

SANTÉ MENTALE & PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

DELPHINE LABOJKA

Responsable Méthodes et Process

**CHRISTINE ABALAIN-CASTELA et
JACQUES-LOUIS BOUCHER**

Médecins-Conseil



La santé mentale	03
Les pathologies psychiatriques	04
L'approche de l'assureur	07
Conclusion	11
Le point de vue du juriste	11

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale correspond à un état de bien-être permettant à un individu de se réaliser pleinement, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté.

Actuellement dans le monde, les maladies mentales représentent la 5^{ème} cause de mortalité et de handicap et la 3^{ème} cause d'arrêt de travail et d'invalidité. 400 millions de personnes sont atteintes de troubles mentaux, neurologiques ou souffrent de problèmes psychosociaux.



Dans sa dimension positive, la santé mentale concerne aussi bien l'affect positif, autrement dit être heureux ou malheureux, que les dimensions de la personnalité : maîtrise, estime de soi, résilience, optimisme, impression de cohérence.

Dans sa dimension négative, la santé mentale recouvre deux aspects. La détresse psychologique, dont le degré d'intensité est à évaluer, et les maladies mentales, qui relèvent de la classification DSM (Diagnostic and Statistical of Mental disorders IV ou V) ou de la Classification Internationale des Maladies (CIM10 ou 11 Chapitre V).

DÉPRESSION : DES FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES

En matière de santé mentale, les facteurs de risque sont multiples et interactifs.

Il existe, tout d'abord, **des facteurs de prédisposition** : liés à la grossesse et à la naissance, ils peuvent aussi provenir d'expériences vécues dans la petite enfance, de l'environnement familial, de circonstances sociales, d'un environnement matériel, de l'éducation, des conditions d'emploi, de travail, de logement...

A ces éléments s'ajoutent **des facteurs de précipitation**, autrement dit des événements survenant au cours de l'existence, ainsi qu'un contexte social.

L'interaction entre tous ces facteurs entraîne une probabilité plus ou moins élevée de faire une dépression.

SYSTÈME DE SOINS ET PRISE EN CHARGE

La prise en charge des maladies mentales varie selon les pays ou les régions, en fonction des ressources disponibles.

Ainsi, plus le nombre de lits hospitaliers disponibles est important, plus la probabilité d'être hospitalisé est élevée. De même, plus la densité de psychiatres est faible, plus le suivi par des médecins généralistes est fréquent. Enfin, lorsque les psychothérapies ne sont pas remboursées, la consommation de psychotropes augmente, sans lien avec l'existence d'une réelle maladie mentale.

Ces disparités induisent une grande variabilité dans la prise en charge de ces pathologies. Pour une même maladie, le traitement sera aussi fonction du lieu de vie. Les résultats relevés sont donc à nuancer.

LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX AU TRAVAIL

La notion de risques psychosociaux (RPS) est encore assez floue. L'émergence des RPS d'origine professionnelle ne date que de quelques années. Ils font référence à des situations portant atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés, tels que le stress, le harcèlement moral, la violence, la détresse psychologique, ou les troubles musculo-squelettiques.

LE BURNOUT : UNE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Le burnout n'est pas une maladie mentale mais une détresse psychologique particulière, relative aux conditions de travail. Il a tout d'abord été décrit dans les professions soignantes avant d'être étendu aux enseignants puis aux professions en rapport avec le public. Un outil d'évaluation, l'échelle MBI (Maslach Burnout Inventory) le définit autour de trois critères : l'épuisement émotionnel (fatigue, froideur), la déshumanisation de la relation à l'autre (cynisme), la perte du sens de l'accomplissement de soi au travail (frustration, démotivation, inutilité). Les personnes souffrant de maladies mentales sont plus facilement sujettes au burnout car elles ont davantage tendance à considérer leur travail comme stressant et négatif.

Les pathologies psychiatriques

Les pathologies psychiatriques sont extrêmement variées et comprennent des maladies dont les traitements et pronostics sont différents : la dépression, les troubles bipolaires, la schizophrénie, etc... Les troubles du sommeil, par exemple, apparaissent souvent comme un indicateur de vulnérabilité psychiatrique. Ainsi, l'insomnie au cours de la 3^{ème} décennie (30-40 ans), en particulier, est un prédicteur de la dépression, et l'insomnie résiduelle, persistant après un traitement, un prédicteur de rechute.

