

AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES

Code CIM 10 : F20-F29 ; F31 ; F33-F34 ; F 40-F41

Contexte national

- ⇒ Il est utile de préciser pour ne pas les confondre, même si cela n'est pas toujours évident, les termes de santé mentale et de pathologie mentale¹. Une étude faisant désormais référence² distingue ainsi trois dimensions de la santé mentale : diagnostic psychiatrique, détresse psychologique et dysfonctionnement social. Selon cette enquête, une faible part (moins de 3%) de la population présenterait concomitamment les trois problèmes. Les maladies mentales n'ayant pas de définition biologique, on se réfère à des classifications internationales consensuelles : le chapitre F de la Classification Internationale des Maladies CIM 10 (pour 10^{ème} révision), le manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux ou DSM-IV (pour 4^{ème} révision). Si le DSM-IV se situe davantage dans une perspective de santé publique, nous nous référons, pour des raisons d'homogénéité, dans ce document, sur les maladies chroniques, à la CIM 10 utilisée pour les autres pathologies.
- ⇒ Dans le cadre de cet état des lieux où les maladies prises en compte ont comme dénominateur commun la chronicité, on peut aussi se centrer sur les pathologies retenues dans la loi de santé publique : les psychoses et les troubles névrotiques récurrents (voir encadré sur les définitions). Les symptômes sont souvent invalidants et marginalisants.
- ⇒ Une enquête "Santé mentale en population générale" (SMPG) menée en France métropolitaine entre 1999 et 2003 auprès de 36 000 personnes de 18 ans et plus³ révèle, si on s'en tient aux troubles récurrents, que 6% de la population française adulte souffrent de troubles dépressifs. Par ailleurs, 13% des adultes déclarent avoir souffert de troubles anxieux durant les six derniers mois. Selon l'European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), près de 6% de la population ont souffert d'épisodes dépressifs majeurs dans les 12 derniers mois, mais seulement 2,1% de troubles anxieux majeurs. Pour expliquer les écarts sur ce dernier point entre les résultats de ces enquêtes, les auteurs évoquent des éléments de méthode mais aussi l'association fréquente du trouble anxieux lors d'un épisode dépressif. Quoi qu'il en soit, les femmes semblent plus souvent sujettes aux épisodes dépressifs et aux troubles anxieux. Enfin, dans l'enquête SMPG, 2,8% de la population présente des "syndromes d'allure psychotique", les hommes étant cette fois plus touchés que les femmes (3,1% vs 2,5%).

Définitions

Psychoses

Une psychose est un trouble mental caractérisé par la perte du contact avec la réalité, une désorganisation de la personnalité, et la transformation du vécu.

Les psychoses sont soit chroniques (regroupant les délires chroniques, la schizophrénie, la paranoïa, la psychose hallucinatoire...) soit aiguës (psychose maniaco-dépressive ou trouble bipolaire, bouffées délirantes aiguës...).

¹ Santé mentale, Santé Bourgogne, n°50, avril 2005.

² JA. CIARLO et al. The Colorado social health survey of mental health service needs. Evaluation and Program Planning. 1995, 15, 133-147.

³ V. BELLAMY avec la collaboration de J-L. ROELANDT, A. CARIA, Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale, Drees, études et résultats n°347, octobre 2004.

Névroses

Les névroses sont des maladies de la personnalité qui n'entraînent pas de perte de contact avec la réalité et, théoriquement, pas de troubles graves du comportement. Les névroses s'expriment par des troubles dont les malades sont conscients et dont la survenue est liée à des "traumatismes" psychologiques (récents ou anciens). Dans l'esprit du malade, en effet, la réalité ne présente aucune altération profonde. Les troubles névrotiques ne diminuent pas les facultés mentales du malade. Il garde toute sa lucidité, toute sa raison, encore que cette dernière apparaisse sensiblement infléchie et le conduise parfois à des comportements peu compréhensibles.

On distingue diverses sortes de névroses : la névrose d'angoisse, le trouble panique, la névrose phobique, la névrose obsessionnelle...

Programmes nationaux d'actions, de prévention et de prise en charge

Le Ministère de la santé et des solidarités a mis en œuvre un plan *Psychiatrie et santé mentale 2005-2008*, qui vise à "donner un nouveau souffle" à ce champ d'activité en développant une prise en charge de qualité, en décloisonnant les interventions des divers acteurs, en renforçant l'information et la place des usagers, et en favorisant les bonnes pratiques ainsi que le recueil d'informations épidémiologiques et médico-économiques.

Objectifs de la Loi de santé publique

La loi de santé publique a fixé comme objectifs d'ici à 2008 :

57 - *Psychoses délirantes chroniques : diminuer de 10% le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité*

59 et 60 - *Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques :*

- *diminuer de 20% le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques non reconnus*
- *augmenter de 20% le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique*

61 - *Psychoses délirantes chroniques, troubles bipolaires, troubles dépressifs, troubles névrotiques et anxieux : réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont en elles-mêmes des facteurs d'aggravation"*

Objectifs du Plan régional de santé publique de Bourgogne

Le Plan régional de santé publique de Bourgogne a retenu parmi ses principaux objectifs :

Améliorer la prévention, la détection et la prise en charge de la souffrance psychique des individus

Principaux indicateurs relatifs aux affections psychiatriques en Bourgogne

- ❖ En 2005, plus de 85 000 Bourguignons ont bénéficié d'au moins 6 délivrances de tranquillisants, 7 300 d'antidépresseurs, 1 750 d'antipsychotiques et 1 360 de médicaments pour réduire l'abus d'alcool.
- ❖ En 2002 on a dénombré 8 750 séjours d'habitants de la région en soins de courte durée (MCO), motivés par des troubles mentaux. Par ailleurs, 20 000 hospitalisations ont été comptabilisées en 2004 dans les services hospitaliers de psychiatrie.
- ❖ Au cours d'une année, 33 500 habitants de Bourgogne sont accueillis dans les secteurs psychiatriques généraux et 11 400 enfants et adolescents dans ceux de psychiatrie infanto-juvénile.
- ❖ La Bourgogne présente toujours en 2001-2003 une surmortalité par suicide, masculine comme féminine, par rapport à la moyenne nationale.

Plusieurs sources de données sont utilisées.

Les **données de morbidité** de la population générale proviennent :

- de **l'assurance maladie** (extraits des fichiers de consommations de médicaments "traceurs").

- de la **Drees** :

extraits du **PMSI** sur les séjours hospitaliers de 2000 à 2002. Ces données permettent de dénombrer les maladies ou événements morbides « aigus » à l'origine d'un séjour hospitalier (indiqués comme motif principal). Elles concernent les séjours effectués dans les unités de soins de courte durée médecine chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés. Les séjours sont affectés au lieu de résidence du patient : il s'agit de données domiciliées. *Des séjours hospitaliers au cours d'une année peuvent concerner la même personne, tandis que tous les patients atteints d'une maladie chronique n'ont pas nécessairement recours à des soins hospitaliers chaque année.*

La **Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE)** de 2004.

Enquête sur les **secteurs psychiatriques** en 2000.

Les **données de mortalité** proviennent de l'Inserm CépiDc. Les plus récentes au moment de la réalisation de ce document datent de 2003.

MORBIDITÉ

Les sources utilisées sont ici :

❖ **Les fichiers médicaux de l'assurance-maladie dans le cadre de la consommation de médicaments psychotropes.**

Selon les services médicaux des caisses d'assurance-maladie, les données d'Affections Longue Durée approchent imparfaitement la prévalence et l'incidence des affections psychiatriques, du fait que s'y trouve rassemblé un ensemble hétérogène d'affections graves. Les affections psychiatriques de longue durée comprennent en effet les psychoses, les troubles névrotiques sévères, les troubles graves de la personnalité et du comportement, mais aussi les déficiences intellectuelles et les troubles graves du développement durant l'enfance (retard mental, autisme...).

