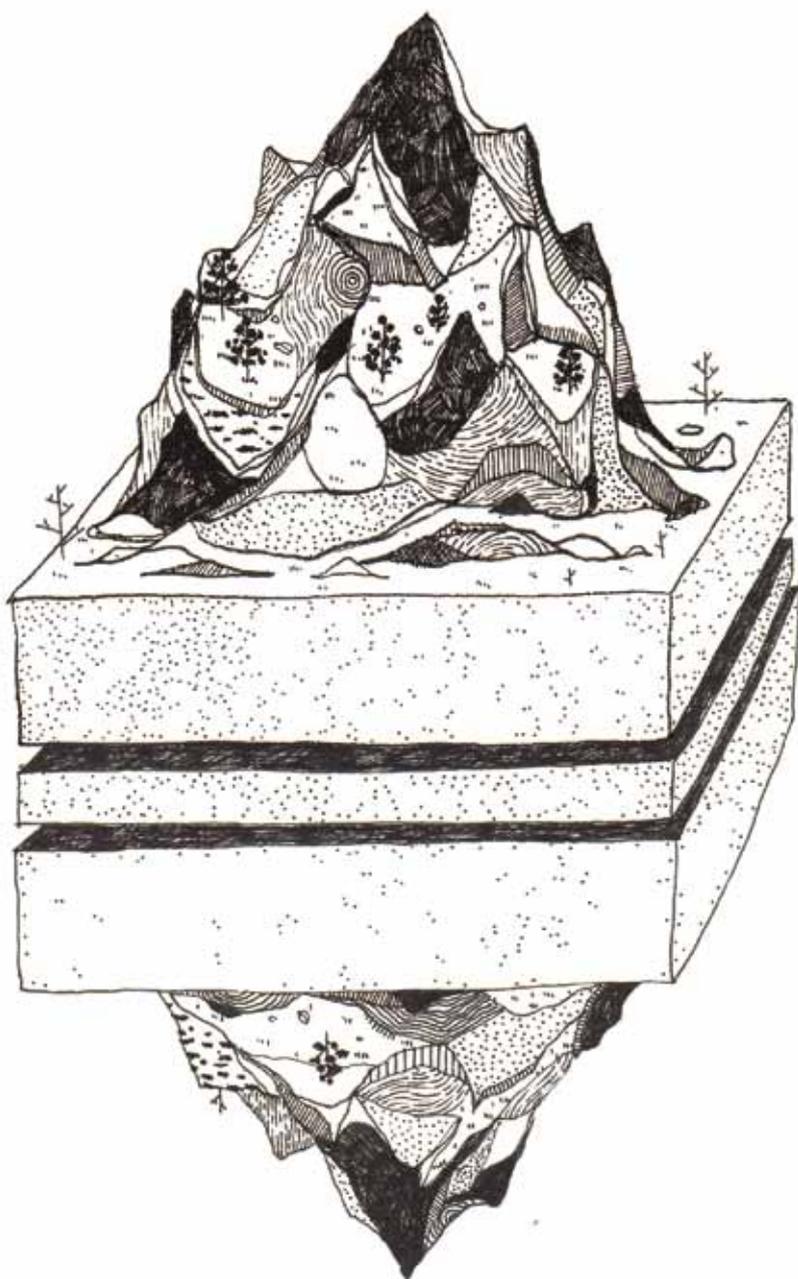
Charlène Le Neindre

Géographe, chargée de recherche, Irdes

Clément Nestrigue

Économiste, chargé de recherche, Irdes

# Troubles schizophréniques et caractéristiques socio-économiques, géographiques et d'offre de soins des territoires



La schizophrénie, trouble psychique sévère et invalidant, touche 1 à 2 % des adultes en France, soit environ 400 000 personnes (HAS, Guide Affection de longue durée, Schizophrénies, 2007). À ce jour, l'ensemble des études portant sur l'étiologie des troubles psychotiques a conduit à un modèle faisant de ces pathologies des maladies complexes, multifactorielles et probablement hétérogènes. Leur étiologie associe un terrain (vulnérabilité) génétique et des facteurs de risque environnementaux, tant individuels que populationnels<sup>1</sup>. De nombreuses études étrangères ont montré que la distribution des troubles psychotiques n'est pas spatialement homogène<sup>2</sup>. À partir de ce constat, plusieurs études ont été réalisées pour mieux comprendre les raisons de cette hétérogénéité spatiale. La plupart d'entre elles ont porté sur les facteurs populationnels composites. Elles suggèrent que les facteurs sociaux<sup>3</sup>, économiques<sup>4</sup> et démographiques jouent un rôle dans la distribution des cas de psychose et nuancent l'effet des facteurs individuels<sup>5</sup>. Les études françaises en la matière restent rares.