LES DÉPRESSIONS SONT DE DIFFÉRENTS TYPES

En 2020, selon l'OMS, la dépression majeure représentera la 2^{ème} cause d'invalidité dans le monde, derrière les maladies cardiaques. La dépression représente donc un handicap global important.

Plusieurs types de dépression coexistent. Il convient de distinguer :

- la **dépression réactionnelle**, déclenchée par un événement,
- la **dépression névrotique**, due à une mauvaise gestion de l'insatisfaction,
- l'**incapacité à gérer** les problèmes affectifs et les conflits,
- la **dépression d'épuisement** (notamment dans les familles monoparentales),
- la **dépression endogène**, caractérisée par l'absence de facteurs déclenchants.

Leurs origines sont multiples et les symptômes associés, nombreux. Il peut s'agir de symptômes physiques, avec un manque d'énergie, une baisse de la concentration, des troubles alimentaires, du sommeil ; ou bien de symptômes émotionnels : sentiment de culpabilité, idées de suicide, perte d'intérêt, tristesse ; ou encore de symptômes associés comme la régression, les ruminations obsessionnelles, l'irritabilité, les préoccupations somatiques excessives, douleurs, pleurs, l'anxiété et la phobie.

L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR

L'épisode dépressif majeur (EDM), ou dépression majeure, est caractérisé par des symptômes survenant ensemble (coïncidence) et présents presque tous les jours (intensité) pendant une durée d'au moins deux semaines.

Cinq des symptômes ci-dessous doivent être présents au minimum, dont au moins un des deux premiers de la liste :

SIGNES DE DÉPRESSION MAJEURE

1. Humeur dépressive majeure présente pratiquement toute la journée.
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes les activités.
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours.
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou indécision presque tous les jours.
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes.

Trois niveaux de sévérité sont répertoriés : léger (avec au moins 5 symptômes), moyen (6 symptômes), sévère (7 symptômes). Dans tous les cas, il y a un retentissement, autrement dit une gêne significative, sur la vie quotidienne (travail, vie sociale).

Un EDM est traité selon un schéma précis, qui comprend un traitement de la phase aiguë puis de la phase de consolidation. La durée du traitement ne peut pas être inférieure à 6 mois d'antidépresseurs. Elle atteint un an, voire plus, en cas de rechute.

LE SUICIDE : UNE ISSUE DIFFICILE À PRÉVOIR

Si le risque majeur de la dépression est l'invalidité, cela ne doit pas occulter l'existence d'un risque de suicide.

D'après l'OMS, plus de 800.000 personnes meurent chaque année par suicide; il s'agit de la 15^{ème} cause de décès dans le monde en 2012. Ces chiffres révèlent des disparités d'un pays à l'autre. Ainsi, dans les pays aux revenus intermédiaires ou faibles, le taux de suicide des femmes est plus élevé.

A contrario, dans les pays à hauts revenus, le taux le plus élevé concerne les hommes d'âge mûr. Cette disparité induit un taux de suicide 57% plus élevé chez les hommes que chez les femmes au niveau mondial.

Le suicide survient quand le patient veut échapper à sa souffrance; ses signes annonciateurs sont difficiles à détecter. 60% des suicidants ont consulté un médecin généraliste dans le mois précédant une tentative, 36% dans la semaine précédant l'acte. Le suicide est lié à une fragilité particulière et n'est jamais la conséquence d'un seul "stresseur". Plus les comorbidités sont nombreuses, plus le risque de suicide augmente.

Selon la Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees - 2001), 155.000 tentatives de suicides (TS) sont dénombrées chaque année, en France, ainsi que 10.500 suicides, soit 2% des décès. 43% des suicidants sont récidivistes. Les tentatives concernent davantage les femmes que les hommes, mais ces derniers réussissent leur suicide trois à quatre fois plus que les femmes. 30% des suicides chez les hommes sont liés à des problèmes d'alcool. Les personnes âgées se suicident également plus que les jeunes.

LES TROUBLES BIPOLAIRES : UNE PATHOLOGIE COMPLEXE

Les troubles bipolaires frappent 1 à 2% de la population mondiale. Ils se caractérisent par des cycles au cours desquels alternent des phases d'excitation (manie) et d'épisodes dépressifs, entrecoupés de périodes calmes. Ces fluctuations de l'humeur ne sont généralement pas liées à des causes précises et l'intensité et la fréquence des cycles sont variables. 20% des bipolaires décèdent par suicide, soit un risque 30 fois plus élevé que dans la population générale.