Cependant on note l'importance de ce motif parmi les ALD (1,6 pour 100 de la population en 2004)⁴. En outre, selon la Cnamts "*il existe une corrélation étroite entre taux d'affections psychiatriques de longue durée et consommation de neuroleptiques*", observée dans le sud de la France et en Bretagne.

- ❖ **Une exploitation des données du PMSI redressées par la Drees 1998-2002**
- ❖ **Une exploitation de l'enquête SAE 2004**
- ❖ **Une exploitation des résultats de l'enquête sur les secteurs psychiatriques en 2000**
- ❖ **Les statistiques du Rectorat concernant les enfants atteints de maladies chroniques bénéficiant d'un suivi particulier de la part des médecins de santé scolaire.**

Consommation de médicaments psychotropes

Il s'agit de consommateurs (ou "consommants" pour l'assurance maladie) de traitements **prescrits et délivrés en ville**. Les patients consommant des médicaments délivrés par les médecins hospitaliers (dans le cadre de consultations en CMP notamment) ne sont donc pas dénombrés ici (cf. plus loin les patients des files actives des secteurs psychiatriques).

Parmi les médicaments psychotropes, on retiendra et on distinguera ci-après :

- ❖ les anti-psychotiques (ou neuroleptiques), prescrits en général aux patients psychotiques chroniques en ambulatoire,
- ❖ les tranquillisants prescrits à une grande partie de la population en mal-être anxieuse,
- ❖ les anti-dépresseurs, également largement prescrits, mais en particulier aux personnes présentant des troubles dépressifs soit névrotiques soit bi-polaires (alternance de phases de dépression et d'agitation),
- ❖ les médicaments pour le traitement des dépendances à l'alcool.

⁴ N. VALLIER, B. SALANAVE, A. WEILL, Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée, Cnamts, Points de repère n°1, août 2006.

Consommation de médicaments anti-psychotiques

En 2005, on a dénombré 1 750 consommateurs de médicaments anti-psychotiques en Bourgogne. Si on rapporte à la population susceptible d'être concernée, cela représente 1 pour 1 000 personnes protégées par les régimes général et agricole. Le taux varie selon les départements de 0,6 en Côte d'Or à 1,4 en Saône-et-Loire.

Nombre de consommateurs hommes et femmes d'antipsychotiques dans les départements de Bourgogne en 2005

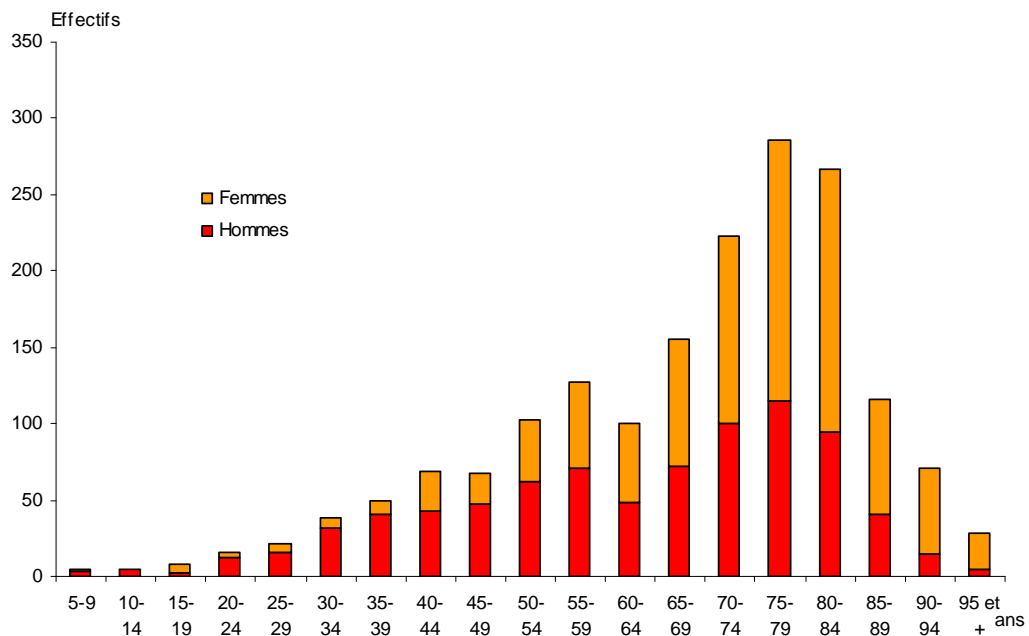
	Côte d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne
Hommes	158	114	328	190	820
Femmes	162	124	456	189	931
Ensemble	320	268	784	379	1 751

Sources : URCAM, DRSM, ARCMSA Bourgogne

Pour les consommations d'antipsychotiques, les femmes sont majoritaires (53%), caractéristique surtout observée en Saône-et-Loire (58%). Les hommes le sont jusqu'à 60 ans, puis les femmes deviennent plus nombreuses, l'écart s'amplifiant avec l'âge. Ce constat peut refléter la prescription différente de ce médicament selon l'âge : à faibles doses, il peut être employé non pour traiter des psychoses mais aussi pour atténuer des agitations chez les personnes âgées présentant d'autres troubles (démences).

Le nombre de consommateurs de médicaments antipsychotiques augmente jusqu'à 75-79 ans, diminue légèrement entre 80 et 84 ans, et nettement à partir de 85 ans.

Nombre de consommateurs d'antipsychotiques en Bourgogne, selon l'âge et le genre, en 2005



Sources : URCAM, DRSM, ARCMSA Bourgogne

Consommation de médicaments tranquillisants

En 2005, on a dénombré plus de 83 000 consommateurs (plus de 6 délivrances dans l'année) de médicaments tranquillisants en Bourgogne. Si on rapporte à la population susceptible d'être concernée, cela représente 52 pour 1 000 personnes protégées par les régimes général et agricole. Le taux varie selon les départements de 40 pour 1 000 en Côte d'Or à 60 en Saône-et-Loire.

Nombre de consommateurs hommes et femmes de tranquillisants dans les départements de Bourgogne en 2005

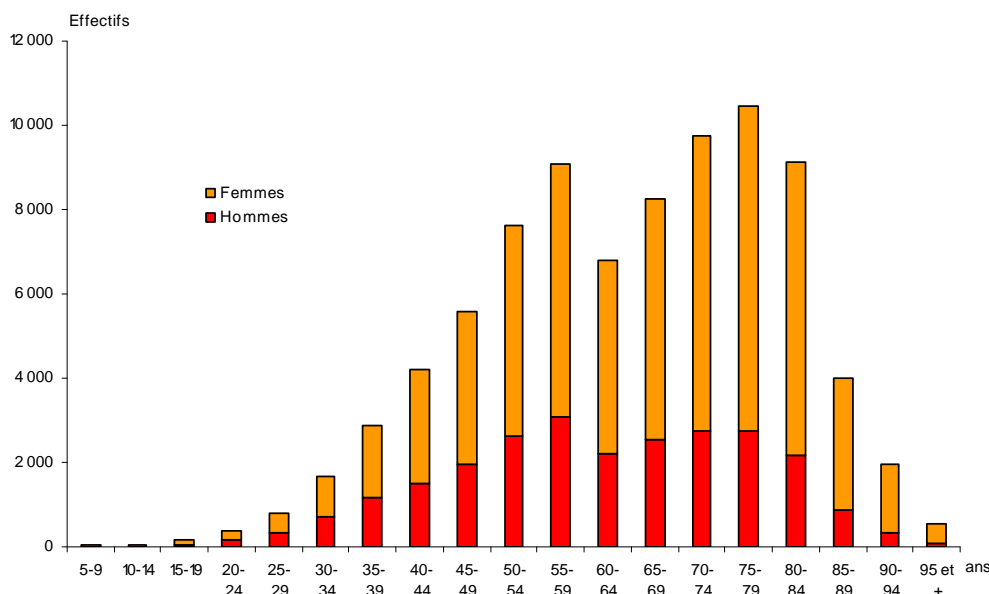
	Côte d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne
Hommes	5 976	3 930	10 063	5 387	25 356
Femmes	14 303	9 137	22 453	12 023	57 916
Ensemble	20 279	13 067	32 516	17 410	83 272

Sources : URCAM, DRSM, ARCMSA Bourgogne

Plus des deux tiers des consommateurs de tranquillisants sont des femmes (70%). Les femmes sont très largement majoritaires, sauf avant 15 ans mais les effectifs sont réduits (70 enfants au total).

