

# Interreg

France-Wallonie-Vlaanderen



UNION EUROPÉENNE  
EUROPESE UNIE



## PSICOCAP

Avec le soutien du Fonds européen de développement régional

# Profil des populations du territoire du projet Psicocap

(Départements des Ardennes et de la Marne en France ; Province de  
Namur en Belgique)

## Handicap et handicap psychique

Septembre 2022

Opérateurs partenaires



Opérateurs associés



#### Rédaction

Laurent Chamagne: Chargé d'études démographe, ORS Grand Est  
Richard Manirambona : Chargé de recherche, IWEPS

#### Mise en page

Cécile Joie : Chargée d'études démographe, ORS Grand Est

#### Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement l'ensemble des fournisseurs de données qui, par leur étroite collaboration, ont permis la réalisation de ce travail. Nos remerciements s'adressent également à toute l'équipe du projet Psicocap.

# Sommaire

Sommaire .....	3
Introduction .....	4
Définitions .....	4
Matériel et méthodes .....	6
Limites .....	7
Prévalence du handicap .....	8
Reconnaissance administrative du handicap .....	8
Allocations et autres droits .....	10
Limitations liées à des problèmes de santé .....	12
Prévalence du handicap psychique .....	13
Les données issues d'enquêtes .....	13
Reconnaissance du handicap psychique .....	15
Affections de longue durée .....	16
Pension d'invalidité .....	18
Consommation de soins .....	19
Consultations en psychiatrie .....	19
Hospitalisations .....	21
Consommation de médicaments .....	23
Mortalité .....	25
Mortalité par troubles mentaux et du comportement .....	25
Mortalité par suicide .....	26
Eléments à retenir .....	27
.....	28

# Introduction

Le projet Psicocap vise à construire un instrument transfrontalier d'observation et d'analyse sur le handicap et en particulier le handicap psychique afin d'éclairer les actions à mener par les promoteurs de projets et les décideurs locaux sur la base de données probantes. Au niveau géographique, ce projet couvre deux départements français (le département des Ardennes et le département de la Marne) et une province belge (la province de Namur).

Afin d'apporter une aide à la décision, le projet comporte un module de travail dont l'objectif est de récolter des données de contexte sociodémographique sur l'ensemble du territoire, mais surtout de l'état de santé et de l'offre de soins en matière de handicap et de handicap psychique. L'observation est une des clés pour agir, elle permet de dresser un état des lieux, de le partager et d'identifier des éventuelles disparités.

Une mise en perspective par rapport aux données nationales et une déclinaison infra-territoriale permettent d'identifier les forces et faiblesses et de cibler les secteurs dans lesquels des actions pourraient être menées.

Ce document concerne la deuxième partie relative aux indicateurs du handicap en général et du handicap psychique en particulier. Il est constitué à partir de 19 indicateurs sélectionnés parmi la liste présente dans le tableau des indicateurs téléchargeable [sur le site de l'IWEPS](#)<sup>1</sup>. Les indicateurs retenus l'ont été en fonction de leur pertinence et de leur comparabilité. Le lecteur intéressé pourra trouver les données actualisées sur les sites internet des fournisseurs de ces données. La source des données pour chaque indicateur est précisée dans les encadrés.

Les indicateurs de handicap psychique permettent d'estimer le nombre de personnes concernées par ces pathologies ainsi que de mesurer le volume des soins qui leur sont prodigués.

# Définitions

## Le handicap

Il n'existe pas de définition du handicap universellement partagée et sur laquelle tout le monde pourrait s'accorder. Le handicap est une notion complexe, évolutive et multidimensionnelle. Par conséquent, il n'existe pas de définition communément admise.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), le handicap est le résultat d'une interaction entre les déficiences physiques, sensorielles, mentales ou psychiques entraînant des incapacités plus ou moins importantes, qui sont renforcées en raison d'un environnement inadapté ou inaccessible.

Le handicap recouvre ainsi trois concepts :

- La déficience : Perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.

---

<sup>1</sup> Voir [https://www.iweps.be/publication/profil-des-populations-du-territoire-du-projet-psicocap---handicap-et-handicap-psychique/\(ouvre\\_un\\_nouvel\\_onglet\)](https://www.iweps.be/publication/profil-des-populations-du-territoire-du-projet-psicocap---handicap-et-handicap-psychique/(ouvre_un_nouvel_onglet))

- L'incapacité : Réduction, résultant d'une déficience, partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité de façon normale ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.
- Le désavantage : Préjudice qui résulte de la déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels

4

Chaque état ou entité administrative utilise sa propre définition du handicap. En France et en Belgique, les définitions retenues font apparaître les limitations de participation à la vie en société dues à des déficiences ou des incapacités :

En France, la Loi handicap du 11 février 2005 se base sur la définition suivante : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

En Wallonie, l'article 2 du décret du 6 avril 1995 définit une personne handicapée comme « toute personne mineure ou majeure présentant une limitation importante de ses capacités d'intégration sociale ou professionnelle suite à l'altération de ses facultés mentales, sensorielles ou physiques, qui engendre la nécessité d'une intervention de la société ».

### **Le handicap psychique**

Il n'existe pas non plus de définition partagée du handicap psychique en tant que tel. Il n'est, d'ailleurs, pas reconnu officiellement en Belgique, contrairement à la France où une Loi y relative a été promulguée le 11 février 2005.

Le handicap psychique est la conséquence de diverses maladies et troubles psychiques invalidants tels que :

- Les troubles psychotiques, notamment les schizophrénies
- Les troubles bipolaires et dépressions sévères
- Les troubles de la personnalité
- Certains troubles anxieux

Le handicap psychique entraîne la perte ou la diminution de l'autonomie et peut constituer une entrave à la vie sociale et professionnelle. Selon l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), le handicap psychique entraîne des difficultés dans la vie quotidienne pouvant concerner la capacité à :

- Prendre soin de soi
- Établir des relations durables
- Se former et assurer une activité
- Se maintenir dans un logement
- Organiser une vie sociale et des loisirs

Le handicap psychique se distinguerait du handicap mental par le fait qu'il est secondaire à la maladie psychique. Il reste de cause inconnue à ce jour alors que le handicap mental a des causes identifiables. Contrairement au handicap mental, il n'apparaît généralement pas à la naissance et les capacités intellectuelles sont indemnes. C'est la capacité de les utiliser qui est déficiente. Toutefois, il peut être à l'origine de troubles cognitifs (difficultés de mémorisation, de planification ou d'organisation spatiale et temporelle). Les symptômes sont instables et imprévisibles

et la prise de médicament est souvent indispensable, associée à des techniques de soins visant à pallier, voire réadapter les capacités à penser et à décider.

## Matériel et méthodes

L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Grand Est et l'Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS), avec l'appui de l'ensemble des autres opérateurs du projet, ont été chargés de réaliser ce portrait de territoire. Ce travail a nécessité, dans un premier temps, une comparaison des définitions des données existantes de chaque côté de la frontière en s'appuyant, en partie sur les travaux déjà réalisés dans le cadre du projet Gedidot<sup>2</sup> et notamment sur les indicateurs de santé publiés sur son portail l'infocentre santé (<https://infocentre-sante.eu/>).

Ensuite, des recherches complémentaires sur la réglementation du handicap et du handicap psychique applicable dans les deux pays ont été réalisées. Il s'agit notamment des définitions, des critères de reconnaissance et des allocations.

Cette première étape a permis d'identifier les indicateurs pouvant être similaires entre les deux pays et de connaître les limites à leur comparabilité.

Les indicateurs, ainsi sélectionnés, ont été recueillis et traités de chaque côté de la frontière et les résultats ont été compilés dans des tableaux accessibles sur le site internet du projet Psicocap (<https://www.psicocap.eu/>).

Une présentation cartographique est réalisée pour les indicateurs dont les données par arrondissement sont disponibles. Ces cartes comportent 5 classes dont les limites sont définies à partir de la méthode des seuils naturels de Jenks<sup>3</sup>.