Cette pathologie complexe souffre d'un retard dans le diagnostic et la prise en charge. Il existe pourtant des traitements efficaces: antidépresseurs, thymorégulateurs, anti-épileptiques, antipsychotiques. En traitement de fond, les thymorégulateurs ayant montré leur efficacité lors des phases aiguës doivent être maintenus.

TRAITEMENTS ET RISQUES DE RÉCIDIVE

Les objectifs des traitements sont de réduire la sévérité des symptômes, les troubles psycho-comportementaux, et le risque suicidaire. Les antidépresseurs sont souvent préconisés mais d'autres solutions peuvent être efficaces telles que les antiépileptiques, les antipsychotiques, la luminothérapie, la psychothérapie, la sismothérapie, les produits naturels, les exercices physiques.

Les facteurs influençant le risque de récurrence sont connus : antécédents d'épisodes dépressifs récurrents, épisodes de durée prolongée, antécédents familiaux, raccourcissement de l'intervalle entre les épisodes, symptômes résiduels, mauvaise adaptation au travail et dans la vie de couple, traitements inadaptés. Après une dépression, la probabilité de récurrence est de 50 % après un EDM, de 70 % après deux épisodes, et de 90 % après trois épisodes.

Certains éléments constituent aussi des obstacles à la rémission : les stressés aigus et chroniques, la sévérité et la durée de l'épisode dépressif, les échecs des traitements antérieurs, l'anxiété, les symptômes somatiques douloureux, troubles de la personnalité, abus de substances psycho-actives, maladies somatiques.

COMORBIDITÉS ET RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

D'autres pathologies peuvent également s'ajouter. Ainsi, les comorbidités associées aux dépressions sont tant somatiques que psychiatriques. Du point de vue somatique, ce taux de comorbidité est de :

- 26 à 34 % pour les accidents vasculaires cérébraux,
- 15 à 33 % pour l'infarctus du myocarde,
- 33 à 35 % pour les douleurs chroniques.

De même, au niveau psychiatrique, il est observé⁽¹⁾ que 58 % des patients dépressifs ont un trouble anxieux sur la vie entière, plus de 24 % ont une phobie, près de 20 % souffrent d'un stress post-traumatique, 17 % d'une anxiété généralisée, 37 % ont une dépendance soit chimique, soit à l'alcool. Les patients souffrant de dépression décèdent plus tôt notamment du fait de leurs pathologies organiques associées (affections cardiaques, par exemple).

L'absentéisme au travail est plus important au cours d'une dépression que dans le cas d'autres maladies chroniques : il est 2,5 fois plus élevé que dans la population générale.