Le nombre de consommateurs de médicaments tranquillisants augmente fortement jusqu'à 55-59 ans, puis après une diminution chez les 60-64 ans, les effectifs s'accroissent à nouveau jusqu'à 75-79 ans pour diminuer légèrement entre 80 et 84 ans, et nettement à partir de 85 ans.

Nombre de consommateurs de tranquillisants en Bourgogne selon l'âge et le genre en 2005



Sources : URCAM, DRSM, ARCMSA Bourgogne

Consommation de médicaments antidépresseurs

En 2005, on a dénombré plus de 7 300 consommateurs de médicaments antidépresseurs (plus de 6 délivrances dans l'année) en Bourgogne. Si on rapporte à la population susceptible d'être concernée, cela représente 4,5 pour 1 000 personnes protégées par les régimes général et agricole. Le taux varie selon les départements de 3 pour 1 000 en Côte d'Or à 6 en Saône-et-Loire.

Tableau de bord sur les maladies chroniques en Bourgogne Chapitre 4 - Affections psychiatriques

Nombre de consommateurs hommes et femmes d'antidépresseurs dans les départements de Bourgogne en 2005

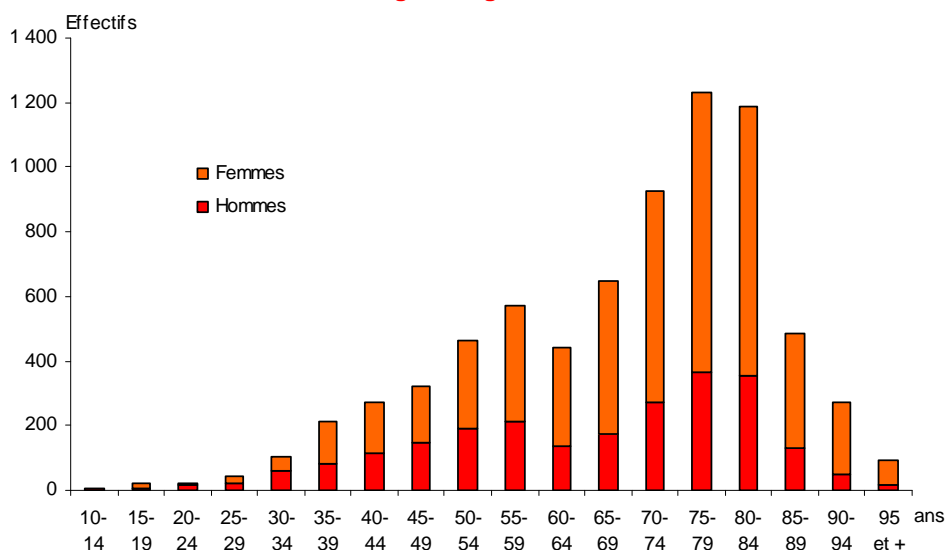
	Côte d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne
Hommes	488	351	1 003	502	2 344
Femmes	1 004	683	2 316	974	4 977
Ensemble	1 492	1 034	3 319	1 476	7 321

Sources : URCAM, DRSM, ARCMSA Bourgogne

Plus des deux tiers des consommateurs d'antidépresseurs sont des femmes (68%), elles sont largement majoritaires à partir de 35 ans.

Le nombre de consommateurs de médicaments tranquillisants augmente jusqu'à 55-59 ans, puis après une diminution chez les 60-64 ans, les effectifs s'accroissent à nouveau jusqu'à 75-79 ans pour diminuer très légèrement entre 80 et 84 ans, et nettement à partir de 85 ans.

Nombre de consommateurs d'antidépresseurs en Bourgogne selon l'âge et le genre en 2005



Sources : URCAM, DRSM, ARCMSA Bourgogne

Consommation de médicaments "antialcooliques"

En 2005, on a dénombré plus de 7 300 Bourguignons ayant consommé des médicaments "antialcooliques". Si on rapporte à la population susceptible d'être concernée, cela représente 0,8 pour 1 000 personnes protégées par les régimes général et agricole. Le taux varie selon les départements de 0,6 pour 1 000 en Côte d'Or à 1,1 dans la Nièvre.

Nombre de consommateurs hommes et femmes de médicaments "antialcooliques" dans les départements de Bourgogne en 2005

	Côte d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne
Hommes	233	189	351	224	997
Femmes	97	62	110	92	361
Ensemble	330	251	461	316	1 358

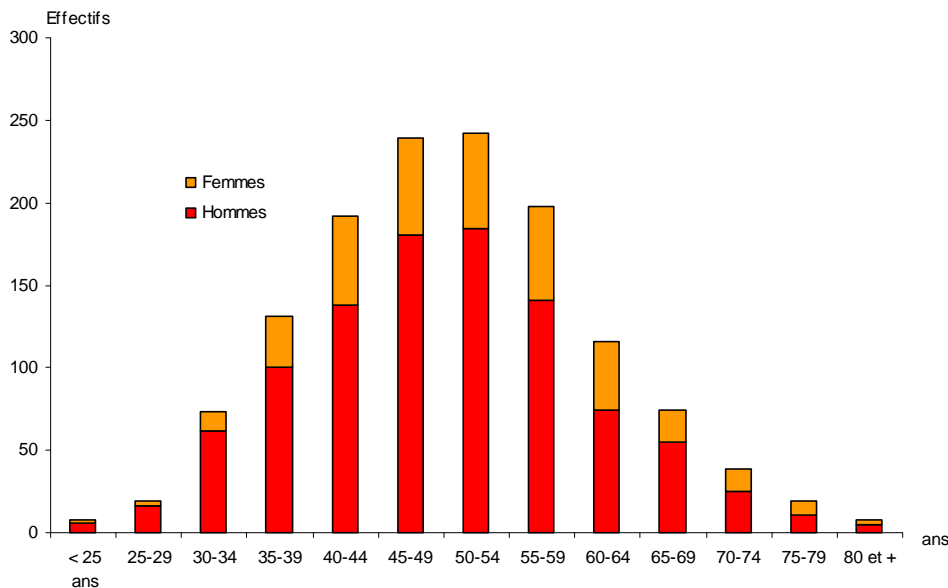
Sources : URCAM, DRSM, ARCMSA Bourgogne

Près des trois quarts des consommateurs de médicaments antialcooliques sont des hommes (73%), et ceci quel que soit l'âge.

Tableau de bord sur les maladies chroniques en Bourgogne Chapitre 4 - Affections psychiatriques

Le nombre de consommateurs de médicaments antialcooliques augmente jusqu'à 45-49 ans, puis après une stabilisation, les effectifs décroissent légèrement chez les 55-59 ans, et plus nettement par la suite.

Nombre de consommateurs de médicaments "antialcooliques" en Bourgogne, selon l'âge et le genre en 2005



Sources : URCAM, DRSM, ARCMSA Bourgogne

Recours à l'hospitalisation

Précisions

Données de PMSI

Une exploitation des données du PMSI (utilisées seulement dans les services de Médecine, Chirurgie et Obstétrique, ou MCO) redressées par la Drees 1998-2002 a été réalisée à la demande de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, sur un cahier des charges élaboré par l'ORS Pays de la Loire. Elle devait servir à l'évaluation des besoins de santé à travers les recours aux soins hospitaliers dans le cadre de l'élaboration des SROS III. Néanmoins, les services de psychiatrie, même ceux qui sont situés dans les centres hospitaliers généraux, n'utilisent pas le PMSI mais la file active.