### Taux standardisés :

Les taux standardisés selon la méthode de standardisation directe correspondent aux taux qui seraient observés si la répartition par âge de la population était la même que dans une population de référence (population standard européenne révisée en 2013)<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Gedidot (Gestion et diffusion des données transfrontalières était un projet interreg V financé par le FEDER. Il avait pour objectif la mise en commun des données socio sanitaires entre la France et la Wallonie pour sensibiliser les autorités locales à leur rôle en matière de santé.

<sup>3</sup> Selon la méthode des seuils naturels de Jenks, les seuils de classe sont créés de manière à optimiser le regroupement des valeurs similaires et à maximiser les différences entre les classes. Les entités sont réparties en classes dont les limites sont définies aux endroits où se trouvent de grandes différences dans les valeurs de données. <https://pro.arcgis.com/fr/pro-app/latest/help/mapping/layer-properties/data-classification-methods.htm>

<sup>4</sup> <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-manuals-and-guidelines/-/ks-ra-13-028>

# Limites

Les indicateurs sélectionnés dans ce document présentent la particularité d'être relativement comparables entre les deux pays. D'autres indicateurs ont été recueillis mais ne figurent pas dans ce document du fait de l'absence de comparabilité entre les deux pays.

La différence dans les pratiques et le fonctionnement des services de chaque côté de la frontière limite la comparabilité des indicateurs. C'est le cas notamment du nombre de séjours en hôpital psychiatrique en fonction de la pathologie. Ces données sont codées selon la 10<sup>e</sup> classification internationale des maladies en France (CIM10 – ICD10) et la 4<sup>e</sup> édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM4) en Belgique. Une partie des pathologies codées en DSM4 n'ont pas pu être transcrites en CIM10, ce qui rend incomplète l'analyse des données belges.

Des informations détaillées sur les sources de données, les définitions et les précautions d'interprétation pour chaque indicateur sont présentées dans les encadrés à la fin de chaque fiche.

# Prévalence du handicap

Il est impossible de donner un chiffre unique de la prévalence du handicap aussi bien en France qu'en Belgique, d'autant plus qu'appréhender le handicap est relativement complexe. En effet, il n'existe pas de base de données officielle sur les personnes en situation de handicap car d'une part il n'y a jamais eu de recensement au niveau de la population et d'autre part, le handicap peut être appréhendé sous différents angles (reconnaissance administrative, bénéficiaires d'allocations et autres droits, restrictions d'activités, limitations pour des raisons de santé ...). L'intérêt de ces différentes approches est qu'elles apportent des points de vue complémentaires et permettent de mettre en évidence la diversité des populations concernées.

## Reconnaissance administrative du handicap

En France, le handicap est évalué par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) afin de donner droit à des services ou prestations destinées à cette population.

En Belgique, les données présentées ici concernent la reconnaissance du handicap qui est faite par la Direction générale des Personnes handicapées du SPF sécurité sociale. Ce système est indépendant des prestations de travail antérieures ou d'une participation antérieure au marché du travail. Sur la base de cette reconnaissance, une personne peut bénéficier d'un certain nombre de droits.

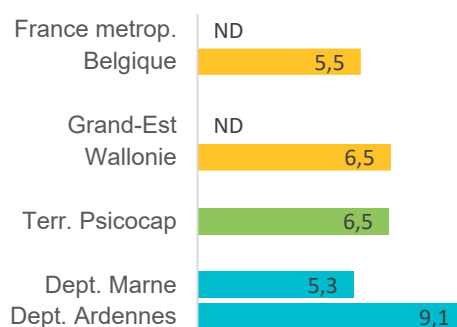
Les bénéficiaires des allocations aux personnes âgées ont été exclus du fait que cette population est essentiellement concernée par des questions de dépendance liée à l'âge.

Il existe également en Belgique un autre système de reconnaissance qui n'a pas été pris en compte ici ; les allocations pour l'incapacité de travail (cf. encadré).

Au 31/12/2021, 6,5% de la population totale du territoire Psicocap avait une reconnaissance de son handicap. Cette proportion est identique à celle de la province de Namur et à celle de l'ensemble de la Wallonie.

Côté français le taux de personnes reconnues par une MDPH varie de 5,3% dans la Marne à 9,1% dans les Ardennes. Il est toutefois possible que les données issues des deux MDPH ne soient pas strictement comparables.

### Part de la population administrativement reconnue handicapée au 31-12-2021 (Belgique) et en février 2022 (France) (en %)





Sources :

**Belgique** : Service Public Fédéral Sécurité Sociale/Direction Générale Personnes Handicapées (SPF SS/DG PH)

**France** : Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

Définitions :

**Belgique** : La reconnaissance du handicap est effectuée par la DG Personnes handicapées du SPF sécurité sociale à la demande de l'utilisateur qui examine l'impact du handicap sur la faculté à exercer des activités quotidiennes ('autonomie'), sur la capacité à travailler ('capacité de gain') ainsi que les difficultés de déplacement sur base de l'avis du Médecin conseil. Sur base de cette reconnaissance, une personne vivant dans un ménage ayant des revenus inférieurs à un certain plafond peut être admise au bénéfice d'une allocation (Allocation de Remplacement de revenus (ARR) ou Allocation d'Intégration (AI) pour personnes de 21 ans à 64 ans), l'allocation aux personnes âgées (APA) pour les personnes de 65 ans et plus et l'allocation familiale supplémentaire (AFS) pour les familles avec enfants en situation de handicap de moins de 21 ans). A noter qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021, l'ARR/AI est accordé à partir de 18 ans.

Il existe également un autre système pour les personnes qui sont/étaient actives sur le marché du travail. Lorsqu'il s'agit d'une incapacité de travail à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, la reconnaissance est effectuée par l'Agence fédérale des Risques professionnels (FEDRIS) ; la reconnaissance revient à l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (l'INAMI) lorsqu'il s'agit d'une incapacité de travail pour cause d'autres maladies.

**France** : L'évaluation du handicap est effectuée à la demande de l'utilisateur par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), qui est une équipe pluridisciplinaire au sein de la MDPH. Cette évaluation consiste à constater la restriction d'activité qui découle d'altérations de fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques. L'objet de cette reconnaissance est de déterminer si la situation d'une personne répond aux critères d'éligibilité à une prestation. Son objectif n'est donc pas de mesurer un taux de handicap.

La reconnaissance du handicap donne droit à des services et des prestations destinées aux personnes en situation de handicap tels que l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP), la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) ou l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH).

Les MDPH ont en charge la population handicapée quelle que soit son âge. Ce champ de compétences ne s'étend toutefois pas aux personnes âgées en perte d'autonomie qui sont prises en charge par les conseils départementaux, entres autres, via l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

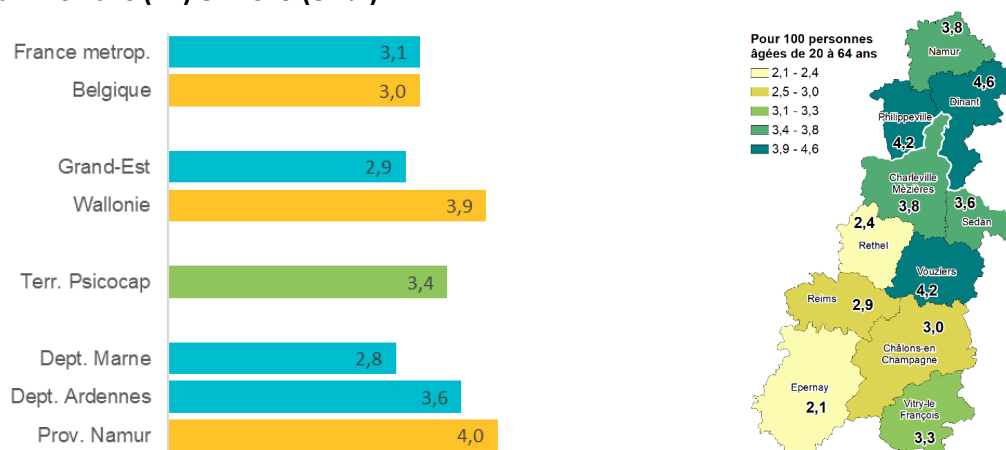
## Allocations et autres droits

En France, la reconnaissance du handicap pour les personnes de 20-64 ans donne droit à l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) lorsque les revenus sont inférieurs à un certain plafond. Pour les personnes de cette même catégorie d'âge en Belgique, la reconnaissance du handicap donne droit, selon l'importance des difficultés et la situation socioéconomique, à une allocation de remplacement de revenus (ARR) ou une allocation d'intégration (AI). Ces allocations sont donc versées à des personnes cumulant deux facteurs de précarité que sont un handicap et de faibles revenus.