Dans le cadre de ses travaux sur la variabilité de la prise en charge de la schizophrénie en établissement de santé, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) a montré que le taux de recours<sup>6</sup> en établissement de santé pour des troubles schizophréniques présentait des disparités considérables sur le territoire, variant dans un rapport de un à six entre les zones de résidence des patients (zones géographiques PMSI, entités proches des zones postales, correspondant à la plus petite unité d'analyse disponible dans le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie – Rim-P). Pour mieux comprendre cette répartition spatiale hétérogène, un modèle statistique intégrant plusieurs dimensions a été élaboré. Ces dimensions correspondent aux caractéristiques sociales, économiques et géographiques de l'environnement de vie des individus, ainsi qu'à l'offre et l'organisation des soins en psychiatrie au sein des territoires de santé, ce dernier étant progressivement devenu le niveau de planification et d'organisation des soins psychiatriques.

*« Le contexte socio-économique joue un rôle majeur pour « expliquer » les disparités spatiales de recours aux soins pour troubles schizophréniques. »*

De manière à capter au mieux les diverses composantes que revêt le contexte socio-économique des territoires, deux indicateurs synthétiques ont été construits au niveau des zones géographiques PMSI de résidence des individus :

- un *indice de défavorisation sociale*, adapté de Rey et al. <sup>7</sup>, visant à mesurer la précarité économique et sociale sur un territoire. Cet indicateur écologique résulte de la combinaison du revenu fiscal par unité de consommation, de la proportion de bacheliers parmi les personnes âgées de 15 ans ou plus, de la proportion d'ouvriers et de celle de chômeurs parmi les personnes actives. Cet indicateur synthétique permet d'ordonner les zones géographiques PMSI selon un gradient allant des zones les plus favorisées socialement aux zones les plus défavorisées.
- un *indice de fragmentation sociale*, adapté d'Ivory et al. <sup>8</sup>, visant à mesurer la qualité des liens sociaux, de la cohésion sociale sur un territoire. Cet indicateur composite tente d'approcher les dimensions suivantes de la cohésion ou fragmentation sociale : les ponts ou barrières au partage de valeurs et normes communes (à travers la proportion de ménages immigrés, celle d'enfants d'âge scolaire), à l'attachement aux lieux et aux personnes (à travers la mobilité résidentielle, la part de locataires, celle de personnes mariées ou en famille, l'isolement social). Cet indicateur ordonne les zones géographiques PMSI suivant un gradient allant des zones les plus fragmentées socialement aux zones les plus « soudées ».

Le contexte géographique a été caractérisé par le biais de six indicateurs : les parts de la population de la zone géographique PMSI résidant (1) dans une commune des grands pôles urbains, (2) dans une commune urbaine de la couronne des grands pôles ou dans une commune urbaine multipolarisée des grandes aires urbaines, (3) dans une commune rurale de la couronne des grands pôles ou dans une commune rurale multipolarisée des grandes aires urbaines, (4) dans une commune des moyens ou petits pôles, (5) dans une commune de la couronne des moyens ou petits pôles ou dans une autre commune multipolarisée, (6) dans une commune hors de l'influence des pôles.

« Un niveau de fragmentation ou désorganisation sociale élevée dans les territoires, soit une faiblesse des liens sociaux, va être associé à un recours plus élevé. »

Pour caractériser l'offre et l'organisation des soins en psychiatrie, une typologie a été réalisée au niveau des territoires de santé <sup>9</sup>. Elle prend en compte à la fois l'offre hospitalière, de ville, médicosociale en direction des personnes vivant avec un trouble psychique et émanant de la communauté et la caractérise en matière de capacités, diversité des acteurs et des alternatives proposées. Elle permet de classer les territoires de santé en cinq profils distincts : classe 1 : des territoires faiblement dotés en personnels et en équipements psychiatriques, souvent implantés à l'hôpital général ; classe 2 : des territoires où s'exercent les missions d'intérêt général de la psychiatrie publique spécialisée, ouverte vers son environnement, mais aux ressources concen-

trées sur l'intra-hospitalier ; classe 3 : des territoires majoritairement urbains à l'offre privée importante et une organisation adaptée aux pratiques urbaines ; classe 4 : des territoires bien dotés en équipements et en personnels, où domine une psychiatrie publique spécialisée à l'approche « totale » ; classe 5 : des territoires à dominante rurale qui combinent une offre sanitaire et médicosociale importante.