Statistique Annuelle des Établissements de santé publics et privés (SAE)

L'enquête annuelle auprès des établissements de santé publics et privés réalisée par les services statistiques des DRASS permet de recueillir des données sur les capacités au 31 décembre, l'activité et les moyens, en personnel notamment, mis en œuvre dans l'année.

File active en psychiatrie

L'enquête auprès des secteurs psychiatriques n'est réalisée, désormais, que tous les 3 ans. Les derniers résultats disponibles datent de 2003.

Séjours en services de soins de courte durée

Sur une année, on compte en moyenne environ 9 480 séjours hospitaliers (2000-2002) de Bourguignons en soins hospitaliers de courte durée MCO motivés par des troubles mentaux. Ce nombre a tendance à diminuer : on en compte 8 750 en 2002.

Les principaux motifs d'hospitalisation en MCO pour troubles mentaux sont : l'alcoolisme aigu et chronique (34%), suivi par la dépression (28%), puis les troubles névrotiques, de la personnalité et du comportement (16%). La part de

Tableau de bord sur les maladies chroniques en Bourgogne Chapitre 4 - Affections psychiatriques

l'alcoolisme dans l'ensemble de ces motifs d'hospitalisation varie selon les départements : 29% en Côte d'Or, 30% dans l'Yonne, 35% en Saône-et-Loire et 39% dans la Nièvre.

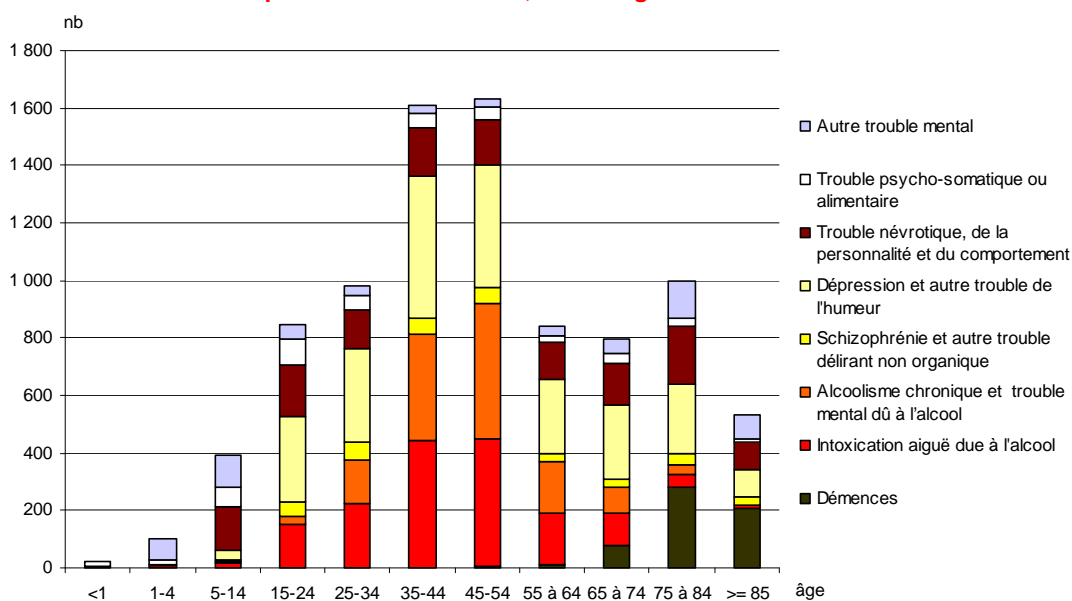
Nombre de séjours de Bourguignons en soins de courte durée pour troubles mentaux en 2002, selon la pathologie

	nb séjours	% séjours pour troubles mentaux
Démences (sauf Alzheimer)	587	7%
Intoxication aiguë due à l'alcool	1 626	19%
Alcoolisme chronique et trouble mental dû à l'alcool	1 327	15%
Schizophrénie et autre trouble délirant non organique	349	4%
Dépression et autre trouble de l'humeur	2 439	28%
Trouble névrotique, de la personnalité et du comportement	1 380	16%
Trouble psycho-somatique ou alimentaire	418	5%
Autre trouble mental	623	7%
Ensemble troubles mentaux	8 749	100%

Source : Drees Exploitation ORS

Les séjours en MCO pour troubles mentaux sont les plus fréquents entre 35 et 54 ans : 37% des séjours (28% de la population). Pour les âges les plus élevés, la part des séjours pour troubles mentaux est aussi plus importante : 17% des hospitalisés ont 75 ans et plus dans la population globale (9%).

Nombre de séjours de Bourguignons en soins de courte durée pour troubles mentaux, selon l'âge en 2002

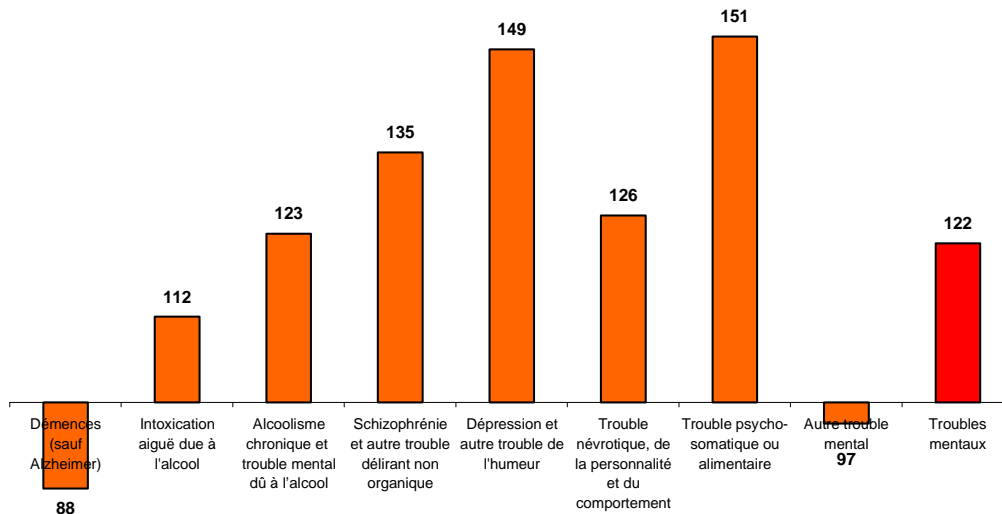


Source : Drees Exploitation ORS

Les Bourguignons ont davantage recours à l'hospitalisation MCO pour les différentes pathologies classées dans les troubles mentaux (excepté pour "les autres troubles mentaux") que la moyenne en France.

Les enquêtes récentes sur les consommations excessives d'alcool (parmi les usagers des soins en 2000, ou en population générale en 2004) montrent que la Bourgogne se distingue peu sur ce plan à l'heure actuelle de la moyenne des régions françaises. Par contre, le recours à l'hospitalisation pour alcoolisme aigu ou chronique y est encore supérieur.

Indices comparatifs d'hospitalisation* pour les troubles mentaux en Bourgogne en 2002, selon les pathologies



* les écarts à la moyenne 100 sont tous significatifs, excepté pour "autre trouble mental"

Source : Drees

Exploitation ORS

Recours à l'hospitalisation spécialisée dans les services de psychiatrie

➔ En 2004, on a compté plus de **20 000 séjours hospitaliers** dans les services, centres hospitaliers et cliniques spécialisés de **psychiatrie** de Bourgogne, l'hospitalisation complète concernant principalement les "adultes", en psychiatrie générale (96% des capacités comme des séjours). Rapportés à la population potentiellement concernée on compte 14 séjours pour 1 000 habitants pour les adultes, et un peu moins de 4 pour 1 000 pour les enfants (de moins de 16 ans).