En 2019, sur le territoire du projet Psicocap, 25 640 personnes de 21-64 ans<sup>5</sup> (3,4 %) bénéficiaient d'une des allocations destinées aux personnes en situation de handicap ayant de faibles revenus. Même si la proportion des bénéficiaires d'une de ces allocations est relativement plus élevée sur le versant wallon par rapport au versant français, les valeurs au niveau national sont très comparables entre la France et la Belgique (3,1 % pour la France métropolitaine et 3,0 % pour la Belgique). On observe toutefois de fortes variations dans la part de la population couverte par ces allocations dans la partie française, avec un taux deux fois plus élevé dans l'arrondissement de Vouziers (4,2 %) que dans celui d'Épernay (2,1 %). Dans la province de Namur, les taux sont plus homogènes (de 3,8 % dans l'arrondissement de Namur à 4,6 % dans celui de Dinant).

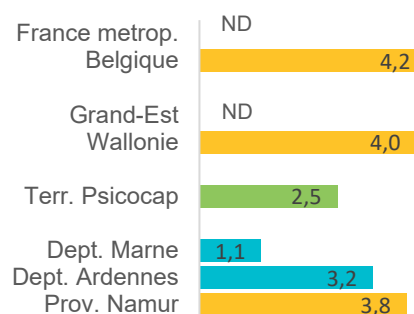
En Belgique, selon les médecins évaluateurs, les deux principales pathologies dont sont atteints les bénéficiaires de l'ARR/AI sont les pathologies orthopédiques (27 %) et les troubles psychologiques (27 %).

### Proportion de bénéficiaires de l'AAH (FR)-ARR/AI (BE) parmi la population âgée de 20 à 64 ans (FR) ou 21-64 ans (BE) en 2019 (en %)



Dans les deux pays, la reconnaissance du handicap permet également l'accès à une carte de réduction pour les transports en commun ou encore à une carte de stationnement. Sur l'ensemble de la population du territoire du projet Psicocap, 2,5 % possèdent une carte de stationnement pour personnes handicapées. Cette proportion varie fortement entre les différents territoires du projet, avec une proportion relativement plus élevée sur le versant belge.

### Proportion de personnes bénéficiant de cartes de stationnement destinées aux personnes handicapées en 2019 (Belgique) et 2022 (France) (en %)



<sup>5</sup> A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021, l'ARR/AI est accordé à partir de 18 ans.

**Sources :**

**Belgique** : Service Public Fédéral Sécurité Sociale/Direction Générale Personnes Handicapées (SPF SS/DG PH)

**France** : Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

**Définitions :**

**AAH** : Allocation pour adultes handicapés concerne les personnes ayant un handicap reconnu et un faible revenu.

**ARR** : L'allocation de remplacement de revenus est octroyée aux personnes en situation de handicap (d'au moins 21 ans et depuis le 01/01/2021 au moins 18 ans) qui, en raison de leur situation physique ou mentale, peuvent gagner tout au plus 1/3 de ce qu'une personne valide peut gagner sur le marché du travail.

**AI** : L'Allocation d'Intégration est octroyée à la personne avec un handicap qui, en raison de la réduction de son autonomie, doit supporter des frais supplémentaires pour s'intégrer dans la vie sociale. Le montant de l'AI est forfaitaire et varie selon le degré d'autonomie et selon la catégorie à laquelle appartient la personne avec un handicap.

**Carte de stationnement destinées aux personnes en situation de handicap**

**Belgique** : C'est une carte personnelle qui donne aux personnes officiellement reconnues comme invalides ou personnes handicapées certains avantages pour stationner leur véhicule ou le véhicule dont elles sont passagères. Les personnes qui ne sont pas encore reconnues officiellement peuvent également faire la demande de la carte de stationnement qu'elles peuvent obtenir si un médecin évaluateur de la Direction Générale Personnes handicapées confirme le handicap.

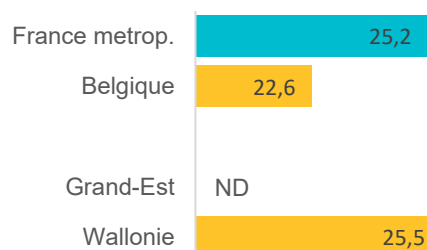
**France** : Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, la Carte Mobilité Inclusion stationnement (CMI stationnement) permet de se garer gratuitement. Elle est destinée aux personnes atteintes d'un handicap qui réduit de manière importante la capacité de déplacement, aux personnes devant être accompagnées par une personne dans tous leurs déplacements ou aux personnes étant classé en GIR 1 ou 2 de la grille AGGIR (grille d'évaluation de la dépendance).

## Limitations liées à des problèmes de santé

Pour évaluer la prévalence du handicap, certaines études utilisent le plus souvent un indicateur global de limitation d'activités appelé communément GALI (Global Activity Limitation Indicator) qui prend en compte les causes médicales<sup>6</sup>. Le GALI permet de poser une seule question incluant quatre éléments constitutifs du handicap : sa dimension chronique (« depuis plus de 6 mois »), ses causes médicales (« problème de santé ») et le fait que l'on cherche à mesurer les conséquences sur les activités (« limité dans les activités ») dans un contexte social donné.

Selon l'enquête SRCV (Statistiques sur les ressources et conditions de vie) de 2018, un peu plus d'un quart (25,2 %) de la population française de 15 ans et plus rapporte avoir eu depuis 6 mois, des limitations liées à des problèmes de santé. Cette proportion est légèrement inférieure en Belgique d'après l'enquête de santé 2018 rapportée par Eurostat (22,6 % IC95 [21,3 %-23,9 %] au niveau national et à 25,5 % IC95 [22,9 %-28,0 %] au niveau de la Région wallonne).

### Proportion de la population de 15 ans et plus ayant des limitations liées à des problèmes de santé (selon indicateur GALI) en 2018 (en %)



#### Sources :

**Belgique** : Eurostat, enquête de santé 2018

**France** : Enquête SRCV 2018

#### Définitions :

L'indicateur global de limitation d'activité (GALI) pour cause de santé est basé sur une seule question demandant au répondant d'estimer les restrictions possibles dues à leur santé : Êtes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? Oui sévèrement limité(e) / Oui, limité(e) / Non, pas du tout limité(e).

<sup>6</sup> Laurence Dauphin, Sébastien Eidelman (DREES). Élargir les sources d'étude quantitative de la population handicapée : Que vaut l'indicateur « GALI » ? 2021

# Prévalence du handicap psychique

## Les données issues d'enquêtes

Il n'existe pas de recensement exhaustif du handicap psychique en Belgique et en France. Les nombres de personnes concernées sont donc estimés à partir d'enquêtes en santé mentale ainsi que par des données de reconnaissance du handicap.