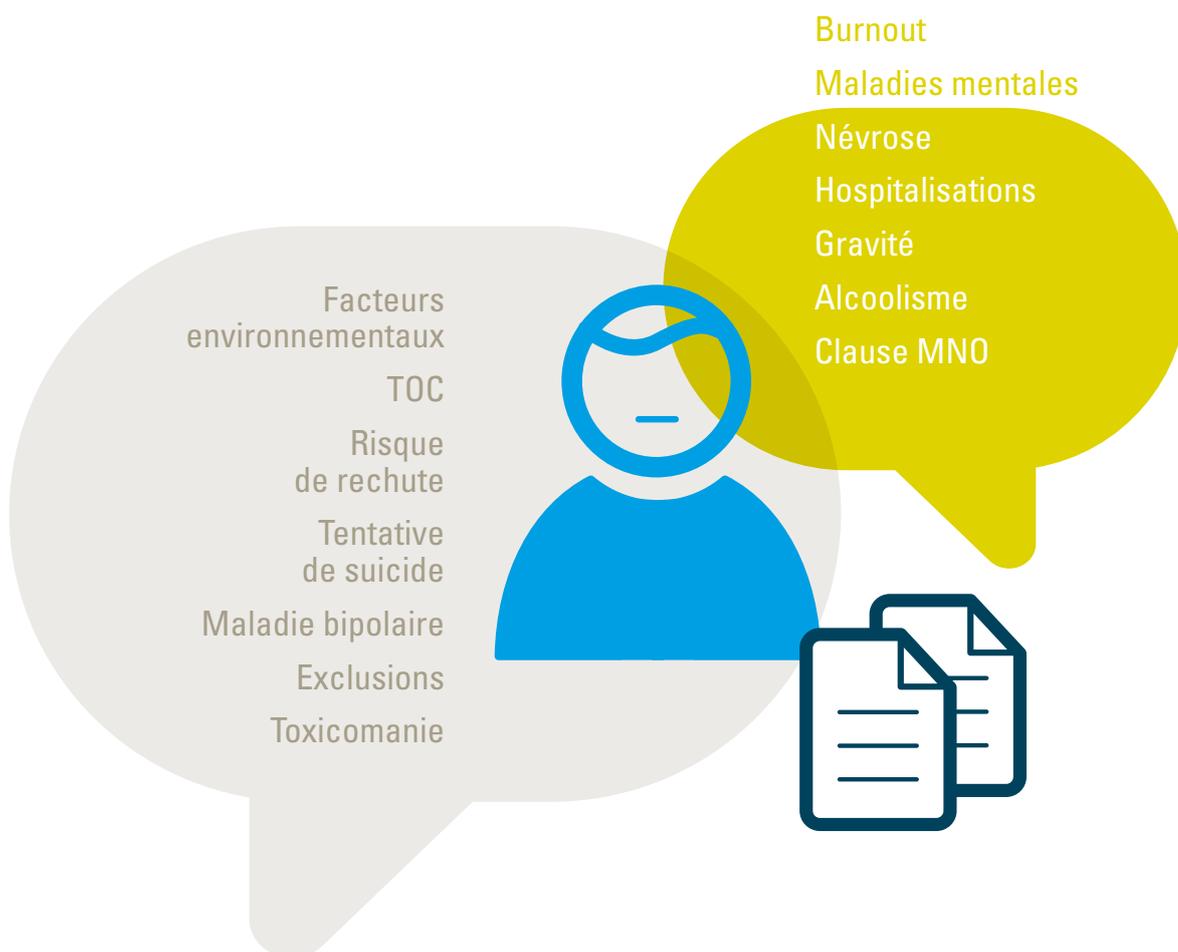
(1) Kessler et al. Comorbidity of DSM-III-R Major Depressive Disorder in general population: Results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168 (suppl.30): 17-30

L'approche de l'assureur

Dans les pays occidentaux, les affections psychiques font partie des trois premières causes d'arrêt de travail et d'invalidité. Lors de l'appréciation de ce risque, l'assureur est confronté aux difficultés inhérentes au caractère non objectivable des troubles mentaux (maladie non objectivable : MNO) et aux enjeux considérables.

La constitution du dossier de sélection fournit des informations sous un format précis. Le dispositif actuel repose sur un questionnaire médical d'adhésion général complété par l'intéressé. Quand une réponse en lien avec une affection psychique apparaît, un second questionnaire médical ciblant spécifiquement les affections neuropsychiques est alors adressé au contractant qui le fera compléter par le médecin ou le psychiatre.

Ces questionnaires sont imprécis ou incomplets; ce qui rend leur exploitation difficile. L'une des pistes d'amélioration pour l'assureur est donc une meilleure adaptation des questionnaires spécifiques afin d'obtenir les informations les plus fiables possible concernant le pronostic de la maladie.



SIX CRITÈRES D'APPRECIATION DU RISQUE

L'appréciation du risque psychiatrique repose sur six critères incontournables :

- **Le diagnostic** (importance de l'évolution de la maladie).
- **La recherche des antécédents**: date du dernier épisode, nombre d'épisodes.
- **Les traitements**: leur nature, chronologie, efficacité.
- **Les hospitalisations**: à partir du bulletin de situation du patient et du compte-rendu hospitalier.
- **Le risque de suicide**: évalué via une grille bien définie. Risque réservé pour l'assureur après trois tentatives.
- **Les facteurs environnementaux**: contexte professionnel et familial.

Le rapport au temps est un élément clé: un recul minimum est nécessaire avant d'étudier l'assurabilité d'un risque psychiatrique. Des dépressions séparées de dix voire vingt ans, par exemple, ne peuvent être reliées. Si la dépression remonte à 25 ans, il est possible de parler de guérison.

DÉPENDANCE, DÉCÈS, GARANTIES COMPLÉMENTAIRES : COMMENT TARIFER ?