Les prises en charge en hospitalisation (partielle de jour ou de nuit, en traitements ambulatoires et consultations ou en hospitalisation complète) sont plus fréquentes. D'après les enquêtes de secteur, les prises en charge exclusivement ambulatoires représentent 39 à 81% de l'ensemble en psychiatrie générale et 71 à 100% en psychiatrie infanto-juvénile⁵.

On compte 52 venues en hospitalisation de jour ou de nuit pour 1 000 habitants chez les adultes, et 218 pour 1 000 chez les enfants. Il en va de même pour les traitements ambulatoires : respectivement 70 et 214 pour 1 000 habitants. Enfin, la prise en charge sous forme de consultations externes est encore plus fréquente pour les enfants (682/1 000 habitants). Elle l'est moins que les autres formes de prises en charge alternatives pour les adultes (35,5/1 000), pouvait être complétée par le recours à la psychiatrie libérale.

⁵ ORS Bourgogne, contribution à la révision du SROS psychiatrie, décembre 2000

Tableau de bord sur les maladies chroniques en Bourgogne
Chapitre 4 - Affections psychiatriques

Indicateurs d'hospitalisation en psychiatrie dans les établissements de santé de Bourgogne en 2004

		psychiatrie générale	psychiatrie infanto-juvénile
Hospitalisation complète	lits installés	1 651	69
	entrées totales	19 845	744
	entrées /1 000 hab.	14,08	3,60
Hospitalisation partielle Jour, nuit	nombre de places	354	253
	nombre de venues	72 893	45 203
	venues /1 000 hab.	51,73	218,45
Traitements, cures ambulatoires	nombre de séances	99 066	44 212
	séances /1 000 hab.	70,30	213,66
Consultations	nombre de consultations	50 053	141 135
	consultations/1 000 hab.	35,52	682,05

Source : Drass (SAE 2004)

Exploitation ORS

Les **enquêtes de secteurs** confirment l'importance accrue de la prise en charge ambulatoire.

Au cours de l'année 2000, **33 500 Bourguignons** ont eu recours aux secteurs de **psychiatrie générale** et **11 400** à ceux de **psychiatrie infanto-juvénile**.

On relève par ailleurs les passages aux **urgences** pour **tentatives de suicide**. On en a dénombré 3 435 en 2002⁶. Les deux tiers des tentatives concernent des femmes. Près d'une fois sur deux les personnes ont entre 20 et 50 ans. Une partie seulement des venues aux urgences pour ce motif est suivie d'une hospitalisation (en dépit des recommandations de l'ANAES, devenue Haute Autorité de Santé, reprises dans le Programme national de prévention du suicide).

⁶ ORS Bourgogne, évaluation du PRS "Prévention du suicide et de la tentative de suicide". Partie 2. évaluation.

MORTALITÉ

La Bourgogne présente depuis de nombreuses années une surmortalité par suicide et pour les pathologies liées à l'alcool, dont la psychose alcoolique.

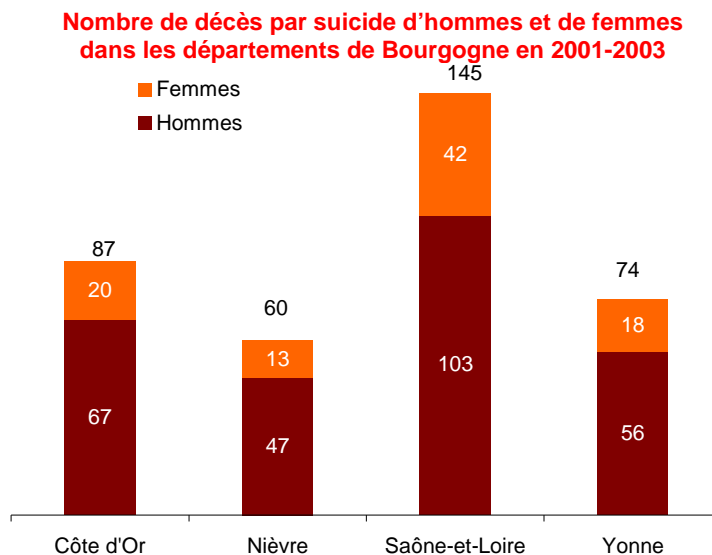
Mortalité par suicide

Dans l'enquête SMPG, 1,9% de la population majeure présente un risque suicidaire "élevé", 2% pour les femmes et 1,7% pour les hommes.

Les tentatives de suicide sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes alors que les décès par suicide sont très majoritairement masculins.

Par ailleurs, les liens entre risque suicidaire et troubles dépressifs récurrents, comme pour les troubles psychotiques sont très forts. En effet, toutes choses égales par ailleurs, "une personne repérée comme ayant un épisode dépressif récurrent présente un risque suicidaire multiplié par 8,4 et une personne repérée comme ayant des syndromes psychotiques actuels par 7,1".

Sur la période 2001-2003, on a dénombré en moyenne chaque année 366 décès de Bourguignons (273 hommes et 93 femmes).



Source : Inserm CépiDc

La Bourgogne présente depuis de nombreuses années une surmortalité par suicide par rapport à la moyenne en France métropolitaine. A structure d'âge égale, sur la période 2001-2003, l'écart est de + 23% pour les hommes et + 15% pour les femmes, avec une surmortalité marquée dans la Nièvre, en Saône-et-Loire et dans l'Yonne.

Indices comparatifs de mortalité par suicide masculins et féminins dans les départements de Bourgogne en 2001-2003

	Hommes	Femmes
Côte d'Or	101,8	81,2
Nièvre	144,8*	110,0
Saône-et-Loire	134,7*	150,3*
Yonne	120,1*	111,2
Bourgogne	123,3*	115,4*
France métro	100,0	100,0

* *significativement différent de la moyenne nationale*

Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation Fnors

Tableau de bord sur les maladies chroniques en Bourgogne Chapitre 4 - Affections psychiatriques

Définition

ICM : Indice comparatif de mortalité = rapport du nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par âge et sexe étaient identiques aux taux nationaux. Ne sont indiqués que les différences statistiquement significatives (au seuil de 5%).

Le suicide est cause de 8% des décès de Bourguignons avant 65 ans. Son poids dans l'ensemble des causes de décès est maximal chez les jeunes adultes : il est la cause de plus de 28% des décès entre 25 et 34 ans.

Entre 1991-93 et 2001-03, globalement, la mortalité par suicide a diminué en Bourgogne, mais la baisse de la mortalité (à structure d'âge égale) est plus réduite que dans l'ensemble des régions françaises, surtout pour les hommes (-11% contre -21%).

Taux comparatifs de mortalité par suicide des hommes et des femmes en Bourgogne et en France (en 1991-93 et 2001-2003) (taux pour 100 000 personnes du même sexe)

	1991-1993		2001-2003	
	Bourgogne	France	Bourgogne	France
Hommes	36,8*	32,9	33,2*	27,1
Femmes	11,8	10,7	9,5	8,5

* significativement différent de la moyenne nationale

Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation Fnors

Définition

Le taux standardisé de mortalité (ou taux comparatif de mortalité) est le taux de décès "attendu" dans la population observée si celle-ci avait la même structure d'âge qu'une population de référence (population France métropolitaine RP 90 – deux sexes regroupés, par tranches d'âge de 5 en 5 ans).

Mortalité par psychose alcoolique

Sur la période 2001-2003, 109 Bourguignons (95 hommes et 14 femmes) sont décédés chaque année par psychose alcoolique.