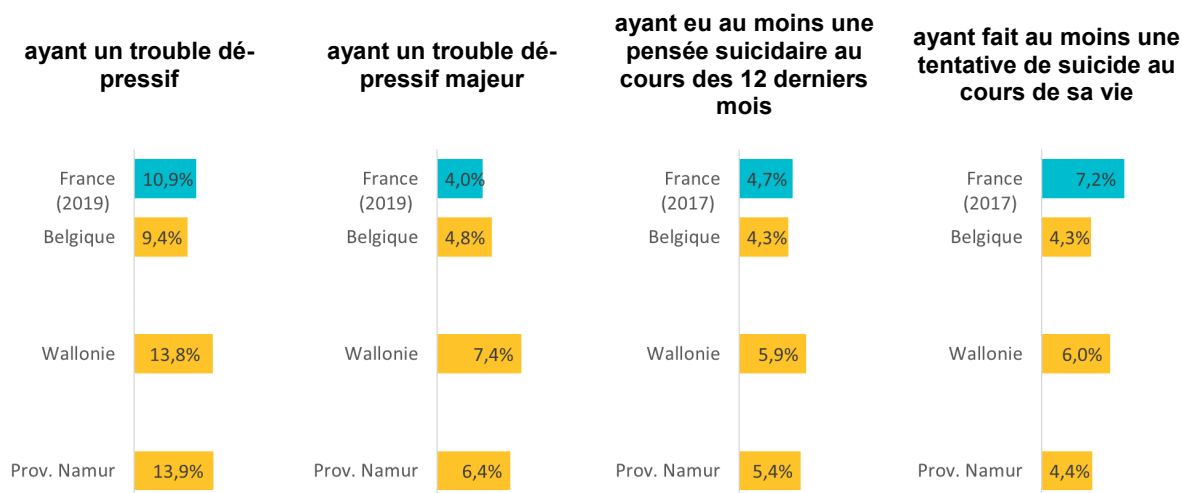
Les enquêtes en santé mentale permettent de mesurer la population présentant des caractéristiques pouvant entrer dans le champ du handicap psychique ou en subissant les conséquences. Ces enquêtes sont relativement peu nombreuses et ne sont pas déclinées en dessous du niveau national pour la France.

Le handicap psychique peut être la conséquence de troubles dépressifs. En Wallonie, l'enquête de Santé de 2018 montre que 13,8 % (IC95 [11,7 % - 15,9 %]) de la population âgée de 15 ans ou plus souffre de ces troubles (voir définition dans l'encadré), ce qui est significativement supérieur au taux national belge (9,4 %, IC95 [8,4 % - 10,3 %]). Un taux proche du taux wallon est observé dans la province de Namur (13,9 %, IC95 [9,6 % - 18,2 %]), mais le faible nombre de personnes interrogées ne permet pas de conclure à une différence significative avec le niveau national. En France, cette proportion s'élève à 10,9 % en 2019. Les données françaises montrent que la prévalence des troubles dépressifs est plus importante chez les femmes, les personnes ayant des faibles revenus et les personnes âgées de 75 ans ou plus.

Les troubles dépressifs majeurs (voir définition dans l'encadré) sont également plus fréquents dans la population wallonne (7,4 % IC95 [5,8 % - 9,0 %]) que dans l'ensemble de la Belgique (4,8 % IC95 [4,1 % - 5,5 %]) ou en France (4,0 %).

En appliquant les taux wallons à la population de la province de Namur et les taux nationaux français à la population des Ardennes et de la Marne, on peut estimer qu'environ 132 000 personnes de 15 ans ou plus auraient un trouble dépressif sur l'ensemble du territoire couvert par Psicopap dont 56 000 dans la province de Namur, 51 000 dans la Marne et 25 000 dans les Ardennes. Parmi ceux-ci, environ 58 000 auraient un trouble dépressif majeur dont 30 000 dans la province de Namur, 19 000 dans la Marne et 9 000 dans les Ardennes.

**Part de la population âgée de 15 ans ou plus (Belgique 2018, France 2017 ou 2019, cf. graphiques)**



L'enquête de santé de 2018, en Belgique, et le Baromètre Santé de 2017, en France contiennent des questions-typiques de l'OMS, ce qui permet la comparaison de ces deux sources. Elles révèlent

que 5,9 % des Wallons de 15 ans ou plus (IC95 [4,4 % - 7,4 %]) ont eu une pensée suicidaire au cours des 12 derniers mois. Cette proportion n'est pas significativement plus élevée qu'en Belgique (4,3 % IC95 [3,6 % - 4,9 %]) ou en France (4,7 % IC95 [4,4 % - 5,1 %]).

Les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois ont été beaucoup plus rares. Elles concernent 0,4 % des Wallons (IC95 [0,1 % - 0,7 %]) et des Français (IC95 [0,3 % - 0,5 %]). Sur l'ensemble de la vie écoulée, en revanche, ces taux atteignent 6,0 % IC95 [4,5 % - 7,5 %]) en Wallonie et 7,2 % IC95 [6,8 % - 7,6 %]) en France.

Sources :

**Belgique** : Enquête Santé 2018

**France** : Baromètre santé 2017, Enquête EHIS 2019 (enquête santé européenne)

Définitions :

**Trouble dépressif majeur** : défini à partir d'un algorithme utilisant le critère PHQ-9. Pour au moins 5 items sur les 8 premiers, les symptômes doivent être présents au moins plus de la moitié des jours (dont au moins 1 des 2 premiers items). Le 9<sup>ème</sup> item (pensées de mort) est pris en compte dès qu'il est présent plusieurs jours.

**Tous types de troubles dépressifs** : défini à partir d'un algorithme utilisant le critère PHQ-9. Pour au moins 2 des 8 premiers items, les symptômes doivent être présents au moins plus de la moitié des jours (dont au moins 1 des 2 premiers items). Le 9<sup>ème</sup> item (pensées de mort) est pris en compte dès qu'il est présent plusieurs jours.

## Reconnaissance du handicap psychique

Afin de bénéficier de droits et d'allocations spécifiques à leur situation, les personnes en situation de handicap doivent faire reconnaître leur handicap auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en France et à la direction générale des personnes handicapées du Service public fédéral Sécurité sociale (DG PH) en Belgique. Il est donc possible de s'adresser à ces institutions afin de connaître le nombre de personnes reconnues handicapées. Ces statistiques peuvent s'écarter du nombre réel de personnes souffrant d'un handicap dans la mesure où une partie d'entre elles peut ne pas avoir eu recours à cette recherche de reconnaissance pour diverses raisons (méconnaissance des aides, pas de nécessité d'y avoir recours, complexité du dossier ...).

En Belgique, la reconnaissance du handicap n'est pas directement liée à un diagnostic mais aux limitations rencontrées dans la vie quotidienne. Les personnes souffrant de troubles psychiques impactant leur vie quotidienne peuvent être reconnue en raison de ces limitations. En raison de ce processus de reconnaissance, le handicap psychique ne constitue pas une catégorie directement identifiable dans les bases de données.

En France, les MDPH identifient le type de handicap dont souffrent les personnes. Ainsi, en 2022, 4 096 Ardennais et 1 888 Marnais sont reconnus avec un handicap psychique. Ces résultats sont très inférieurs aux estimations du nombre de personnes atteintes d'un trouble dépressif majeur (9 000 dans les Ardennes et 19 000 dans la Marne). Il semble donc que seule une partie de ces troubles donne lieu à une reconnaissance de handicap et que les troubles dépressifs ne sont pas les seules pathologies à l'origine d'un handicap psychique.

A noter que les MDPH ont indiqué que les formulaires n'étaient pas du tout adaptés au handicap psychique et qu'elles travailleraient à leur amélioration.

Rapporté à la population totale de chaque département, le taux de personnes reconnues handicapées psychiques est 5 fois plus élevé dans les Ardennes (1,5 % de la population) que dans la Marne (0,3 %). Ces différences sont probablement dues à des pratiques de codage variables entre les deux MDPH. Des recherches complémentaires seraient nécessaires pour confirmer cette hypothèse.

### Sources :

**Belgique** : Pas de données disponibles (le handicap psychique n'est pas reconnu administrativement)

**France** : Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

### Définitions :

La reconnaissance du handicap est faite suite à la demande déposée par le patient auprès des MDPH. Une équipe pluridisciplinaire est, ensuite, chargée d'évaluer le besoin d'aide de la personne.