L'approche de l'assureur varie en fonction de la garantie demandée.

Approche de la garantie Dépendance : la psychiatrie est la 1^{ère} cause de refus des contrats dépendance. La seule possibilité d'acceptation en dépendance partielle ou totale concerne un sujet ayant une dépression stable, traitée par un anxiolytique ou un antidépresseur, ou un sujet guéri.

Approche de la garantie Décès : les **affections névrotiques** (TOC - Troubles Obsessionnels Compulsifs, dépression, maladie bipolaire) sont les plus simples à tarifier, avec en général des surmortalités "raisonnables" en décès. Les **psychoses** (schizo-affectives, paranoïas, autres délires), même stabilisées, sont plus complexes à appréhender. Si les facteurs environnementaux sont favorables, une tarification moyennant une surmortalité élevée en décès est envisageable.

Approche des Garanties Complémentaires :

les garanties complémentaires (arrêt de travail, invalidité) représentent un risque difficilement assurable. Toutefois, si le contexte est favorable, elles peuvent être acceptées avec exclusion des affections psychiques. Des aménagements tels que l'allongement de la franchise ou un raccourcissement de la durée de prise en charge sont également possibles.

D'une manière générale, s'agissant des maladies neuropsychiatriques, l'exclusion est de mise.

Une exclusion partielle cerne en principe les dépressions endogènes, réactionnelles et névrotiques, les troubles anxieux, l'épuisement, le burnout, le syndrome de fatigue chronique et/ou secondaire à l'abus d'alcool, l'usage de drogue ou de médicaments. Une exclusion partielle cerne également des manifestations telles que la fibromyalgie et autres douleurs chroniques sans étiologie organique, les manifestations liées ou imputables au stress et les troubles du sommeil avec hypersomnie ou insomnie.

S'agissant des troubles de l'humeur, du comportement, de la personnalité et autres TOC, psychoses aiguës ou chroniques, l'approche de l'assureur reste au cas par cas.

LA SÉLECTION DES RISQUES

CONSTITUTION	APPROCHE RÉSERVÉE	APPROCHE EN SÉLECTION NUANCÉE EN FONCTION
CERTIFICAT MÉDICAL <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic précis • Épisodes (<i>date, nombre et recul</i>) • Traitements (<i>actuels et antérieurs</i>) • Hospitalisations éventuelles (<i>dates et durées</i>) • Arrêts de travail éventuels (<i>dates et durées</i>) • Ou invalidité éventuelle 	Antécédents d'alcoolisme ou de toxicomanie	Du diagnostic exact (névrose VS psychose)
	Entre la 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année, fonction ou diagnostic	Du critère de gravité (mineur, modéré et majeur)
	La 1 ^{ère} année en cas d'hospitalisation	De la stabilité de la maladie
Facteurs environnementaux Situation socio-professionnelle	Les 2 à 3 premières années, en cas de TS	Des Conditions Générales et leurs restrictions (les exclusions des affections psychiatriques): partielles ou totales
	Facteurs de comorbidités (traitement non suivi...)	Des garanties souscrites → vigilance accrue pour les garanties complémentaires
Tentative de suicide éventuelle → à tarifer séparément		Durée d'évolution de la maladie et de la situation socio-professionnelle

DEUX PRINCIPES DANS LA GESTION DU SINISTRE

La gestion du sinistre en lien avec des affections psychiatriques repose sur une analyse précoce, dès constitution du dossier, de l'appréciation de l'état actuel de la personne et du diagnostic. L'analyse s'effectue en fonction des garanties mises en jeu et de leur définition mais également au regard de la formulation de la clause d'exclusion.

En l'absence d'exclusion: la prise en charge des troubles psychiatriques et de l'arrêt de travail se fait de façon standard. La première question est de savoir si l'arrêt de travail est justifié. La réponse passe par une étude du dossier sur pièces, afin de connaître le motif de l'arrêt qui figure sur l'arrêt initial et sur les prolongations. Il convient également de rechercher l'état antérieur, l'état actuel, le diagnostic.

En cas d'exclusion partielle: la prise en charge repose sur des conditions spécifiques et leur gestion est relativement simple. Elle est rapide, sous réserve de renseignements très précis quant à la cause de l'arrêt et des prolongations. 90 % de ces sinistres sont gérés sur pièces, sans recours à l'expertise.