Nombre de décès par psychose alcoolique et taux comparatifs de mortalité dans les départements de Bourgogne en 2001-2003

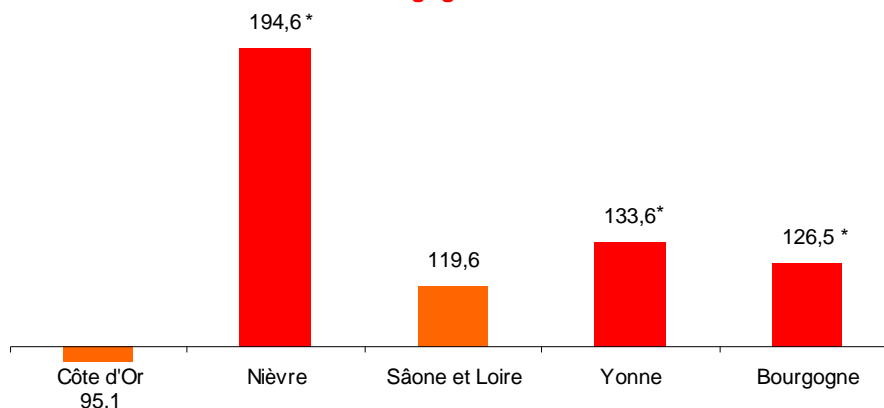
	Nb décès	TCM
Côte d'Or	24	4,4
Nièvre	25	8,6
Saône-et-Loire	36	5,5
Yonne	24	5,7
Bourgogne	109	5,7
France métro	2 995	4,5

* figurent en gras les TCM significativement différents de la moyenne nationale

Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation Fnors

La Bourgogne présente depuis de nombreuses années une surmortalité par psychose alcoolique par rapport à la moyenne en France métropolitaine. A structure d'âge égale, sur la période 2001-2003, l'écart est de +27% (significatif pour les hommes seulement +36%). La situation varie selon les départements, ceux de la Nièvre et de l'Yonne ayant des ICM significativement plus élevés (respectivement +95% et +34%), les deux autres ne se distinguant pas sur ce point de la moyenne nationale.

Indices comparatifs de mortalité par psychose alcoolique dans les départements de Bourgogne en 2001-2003



* significativement différent de la moyenne nationale

Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation Fnors

DÉTERMINANTS ET FACTEURS DE RISQUE

On ne dispose pas d'éléments régionaux sur les facteurs de risque d'affections psychiatriques de longue durée. On reprend donc ci-après des données générales sur la question.

"Pendant des années, les scientifiques ont débattu des rôles respectifs de la génétique et de l'environnement dans le déclenchement des troubles mentaux et du comportement. La science moderne permet de penser que les troubles mentaux et du comportement pourraient être dus à la fois aux effets de la génétique et de l'environnement ou, en d'autres termes, à l'interaction de la biologie avec des facteurs psychologiques et sociaux.

(...) Une série de facteurs détermine la prévalence, la survenue et l'évolution des troubles mentaux et du comportement. Il s'agit de facteurs socio-économiques, de facteurs démographiques tels que le sexe et l'âge, d'événements graves comme les conflits et les catastrophes, de la présence de maladies physiques graves et du milieu familial.

Sexe

(...) Si la prévalence de l'ensemble des troubles mentaux et du comportement ne semble pas changer selon le sexe, l'anxiété et les troubles dépressifs sont toutefois plus courants chez les femmes, tandis que les troubles liés à l'utilisation de substances et les personnalités asociales sont plus fréquents chez les hommes (Gold, 1998). Presque toutes les études indiquent que la prévalence des troubles dépressifs et anxieux est plus élevée chez les femmes, dans une proportion généralement comprise entre 1,5 et 2 pour 1. (...) Il est intéressant de noter que la différence des taux de dépression entre les sexes dépend beaucoup de l'âge : l'écart est maximum chez les adultes, nul pendant l'enfance et peu marqué chez les personnes âgées.

Contrairement à ce que l'on observe pour les troubles dépressifs et anxieux, aucune différence nette n'apparaît dans l'incidence ou la prévalence des troubles mentaux graves tels que la schizophrénie et le trouble affectif bipolaire (Kessler et al., 1994). Il semble, toutefois, que la schizophrénie survienne à un âge plus précoce et soit plus invalidante chez les hommes (Sartorius et al., 1986).

A l'inverse, la comorbidité est plus courante chez les femmes que chez les hommes. On observe dans la plupart des cas la coexistence de troubles dépressifs, anxieux et somatoformes, ces derniers se caractérisant par la présence de symptômes physiques que n'explique aucune maladie physique. Il semble que les femmes aient davantage de symptômes physiques et psychologiques que les hommes.

Il apparaît aussi que les psychotropes, qui regroupent les anxiolytiques, les antidépresseurs, les sédatifs, les somnifères et les neuroleptiques, sont plus souvent prescrits à des femmes, ce qui s'explique en partie par une plus forte prévalence des troubles mentaux courants et par le fait que les femmes sont plus nombreuses à se faire soigner. (...)

Age

L'âge est un important déterminant des troubles mentaux. Les personnes âgées sont, elles aussi, particulièrement vulnérables. Outre la maladie d'Alzheimer, plusieurs troubles mentaux ou du comportement s'observent chez elles. En règle générale, la prévalence de certains troubles tend à augmenter avec l'âge. C'est le cas notamment de la dépression. Le trouble dépressif est courant chez les personnes âgées. On a constaté que 8 à 20% des personnes âgées vivant au sein de la communauté et 37% de celles qui sont soignées dans les services de santé primaires souffrent de dépression. Il ressort d'une étude en communauté sur un échantillon de personnes de plus de 65 ans que 11,2% d'entre elles étaient dépressives (Newman et al., 1998). Une autre étude a relevé une prévalence ponctuelle des troubles dépressifs de 4,4 % chez les femmes et de 2,7% chez les hommes, mais les chiffres correspondants pour la prévalence sur toute la vie sont de 20,4% et 9,6%. La dépression est plus fréquente chez les personnes âgées physiquement diminuées (Katona & Livingston, 2000) et aggrave encore leur invalidité. Il convient cependant de noter que les troubles dépressifs sont moins souvent décelés chez les personnes du troisième âge que chez les adultes plus jeunes parce qu'ils sont souvent considérés à tort comme inhérents au vieillissement.

Contexte social et familial

Les troubles mentaux dépendent beaucoup du contexte social. Une série de facteurs sociaux influent sur la survenue, l'évolution et l'issue de ces troubles.

(...) Des facteurs sociaux tels que l'urbanisation, la pauvreté et le progrès technologique ont été associés à la survenue de troubles mentaux et du comportement. Toutefois, on ne saurait en déduire que les effets des changements sociaux sur la santé mentale sont les mêmes pour tous les membres d'une société donnée.

(...) La relation entre la pauvreté et la santé mentale est complexe et pluridimensionnelle. (...) ; certains sujets peuvent être prédisposés à des troubles mentaux en raison de leur situation sociale et ceux qui souffrent de troubles peuvent, du fait de leur maladie, être exposés à d'autres handicaps qui vont d'un faible degré d'instruction au chômage et, dans les cas extrêmes, à l'absence de domicile fixe. Les troubles mentaux peuvent provoquer des incapacités graves et durables, y compris l'inaptitude au travail.

(...) La vie de chacun est jalonnée d'événements plus ou moins importants, heureux (telle une promotion au travail) ou malheureux (un deuil ou un échec professionnel, par exemple). On a remarqué qu'une série d'événements précède immédiatement la survenue des troubles mentaux (Brown et al., 1972 ; Leff et al., 1987). Si, avant l'apparition ou la réapparition de troubles dépressifs, il s'agit souvent d'événements fâcheux, les autres troubles font suite à une succession inhabituelle d'événements qui peuvent être favorables ou défavorables. Les études semblent indiquer que tous les faits marquants de la vie sont des facteurs de stress et prédisposent aux troubles mentaux lorsqu'ils se suivent de près. Ce phénomène n'est pas limité aux troubles mentaux ; il a été aussi mis en évidence pour certaines maladies physiques comme l'infarctus du myocarde. Il va de soi que les événements de vie ne sont qu'un facteur déterminant parmi d'autres (prédisposition génétique, personnalité, aptitude à faire face, etc.). Le principal intérêt de s'enquérir des événements de vie est d'identifier les personnes rendues vulnérables par une rapide succession d'événements majeurs (par exemple, perte d'emploi, perte du conjoint et déménagement). A l'origine, cette corrélation a été constatée pour la dépression et la schizophrénie, mais on l'a, par la suite, mise en évidence entre des événements de vie et divers autres troubles mentaux et du comportement pouvant conduire notamment au suicide.