Ainsi, d'après les résultats de la modélisation statistique réalisée, le contexte socio-économique joue un rôle majeur pour « expliquer » les disparités spatiales de recours aux soins pour troubles schizophréniques (expliquer au sens statistique car la mise en évidence d'une concordance statistique ne suffit pas à démontrer une relation de causalité). Un niveau de fragmentation ou désorganisation sociale élevée dans les territoires, soit une faiblesse des liens sociaux, va être associé à un recours plus élevé. Dans une moindre mesure (et conformément aux résultats de la littérature), les territoires présentant un important niveau de défavorisation sociale sont également des territoires au sein desquels on observe un recours plus élevé. Le rôle du contexte géographique, plus souvent étudié dans la littérature à travers la notion de densité de population pour approcher le degré d'urbanité, ressort également dans nos résultats. Le recours aux soins pour des troubles schizophréniques est plus élevé dans les territoires où la part de la population résidant dans une commune, d'une part, des grands pôles et, d'autre part, des moyens ou petits pôles est forte, résultat classique montrant un lien entre urbanité et développement des troubles psychotiques <sup>10</sup>.

« Le recours aux soins pour des troubles schizophréniques est plus élevé dans les territoires où la part de la population résidant dans une commune, d'une part, des grands pôles et, d'autre part, des moyens ou petits pôles est forte, résultat classique montrant un lien entre urbanité et développement des troubles psychotiques. »

Enfin, l'offre et l'organisation des soins au sein des territoires jouent également un rôle important pour « expliquer » ces disparités de recours. Les taux de recours sont plus élevés dans les territoires bien dotés en matière de capacités et de ressources humaines en psychiatrie, où la prise en charge de la maladie mentale est majoritairement gérée par des établissements spécialisés (publics ou privés d'intérêt collectif). Deux hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ces résultats : celle d'une demande induite par l'offre et/ou celle du rapprochement des populations concernées par cette pathologie chronique et complexe d'une offre adaptée aux différentes phases de la pathologie.

Avec un modèle dont le pouvoir explicatif est de 28 %, une part importante de la variabilité du taux de recours en établissement de santé pour des troubles schizophréniques reste à expliquer. Si nos résultats viennent conforter les connaissances issues de la littérature internationale, ils appellent à poursuivre les recherches croisant les approches de plusieurs disciplines sociales, épidémiologiques et cliniques.

1 Tandon R. et al. « Schizophrenia, « just the facts » what we know in 2008 » 2, *Epidemiology and etiology. Schizophr Res.*, 102(1-3) : 2008 ; 1-18.

2 March D. et al. « Psychosis and place », *Epidemiologic Reviews*, 2008 ; 30 : 84 - 100. McGrath J., Saha S., Chant D., Welham J., « Schizophrenia: a concise review of incidence, prevalence and mortality », *Epidemiologic Reviews*, 2008 ; 30 : 67-76.

3 Allardyce J., Boydell J. « Review: the wider social environment and schizophrenia », *Schizophr Bull.*, 2006 ; 32 : 592-598.

4 Croudace T.J. et al. « Non-linear relationship between an index of social deprivation, psychiatric admission prevalence and the incidence of psychosis », *Psychol Med.*, 2000 ; 30(1) : 177 - 85.

5 Boydell J. et al. « Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment », *BMJ.*, 323(7325) : 2001 ; 1336 - 8.

6 Le taux de recours calculé ici rapporte le nombre de patients âgés de 16 ans ou plus suivi en établissement de santé pour des troubles schizophréniques (code CIM F20, hors F20.8) de la zone de résidence à la population âgée de 16 ans ou plus de la zone. Ce taux est standardisé et lissé afin de s'abstraire de l'effet de la structure démographique des zones de résidence et d'atténuer les désagréments statistiques liés à la faiblesse du nombre de cas et à la grande hétérogénéité du nombre de résidents au sein de ces zones.

7 Rey G., Rican S., Jouglu E., « Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès. Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2011 ; n°8-9 : 87 - 90.

8 Ivory V., Witten K., Salmond C., Lin EY, You RQ, Blakely T., « The New Zealand Index of Neighbourhood Social Fragmentation: integrating theory and data », *Environment and Planning A*, 2012 ; 44 : 972 - 988.

9 Coldefy M., Le Neindre C., « Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie : d'une approche segmentée à une approche systémique », *Rapport Irdes*, 2014 ; n°558.

10 Allardyce J., Boydell J., « Review: the wider social environment and schizophrenia », *Schizophr Bull.*, 2006 ; 32 : 592 - 598.