En cas d'exclusion totale: l'analyse du dossier privilégie également la gestion sur pièces. La prise en charge est refusée sur la base de l'application stricte du contrat, avec un motif bien exprimé et une exclusion claire. L'expertise n'est pas utile d'emblée.

L'EXPERTISE MÉDICALE : À QUEL MOMENT ?

L'expertise psychiatrique, effectuée habituellement par un médecin généraliste, est une vraie mission avec des objectifs précis : recherche d'antécédents et analyse des capacités de l'assuré. La biographie doit être minutieuse et comprend la recherche de facteurs environnementaux (environnement psycho-affectif et économique du patient).

La durée moyenne d'une dépression étant de 8 mois et celle d'une hospitalisation d'environ un mois, la mise en place de la première expertise intervient autour du 5^{ème} ou 6^{ème} mois. A ce stade, neuf fois sur dix, le médecin expert est d'accord avec l'arrêt de travail. Une seconde expertise est diligentée vers le 9^{ème} mois : très souvent, l'expert décide à ce moment que le patient

est apte à reprendre le travail et le dossier s'arrête. Face à une situation grave, la prolongation de l'arrêt peut toutefois être décidée et une 3^{ème} expertise, pour laquelle un psychiatre sera missionné, est alors nécessaire.

CONCLUSION

Nonobstant les difficultés à évaluer une maladie non-objectivable, l'appréciation du risque psychiatrique peut se baser sur des critères objectifs obtenus par le biais de questionnaires spécifiques.

Les centres R&D de SCOR Global Life se consacrent aux domaines spécifiques de l'évaluation des risques et de la gestion des sinistres. Fortes de cette expertise, nos équipes travaillent en étroite collaboration avec nos partenaires afin de les aider à développer des stratégies de sélections spécifiques.

N'hésitez pas à contacter les équipes locales et à consulter nos différentes publications médicales : www.scor.com.

LE POINT DE VUE DU JURISTE – L' EXEMPLE FRANÇAIS

L'assureur dispose de la liberté d'exclure les maladies psychiatriques, sous réserve que la clause réponde à certaines conditions de fond et de forme. La clé de lecture de la décision d'un juge consiste à s'assurer de la parfaite information de l'assuré, de la réalité de son consentement libre et éclairé.

Sur la forme :

la clause doit être visible. L'article L112-4 du Code des Assurance stipule que le contrat d'assurance doit être rédigé en caractères apparents et que les clauses des polices édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ne sont valables que si elles sont mentionnées en caractères très apparents.

L'exclusion doit, par ailleurs, être connue et acceptée de l'assuré.

Sur le fond :

l'article L113-1 du code des assurances stipule que les pertes et dommages occasionnés par des cas fortuits ou causés par la faute de l'assuré sont à la charge de l'assureur, sauf exclusion formelle et limitée contenue dans la police.

Une clause d'exclusion est non formelle et non limitée dès lors qu'elle est interprétable : elle doit donc être claire et transparente pour le souscripteur.

Trois décisions récentes de jurisprudence illustrent la validité ou non de clauses d'exclusion :

- La Cour d'Appel d'Aix en Provence, en octobre 2013, n'a pas validé un contrat qui contenait comme exclusion les termes «maladies mentales», estimant que cette expression n'était pas limitée.
- La Cour d'Appel d'Amiens, le 20 novembre 2014, a rejeté une clause pour formulation imprécise : le contrat stipulait que le souscripteur restait assuré en cas d'invalidité accidentelle, sous-tendant qu'en cas de maladie, il ne l'était pas.
- La Cour d'Appel de Pau, en octobre 2014, a accepté une clause d'exclusion remise en question par un assuré qui se trouvait dans un état dépressif suite à une agression et qui souhaitait faire un distinguo entre cause interne et cause externe à la dépression. La Cour a estimé que la clause n'entraînait aucune interprétation.

Éditeur

Paolo De Martin

life@scor.com

© Décembre 2015 - ISSN : 2417-5021

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage, sur quelque support que ce soit, sans autorisation de l'Éditeur. SCOR fait ses meilleurs efforts pour assurer l'exactitude de l'ensemble des informations fournies et décline toutes responsabilités en cas d'imprécision, inexactitude ou omission.

Crédit photos © Nathalie Oundjian.

SCOR
Global Life

SCOR Global Life
5, avenue Kléber - 75795 Paris Cedex 16
France
www.scor.com