Le contexte social et affectif de la famille intervient également dans les troubles mentaux. Il y a longtemps qu'on cherche à établir un lien entre les troubles mentaux graves comme la schizophrénie ou la dépression et le contexte familial (...)."⁷

MOYENS MOBILISÉS

Les acteurs et dispositifs

Acteurs

Les acteurs concernés par les affections psychiatriques sont schématiquement : les médecins spécialistes (libéraux, hospitaliers), les médecins généralistes, les psychologues, les infirmiers, certains autres professionnels de santé...

Les **psychiatres**, médecins spécialistes, établissent le diagnostic, prescrivent des médicaments mais pratiquent aussi des psychothérapies.

Les **généralistes** interviennent également dans la prise en charge des pathologies mentales, dans leur détection, dans la prescription de traitements médicamenteux, souvent en lien avec les spécialistes dans le cadre du suivi des patients.

Les **psychothérapeutes**, peuvent être psychiatres ou psychologues, mais pas nécessairement. Ils effectuent des psychothérapies qui peuvent être très variées (psychanalytique, comportementaliste, systémique, humaniste... sans compter d'autres techniques comme, par exemple, l'hypnose...). Ils seraient environ 12 000 en France. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a décidé la création d'un registre national des psychothérapeutes.

Les **psychologues** n'étant pas médecins ne peuvent prescrire des médicaments, mais pratiquent, éventuellement après avis médical des psychothérapies. Ils établissent des diagnostics de personnalité avec des méthodes qui leur sont propres et contribuent à la compréhension clinique de la personne, à l'élaboration du projet de soin, son suivi et son évaluation.

Les **infirmiers** ainsi que d'autres **professionnels** spécialisés de **l'animation** et de la **réadaptation** (kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, éducateurs spécialisés, musico thérapeutes...) apportent un soutien aux malades dans le cadre d'activités diverses organisées en hospitalisation ou en ambulatoire du dispositif de sectorisation psychiatrique (centres médico-psychologiques ou CMP, centres d'activités thérapeutiques à temps partiel ou CATTTP...).

Seuls, les soins délivrés sur prescription des médecins (c'est-à-dire sur ordonnance médicale) sont pris en charge par l'assurance-maladie.

La psychiatrie est la discipline médicale qui compte le plus grand nombre d'effectifs : 13 592 dans l'ensemble des régions françaises, dont 52% salariés, en 2005. La Bourgogne compte **263 psychiatres** (dont 57% sont salariés). La densité en psychiatres, tous modes d'exercice confondus, est nettement plus faible en Bourgogne (16/100 000 habitants) qu'en moyenne en France (23), l'écart étant plus prononcé dans la Nièvre (13), Saône-et-Loire (14) et l'Yonne (16) qu'en Côte d'Or (20). La densité en psychiatres salariés est également plus réduite. En 2004, 40% des postes de praticiens en psychiatrie hospitalière sont vacants dans la région.

On dénombre par ailleurs **1 467 infirmiers "psychiatriques"** soit 90 pour 100 000 habitants en Bourgogne (79 / 100 000 au niveau national), la densité étant plus élevée dans la Nièvre (144) et plus réduite en Saône-et-Loire (66).

Les **psychologues** ne faisant pas partie des professions de santé réglementées n'ont pas obligation de se déclarer à la DDASS du département où ils exercent, ce

⁷ Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf

Tableau de bord sur les maladies chroniques en Bourgogne Chapitre 4 - Affections psychiatriques

qui pose problème pour en connaître le nombre et apprécier les variations de densités selon les zones. Seuls sont décomptés régulièrement les psychologues dans les établissements de santé (238 en 2004, représentant 135 équivalents temps plein), et dans les établissements médico-sociaux (204 soit 86 ETP en 2001).

Les **médecins généralistes** sont fréquemment consultés par les personnes souffrant de troubles mentaux, mais ces professionnels, eux aussi relativement moins nombreux en Bourgogne qu'en moyenne en France, sont inégalement répartis sur le territoire régional, et leur pratique professionnelle dans le domaine de la santé mentale est très difficile à apprécier.

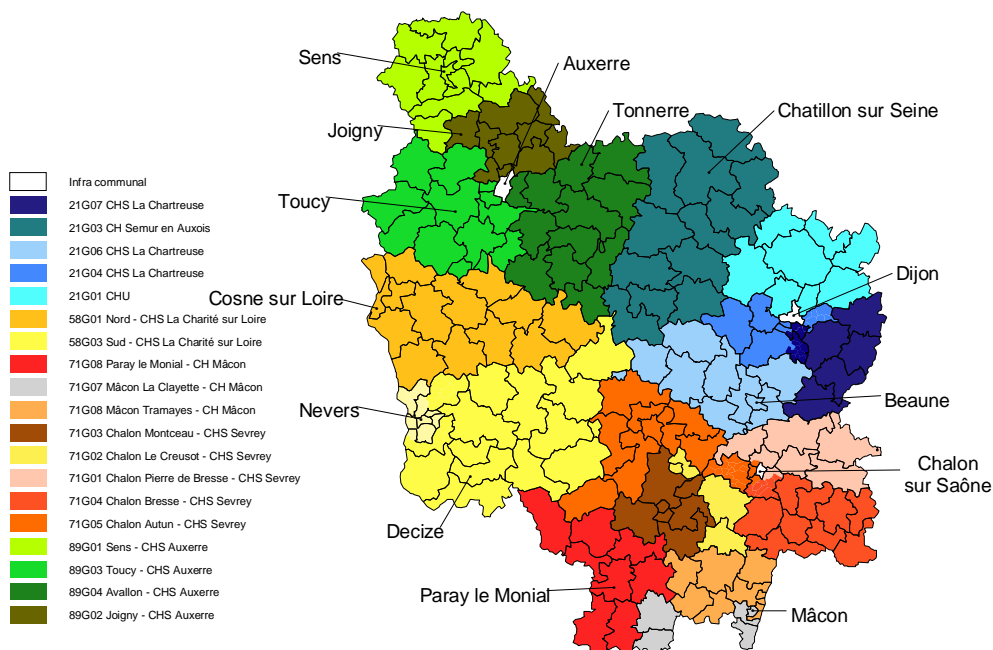
Dispositifs

Le **dispositif sanitaire** constitué de centres hospitaliers spécialisés, de cliniques privées en psychiatrie, et des services de psychiatrie des hôpitaux généraux comptait en 2003, pour l'ensemble de la région, d'une part 320 lits ou places d'hospitalisation (complète ou partielle) en psychiatrie infanto-juvénile (moins de 16 ans) et d'autre part 2 245 en psychiatrie pour adultes. Le secteur public est prédominant (le privé ne comportant que 23 lits ou places pour enfants et 317 pour adultes).