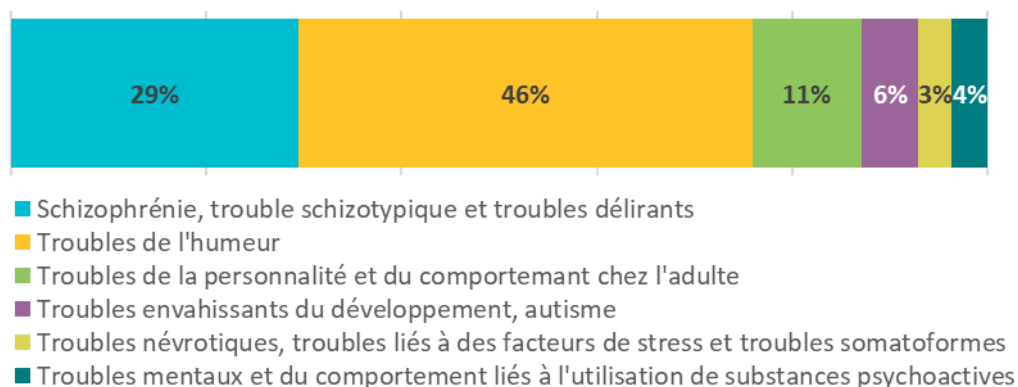
## Affections de longue durée

Le dispositif français d'affections de longue durée (ALD) et le dispositif belge d'affections chroniques ne sont pas comparables du fait de leurs conditions d'attributions différentes (voir définitions). Le présent chapitre portera uniquement sur les données françaises d'ALD car contrairement aux données belges, celles-ci sont disponibles de façon exhaustive par pathologie.

Au 31 décembre 2019, 6 838 Ardennais et 13 810 Marnais sont en ALD pour troubles mental ou du comportement, soit 20 648 dans l'ensemble des deux départements. Parmi ces patients, 14 105 sont atteints de troubles psychiques, soit 68 %. Entre 20 et 64 ans, cette proportion atteint 89 %.

Tous âges confondus, les troubles de l'humeur sont les pathologies les plus fréquemment rencontrées. Elles concernent 46 % des patients atteints de troubles psychiques dans l'ensemble des Ardennes et de la Marne devant les schizophrénies, troubles schizotypiques ou troubles délirants (29 %) et les troubles de la personnalité (11 %). La répartition de ces troubles est relativement proche entre les deux départements. On observe, toutefois, une plus forte proportion de troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (11 %) que dans la Marne (9 %).

### Répartition des patients en ALD pour troubles psychiques par pathologie dans les Ardennes et la Marne au 31 décembre 2019



Les affections de longue durée peuvent être attribuées à tous les patients atteints de maladies chroniques, qu'ils soient actifs ou non et sans limite d'âge. Au 31 décembre 2019, après standardisation sur l'âge, 1,69 % de la population des Ardennes et 1,72 % de la population de la Marne sont en ALD pour une pathologie psychique. Ces taux sont équivalents au taux régional (1,63 % dans le Grand Est) et nettement supérieurs au taux national (1,41 %). Des taux plus élevés sont observés dans les arrondissements de Châlons-en-Champagne (2,02 %), de Charleville-Mézières (1,97 %), et de Reims (1,86 %) où l'offre de soins est toutefois plus importante, ce qui pourrait permettre un meilleur dépistage de ces pathologies.



Sources :

**Belgique** : INAMI (pas exploité ici, non comparable avec les données françaises, pas de données par pathologie)

**France** : Cnam-TS, MSA, RSI

Définitions :

**Belgique** : Les patients ayant eu un minimum de 300 euros par trimestre au cours des 8 derniers trimestres et les patients bénéficiant du forfait maladies chroniques reçoivent le statut de personne atteinte d'une affection chronique. Elles peuvent, alors, bénéficier du tiers payant et d'une diminution du plafond de la part payée pour les soins (ticket modérateur). En revanche aucune information n'est disponible sur la pathologie.

**France** : Les patients atteints de maladies chroniques peuvent être couverts par le dispositif d'affection de longue durée (ALD) après validation par l'assurance maladie d'une demande effectuée par le médecin du patient. Dans ce cas, les patients bénéficient du remboursement par l'assurance maladie de la totalité des soins liés à la pathologie ayant justifié la mise en ALD.

Sur le plan épidémiologique, ce dispositif permet d'estimer le nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques. Toutefois, ce nombre est inférieur au nombre réel de malades. En effet, une partie des patients n'ont pas recours à ce dispositif pour plusieurs raisons : non dépistage de la pathologie, peur de se voir refusé un prêt, couverture suffisante des soins par la complémentaire, demande d'une nouvelle ALD non faite pour certains patients déjà en ALD pour une autre pathologie, ...

Codes CIM 10 retenus :

F10-F19 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives

F20-F29 : Troubles psychotiques

F30-F39 : Troubles de l'humeur

F40-F48 : Trouble névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

F60-F69 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte

F84 : Troubles envahissant du développement, autisme.

## Pension d'invalidité

En 2020, 20 846 personnes sont en invalidité dans la province de Namur dont 7 598 pour un trouble mental ou du comportement, soit 2,52 % des personnes âgées de 18 à 64 ans. Ce taux est inférieur au taux wallon (2,97 %) et légèrement supérieur au taux belge (2,44 %).

Ces pathologies, qui incluent les maladies mentales, recouvrent un champ plus large que les maladies psychiques. Si on s'en réfère aux données françaises d'affections de longue durée, les maladies psychiques devraient, toutefois, représenter la grande majorité des troubles mentaux ou du comportement (89 %).

Il existe également un dispositif de pension d'invalidité en France, mais ses conditions d'attributions sont différentes du système belge (voir définitions). Il n'a pas été possible, ici, d'obtenir des données françaises par pathologie.

Sources :

**Belgique** : INAMI

**France** : SNDS – DCIR (Pas exploité ici : pas de données disponibles par pathologie)

Définitions :

**Belgique** : Une personne est reconnue comme invalide lorsqu'elle est en incapacité de travail depuis plus d'un an. Le médecin conseil de la mutualité du patient propose au conseil médical de l'invalidité de reconnaître la mise en invalidité. Celui-ci examine la proposition et décide si l'invalidité peut être reconnue.

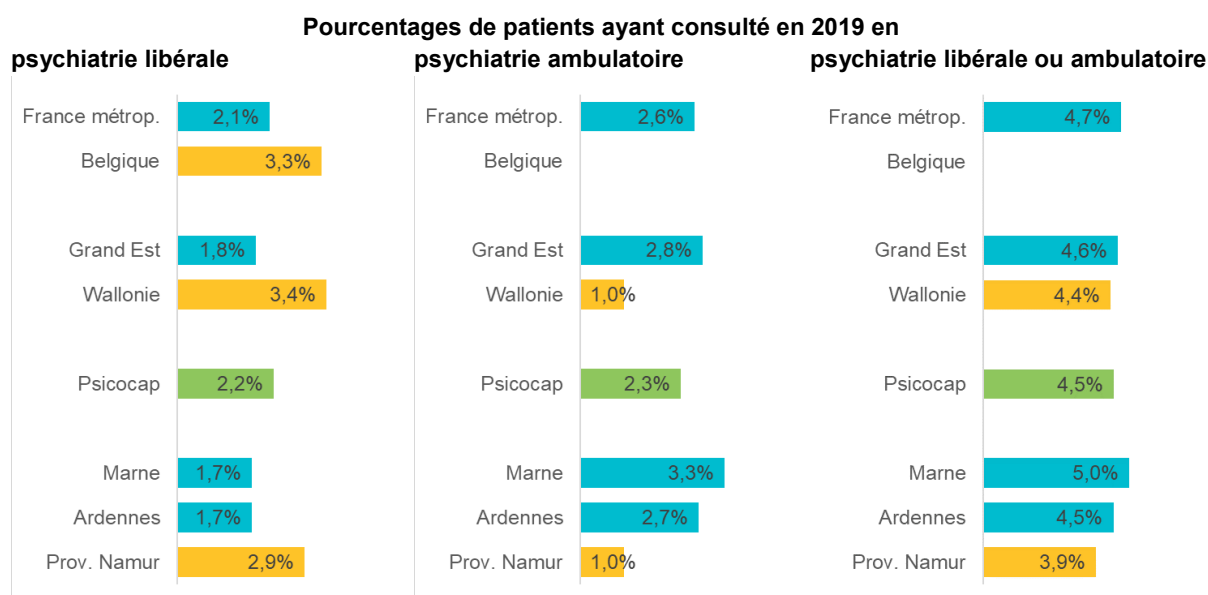
**France** : La pension d'invalidité est versée aux personnes ayant une capacité de travail réduite d'au moins 66 % à la suite d'un accident ou d'une maladie non professionnelle. Cette allocation est versée à titre provisoire et peut être suspendue, supprimée ou modifiée selon l'évolution de la situation du bénéficiaire.

# Consommation de soins

Le recours aux soins permet d'apporter plusieurs informations. D'une part, il permet de mieux estimer le nombre de personnes souffrant de handicap psychique en mesurant la demande de soins. D'autre part, il peut permettre d'évaluer si l'offre de soins est adaptée à cette demande.

## Consultations en psychiatrie

Les consultations de patients atteints de troubles psychiques permettent un suivi de la pathologie afin de favoriser le rétablissement et d'intervenir en cas de risque de crise. Ces consultations peuvent être effectuées auprès d'un psychiatre libéral ou en ambulatoire, principalement dans un centre médico-psychologique, en France, ou service de santé mentale (SSM), en Belgique.



En 2019, 2,2 % des personnes couvertes par l'assurance maladie (voir définitions) ont consulté un psychiatre libéral dans le territoire couvert par Psicocap. Le taux est beaucoup plus élevé dans la province de Namur (2,9 %) que dans les départements français (1,7 % dans les Ardennes et la Marne).

Les patients français semblent plutôt être pris en charge en psychiatrie ambulatoire. En effet, 2,7 % des Ardennais et 3,3 % des Marnais ont eu recours à ce type de consultation, soit environ trois fois plus qu'en province de Namur (1,0 %). Dans l'ensemble du territoire couvert par Psicocap, 2,3 % de la population ont consulté en ambulatoire en 2019.

Au total, 4,5 % de la population résidant dans le territoire couvert par Psicocap a consulté en psychiatrie libérale ou ambulatoire. Ce taux est probablement surestimé du fait que certains patients ont pu être comptés plusieurs fois (voir définition). Ce taux est plus faible dans la province de Namur (3,9 %) que dans les Ardennes (4,5 %) ou la Marne (5,0 %). D'après les entretiens effectués au cours du projet Psicocap, le manque d'offre dans certaines parties du territoire, notamment dans le sud de la province de Namur pourrait pousser une partie des patients à se tourner vers des médecins généralistes ; ce qui expliquerait certains écarts.

Sources :

**Belgique** : AIM (psychiatrie libérale), Aviq/SSM (ambulatoire)

**France** : SNDS-DCIRS (psychiatrie libérale), Atih-Rim-P (ambulatoire)

Définitions : **patients ayant consulté en psychiatrie libérale** :

**Belgique** : Nombre de patients remboursés pour un acte de psychiatrie libérale pour 100 bénéficiaires d'une assurance obligatoire (97 % de la population)

**France** : Nombre de patients remboursés pour un acte de psychiatrie libérale pour 100 patients ayant eu au moins un remboursement de l'assurance maladie au cours des 3 dernières années.

Définitions : **patients ayant consulté en ambulatoire** :

**Belgique** : Nombre de patients ayant consulté en ambulatoire dans services de santé mentale (SSM) pour 100 habitants

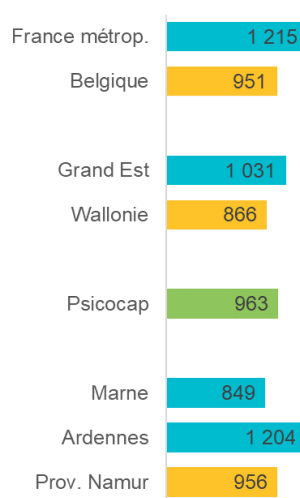
**France** : Nombre de patients ayant consulté en ambulatoire (principalement des centres médicaux psychologiques) pour 100 habitants. Les patients ayant consulté dans plusieurs établissements différents peuvent être comptés plusieurs fois.

Il est possible que certains patients ayant consulté en ambulatoire aient aussi consulté un psychiatre libéral. Par conséquent, l'addition de ces deux populations peut inclure des personnes comptées plusieurs fois.

## Hospitalisations

Au cours de la période 2016-2018, les patients résidant dans le territoire couvert par Psicocap ont effectué 12 569 séjours par an, en moyenne, en hôpital psychiatrique ou en section psychiatrique d'un hôpital général, soit un taux standardisé de 963 séjours pour 100 000 habitants. Ce taux est plus faible pour les Marnais (849 pour 100 000) et plus élevé pour les Ardennais (1 204 pour 100 000). Pour les patients de ce dernier département, le taux de séjours dépasse de 17 % le taux régional (1 031 pour 100 000 dans le Grand Est). Les habitants de la province de Namur ont effectué 956 séjours pour 100 000 habitants, soit un taux qui dépasse de 10 % le taux wallon (866 pour 100 000).

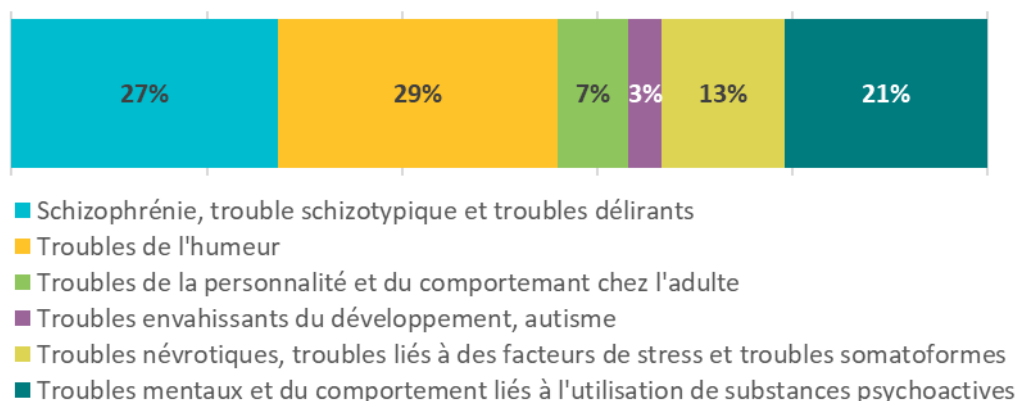
**Taux standardisés de séjours en hôpital psychiatrique pour 100 000 habitants en 2016-2018**



Au cours de la même période, les Marnais et les Ardennais ont effectué 7 291 hospitalisations par an pour trouble psychique, soit 91 % des hospitalisations pour trouble mental ou du comportement.

Les séjours pour troubles de l'humeur sont les plus nombreux (29 %) devant les séjours pour schizophrénie, trouble schizotypique ou trouble délirant (27 %). La répartition des séjours en Belgique n'a pas pu être établie du fait que les pathologies sont codées selon la DSM 4 dans ce pays alors qu'elles sont codées selon la CIM 10 en France. La correspondance entre ces deux codifications n'a pas pu être réalisée pour tous les séjours.

**Répartition des séjours en psychiatrie\* pour troubles psychiques par pathologie dans les Ardennes et la Marne en 2016-2018**



\* Hôpitaux psychiatriques pour la France, Hôpitaux psychiatriques et services psychiatriques des hôpitaux généraux pour la Belgique

Dans l'ensemble du territoire couvert par Psicocap, 16 % des séjours sont imposés par une obligation légale (voir définition). Ces types de séjours sont beaucoup plus fréquents en France qu'en Belgique. En effet, ils concernent 21 % des séjours dans les Ardennes et 20 % des séjours dans la Marne, soit environ deux fois plus que dans la province de Namur (10 %). Des recherches complémentaires seraient nécessaires pour identifier les causes de ces fortes différences.

Sources :

**Belgique** : RPM

**France** : Atih – Rim-P

Définitions :

**Belgique** : Séjours en hôpital psychiatrique ou en section psychiatrique des hôpitaux généraux, quelle que soit la durée, y compris les hospitalisations de jour.

**France** : Séjours en hôpital psychiatrique, quelle que soit la durée, y compris les hospitalisations de jour.

Les séjours sont calculés en fonction du lieu de domicile du patient à condition qu'ils aient lieu dans le même pays que le pays de résidence du patient. Ainsi, les patients français hospitalisés à l'étranger, y compris en Belgique, ne sont pas pris en compte.

Hospitalisations imposées par une obligation légale. Modalités retenues :

**Belgique** : mise en observation ; internement ; maintien en observation ; probation ; assistance à personne en danger

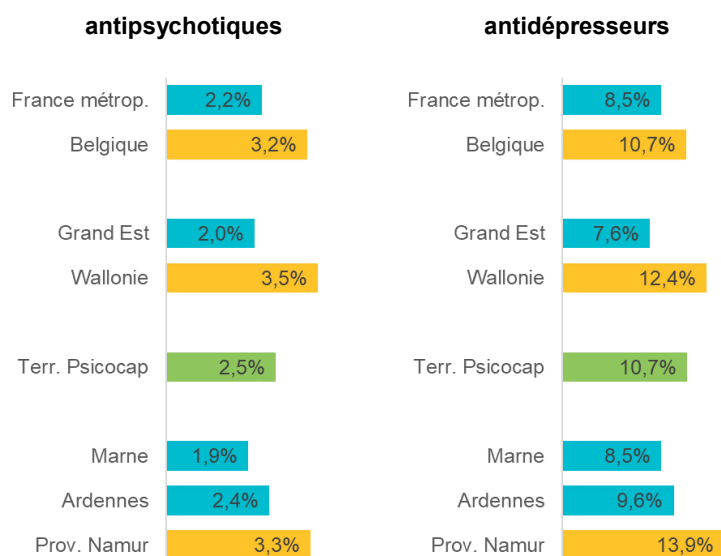
**France** : Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'état ; personnes jugées pénalement irresponsables ; ordonnance provisoire de placement ; détenus ; sur demande d'un tiers, péril imminent

## Consommation de médicaments

Les médicaments antidépresseurs font partie de la thérapie recommandée pour soigner les dépressions sévères, en complément d'une psychothérapie<sup>7</sup>.

Les antipsychotiques, ou neuroleptiques, sont des médicaments psychotropes utilisés pour traiter les symptômes des troubles psychotiques. Ils permettent de diminuer les hallucinations et les idées délirantes, de soulager les angoisses et d'atténuer l'agressivité<sup>8</sup>.

### Taux bruts de personnes ayant eu au moins un remboursement/prescription dans l'année 2019 de médicaments



En 2019, dans la province de Namur, 3,3 % de la population a eu au moins une prescription d'antipsychotiques, ce qui est proche du niveau wallon (3,5 %). En France, l'information disponible est légèrement différente. Elle concerne le nombre de personnes ayant eu au moins un remboursement pour 100 personnes couvertes par l'assurance maladie. Ces taux sont plus faibles qu'en Belgique (1,9 % dans la Marne et 2,4 % dans les Ardennes) et ils sont proches du niveau régional (2,0 % dans le Grand Est).

En 2019, dans la province de Namur, 13,9 % de la population a eu au moins une prescription d'antidépresseurs, ce qui est supérieur au niveau wallon (12,4 %) et belge (10,7 %). Dans les départements de la Marne (8,5 %) et des Ardennes (9,6 %), les taux de personnes remboursées pour au moins un antidépresseur dans l'année sont plus faibles qu'en Belgique, mais ils sont supérieurs au taux régional (7,6 % dans le Grand Est).

Les consommations de médicaments antipsychotiques et antidépresseurs relativement élevés en Belgique par rapport à la France, pourraient être dues au fait que les sédatifs, les hypnotiques et les anxiolytiques ne sont pas remboursés en Belgique, ce qui pourrait conduire à un report des prescriptions sur les antipsychotiques et les antidépresseurs. Des recherches complémentaires seraient nécessaires pour savoir si les pratiques de prescription des professionnels de santé sont différentes des deux côtés de la frontière.

Le seuil d'au moins un médicament prescrit ou remboursé dans l'année n'est pas suffisant pour caractériser des patients atteints de graves dépressions. L'Atlas de la santé mentale de L'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (l'Irdes) fixe plutôt ce seuil à 9 remboursements par an pour caractériser les troubles sévères. Ici, il n'a pas été possible de retenir ce seuil en raison de la non-disponibilité des données en Belgique.

<sup>7</sup> Zsambosky et al. (2021). Treating Child and Adolescent Depression and Anxiety in Primary Care. *The journal for nurse practitioners*

<sup>8</sup> Psy-infos. *Antipsychotiques* [En ligne]. Disponible sur <https://www.psy-infos.fr/antipsychotiques> [Consulté le 22/04/2022]

Sources :

**Belgique** : L'Agence Intermutualiste (AIM), Base des données sur les médicaments remboursés, Pharmanet

**France** : SNDS - DCIRS

Définitions :

**Belgique** : Nombre de patients ayant eu au moins une prescription de médicaments psychotropes dans l'année pour 100 habitants.

**France** : Nombre de personnes ayant été remboursées pour au moins un médicament psychotrope au cours de l'année pour 100 personnes couvertes par l'assurance maladie (personnes ayant reçu au moins un remboursement au cours des 3 dernières années).

**Classes ATC** :

Antipsychotiques : N05A

Antidépresseurs : N06A



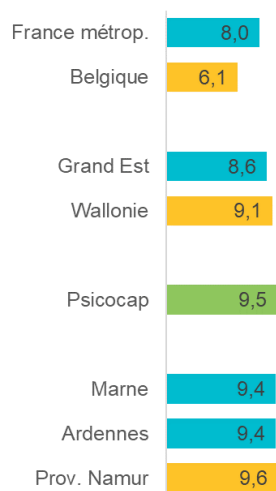
# Mortalité

Des travaux réalisés par Santé publique France<sup>9</sup>, montrent que les troubles mentaux non organiques (parmi lesquels on trouve les troubles psychiques) ont un fort impact sur l'état de santé physique des patients. En effet, lorsque ces types de troubles figurent en tant que cause associée au décès, l'âge moyen au décès est de 65,9 ans, soit environ 10 ans de moins que lorsque aucun trouble mental n'est associé au décès (76,2 ans). Les personnes atteintes de troubles mentaux liés à l'alcool ou de schizophrénie meurent encore plus jeunes (respectivement 59,6 ans et 59,8 ans, en moyenne). Les personnes atteintes d'un trouble mental ou du comportement meurent principalement d'une maladie cardiovasculaire (27 %), d'une tumeur (18 %) ou d'un suicide (11 %).

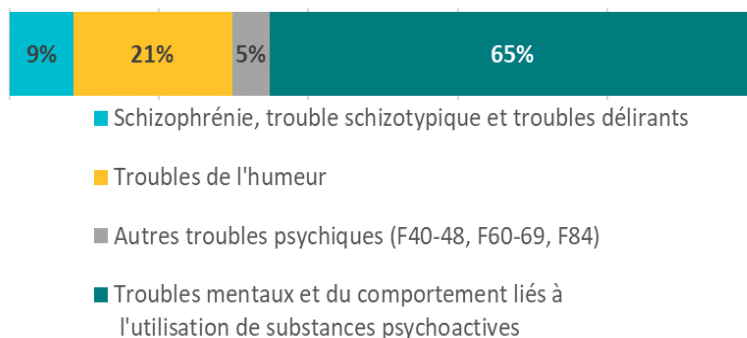
## Mortalité par troubles mentaux et du comportement

Les troubles mentaux et du comportement peuvent également figurer en tant que cause initiale au décès. En effet, entre 2012 et 2016, 1 213 personnes meurent en moyenne chaque année d'un trouble mental ou du comportement dans le territoire couvert par Psicocap dont 311 du fait d'un trouble psychique, soit 9,5 décès par trouble psychique pour 100 000 habitants. Ce taux est presque aussi élevé dans les Ardennes et la Marne (9,4 pour 100 000) que dans la province de Namur (9,6 pour 100 000), mais il est supérieur au taux wallon (9,1 pour 100 000) et au taux observé dans le Grand Est (8,6 pour 100 000).

**Taux standardisés de mortalité par trouble psychique en 2012-2016 pour 100 000 habitants**



**Répartition des décès par troubles psychiques selon la pathologie dans les Ardennes et la Marne en 2012-2016**



Dans les Ardennes et la Marne, les troubles mentaux liés à la consommation de substances psychoactives (F10-F19 de la CIM 10) représentent près des deux tiers des causes de mortalité par troubles psychiques (65 %) devant les troubles de l'humeur (21 %) et les schizophrénie, troubles schizotypiques ou troubles délirants (9 %).

Sources :

**Belgique** : Stabel - Etat Civil

**France** : Inserm - CépiDC

Définitions :

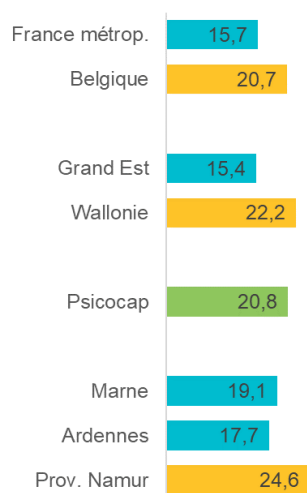
Les pathologies sont indiquées en tant que causes initiales de décès

<sup>9</sup> Catherine Ha, et al. *Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France en 2000-2013*. BEH n°23/2017. 24 octobre 2017

## Mortalité par suicide

L'étude réalisée par Santé publique France à partir des certificats de décès français de 2000 à 2013 montre que les suicides représentent 11,1 % des causes principales de décès lorsqu'un trouble mental ou du comportement est associé au décès, soit 8,5 fois plus que lorsque le décès n'est pas associé à un trouble mental ou du comportement (1,3 %).

### Taux standardisés de mortalité par suicide et intentions indéterminées en 2012-2016 pour 100 000 habitants



En 2012-2016, 254 personnes décèdent en moyenne chaque année des suites d'un suicide dans le territoire couvert par Psicocap. En tenant compte des décès pour lesquels l'intention est indéterminée, le nombre de décès annuel atteint 271, soit un taux standardisé de mortalité de 20,8 pour 100 000 habitants. Ce taux est plus élevé dans la province de Namur (24,6 pour 100 000) que dans les Ardennes (17,7 pour 100 000) et la Marne (19,1 pour 100 000).

Par rapport aux régions respectives auxquelles appartiennent les territoires couverts par Psicocap, le taux standardisé de suicide et intention indéterminée est plus élevée de 11 % dans la province de Namur, de 15 % dans les Ardennes et de 24 % dans la Marne.

#### Sources :

**Belgique** : Stabel - Etat Civil

**France** : Inserm - CépiDC

#### Définitions :

Codes CIM 10 retenus :

X60-X84 : Suicides

Y10-Y34 : Décès dont l'intention n'est pas déterminée

La prise en compte des causes de décès dont l'intention n'est pas déterminée permet de tenir compte du fait que lorsqu'il y a un doute sur l'intention ayant conduit au décès, une partie des suicides peut ne pas être identifiée en tant que telle. Suivant les régions et les pays, cette proportion peut être variable. Ainsi, la prise en compte des décès dont l'intention est indéterminée permet de limiter ce biais.

# Eléments à retenir

## Reconnaissance administrative du handicap et allocations

- Il n'existe pas de base de données officielle pour déterminer la prévalence du handicap
- La prévalence du handicap est mesurée à partir de la reconnaissance du handicap et de l'ouverture des droits qui en découlent.
- 87 557 personnes du territoire Psicocap ont une reconnaissance administrative de leur handicap.

## Limitations liées à des problèmes de santé

- Les données sur les limitations d'activité proviennent des enquêtes dont les résultats ne sont pas le plus souvent déclinés au niveau infranational.
- 25,2 % des personnes âgées de 15 ans ou plus présentent des limitations liées à des problèmes de santé en France. Cette proportion est de 22,6 % en Belgique.

## Prévalence du handicap psychique

- Les enquêtes ne mesurent pas directement la prévalence du handicap psychique
- 7,4 % des Wallons en 2018 et 4,0 % des Français en 2019 seraient atteints d'un trouble majeur dépressif

## Consultations en psychiatrie

- 4,5 % de la population du territoire Psicocap ont consulté un psychiatre libéral ou en psychiatrie ambulatoire en 2019
- Des consultations *a priori* plus nombreuses dans la Marne (5,0 % de la population) et moins nombreuses dans la province de Namur (3,9 %).

## Hospitalisations en psychiatrie

- 963 personnes pour 100 000 sont hospitalisées en psychiatrie en 2016-2018 dans le territoire Psicocap
- Le taux standardisé est plus élevé dans les Ardennes (1 204 pour 100 000) et plus faible dans la Marne (849 pour 100 000)

## Consommation de médicaments

- Les taux de personnes remboursées pour un antipsychotique (2,5 % de la population du territoire Psicocap) ou d'un antidépresseur (10,7 %) sont beaucoup plus élevés en Belgique qu'en France du fait peut-être du non-remboursement des anxiolytiques en Belgique

## Mortalité par troubles psychiques

- 9,5 personnes pour 100 000 décèdent d'un trouble psychique en 2012-2016
- Un taux supérieur au taux wallon (9,1) et au taux dans le Grand Est (8,6).

## Mortalité par suicide

- Le taux standardisé de mortalité par suicide ou intention indéterminée est plus élevé dans la province de Namur (24,6 pour 100 000) qu'en Wallonie (22,2)
- Ce taux est plus élevé dans les Ardennes (17,7) et dans la Marne (19,1) que dans le Grand Est (15,4) en 2012-2016.

# Interreg

France-Wallonie-Vlaanderen



UNION EUROPÉENNE  
EUROPESE UNIE



## PSICOCAP

Avec le soutien du Fonds européen de développement régional

Institut wallon de l'évaluation, de la prospective  
et de la statistique (IWEPS)



Route de Louvain-la-neuve, 2  
B-5001 Belgrade (Namur)

Tél : 32 (0)81 46 84 11

Fax : 32 (0)81 46 84 12

Site internet : [www.iweps.be](http://www.iweps.be)

E-mail : [info@iweps.be](mailto:info@iweps.be)

Observatoire régional de la santé Grand Est  
(ORS Grand Est)



Observatoire Régional de la Santé

Siège : Hôpital Civil – Bâtiment 02 – 1<sup>er</sup> étage  
1, place de l'Hôpital – 67091 STRASBOURG Cedex  
**Tél. : 03 88 11 69 80**

Site de Nancy : 2, rue du Doyen Jacques Parisot  
54500 Vandœuvre-lès-Nancy  
**Tél. : 03 83 67 68 69**

Site internet : [www.ors-ge.org](http://www.ors-ge.org) – E-mail : [contact@ors-ge.org](mailto:contact@ors-ge.org)