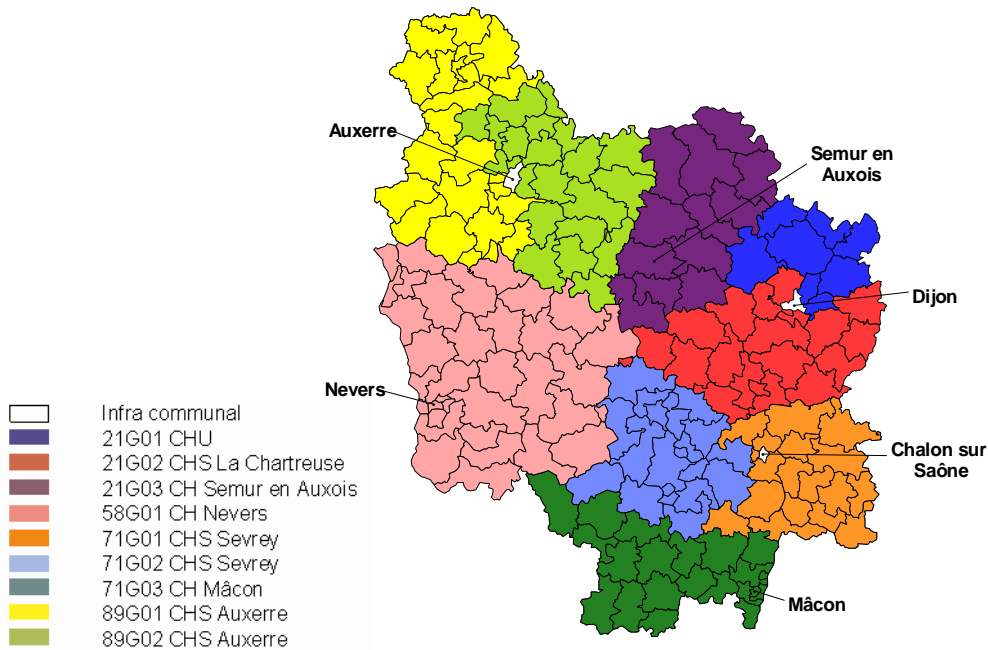
Les taux d'équipements d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile et pour adultes sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale tant pour les enfants (1,0 pour 1 000 enfants de 0-16 ans contre 0,8) que pour les adultes (1,4 pour 1 000 habitants contre 1,3), sauf celui de la Saône-et-Loire pour les adultes (1,0). Cependant, les capacités d'accueil sont ressenties comme insuffisantes car elles sont, pour une partie d'entre elles, bloquées sur de longues durées par des patients pour lesquels d'autres modalités de prise en charge (médico-sociale) seraient plus opportunes.

Le dispositif de psychiatrie publique est organisé en **secteurs** (ou **intersecteurs** pour les enfants) qui découpent le territoire de chaque département. Le découpage sectoriel permet surtout un travail de soin avec des prises en charge hospitalières mais aussi ambulatoires (CMP, CATTP, Visites A Domicile). Ce dispositif est le cadre de référence pour les partenaires concernés par les problèmes de pathologie mentale, en particulier les structures sociales et médico-sociales.

Découpage des secteurs de psychiatrie générale (pour adultes) en Bourgogne



Découpage des secteurs de pédo-psychiatrie en Bourgogne



Source : Drass de Bourgogne

On relève une grande disparité des secteurs en termes d'activités, d'équipements et de personnels.

Le nombre des patients suivis par les secteurs de psychiatrie générale a fortement augmenté entre 1989 et 2000 (+5% en moyenne par an). Les soins sont réalisés à 85% en ambulatoire et le nombre de patients suivis à temps partiel a doublé en 12 ans. Le nombre de personnes hospitalisées a légèrement augmenté, mais pour des durées de séjour plus courtes (45 jours en moyenne en 2000 contre 86 jours en 1989). Selon les secteurs, le taux de recours aux soins psychiatriques chez les adultes varie de 9 à 70 pour 1 000 habitants, la moyenne nationale étant de 26/1 000, comme les modalités de prise en charge. Les taux d'encadrement moyen par secteur en personnel médical (4 ETP) est moins important qu'en moyenne en France (5,8), il est par contre plus élevé pour le personnel non médical (97,8 ETP contre 79,8).

Dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, on observe aussi une augmentation régulière de l'activité, sachant que 97% des enfants et adolescents sont pris en charge en ambulatoire. Le taux de recours à ces soins est de 28 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans en 2000. Le taux d'encadrement moyen par secteur en personnel médical (5,0 ETP) et non médical (43,7 ETP) sont plus réduits qu'en moyenne en France (respectivement 6,2 et 48,4).

Le dispositif médico-social est impliqué dans la prise en charge de pathologies mentales chroniques lourdes, fixes, c'est-à-dire devenues handicaps. Dans l'enfance on a recours à l'éducation spécialisée (Institut médico-économique (IME), Institut Médico-professionnel (IMPRO), Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD), Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques), à la collaboration entre Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) et Intersecteur de pédopsychiatrie, à la combinaison de soins ambulatoires et d'une intégration scolaire en structures adaptées (Classes d'intégration scolaire (CLIS), action d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA), Unités pédagogiques d'intégration). A l'âge adulte, les malades mentaux peuvent être intégrés soit dans des Établissements et Services d'Aide par le Travail ou E.S.A.T. (ex CAT) dans la mesure où leur handicap leur permet de travailler à un rythme adapté, soit dans des foyers de vie dans le cas contraire.

Des réseaux de soins sont ou ont été financés par la Dotation Régionale de développement des Réseaux (DRDR) : AREA santé mentale adolescents sur l'agglomération dijonnaise, santé mentale et précarité dans la Nièvre (réseau promu par le CHS), Arc en ciel en Saône-et-Loire (insertion professionnelle des personnes présentant des troubles psychiques, articulation de la prise en charge des affections psychiatriques et du handicap), santé mentale dans l'Yonne (Cf. Urcam de Bourgogne).

Les pratiques

Information et prévention

La complexité et la multiplicité des facteurs de risque en matière de santé comme de pathologies mentales laissent peu de place actuellement à la prévention primaire.

Le développement de la prévention doit cependant passer par le recensement et la diffusion des pratiques, de même que par la sensibilisation de la population, des familles en particulier, à la détection de signes d'alerte.

Détection

Pour faire face d'une part aux besoins de prise en charge en santé et pathologies mentales, des actions et programmes ont été développés ces dernières années.

Le mal-être de jeunes en difficultés d'insertion a conduit à proposer diverses modalités de détection des troubles psychiques, d'orientation vers les intervenants appropriés mais aussi de prise en charge spécifique (consultation de psychologues dans les centres d'examen de santé, interventions de ces professionnels dans les missions locales, programmes plus larges de développement de l'estime de soi au travers d'activités artistiques, dispositifs d'aide et d'écoute...). Ces actions ont été mises en œuvre pour une grande part dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). L'examen de quelques uns de ces dispositifs met en évidence la pluralité des réponses individuelles et/ou collectives possibles pour prendre en compte les difficultés psychologiques des jeunes. La coordination de ces pratiques, leur articulation avec la prise en charge globale de la santé psychique semblent devoir être développées, leur insertion dans des réseaux de soins territoriaux confortées.

Face au suicide, un programme régional de santé (PRS) a été mis en œuvre en Bourgogne (1998-2002), centré sur la prévention chez l'adolescent et le jeune adulte, et articulé autour de 5 objectifs : amélioration des connaissances, prévention et détection des risques, réduction des récidives, et accompagnement de l'entourage. Ce programme a permis la formation de 230 acteurs concernés dans divers secteurs (éducation nationale, bénévoles associatifs, médecine universitaire, missions locales...) et l'amélioration des soins (dans les services d'urgences, les unités spécialisées pour adolescents...).

Des réseaux de professionnels, le plus souvent départementaux, ont été constitués pour coordonner les différents acteurs en santé mentale du secteur sanitaire comme du social, certains étant centrés sur les jeunes en grandes difficultés, d'autres sur les personnes hébergées dans les CHRS, d'autres encore sur le risque suicidaire ou les conduites à risque.

Prise en charge

Lors de la préparation de la loi de santé publique en Bourgogne fin 2002, plusieurs axes de réflexions avaient été dégagés dans le domaine de la santé et de la pathologie mentale :

- Lutter contre la dépression par la formation des intervenants, la création de lieux d'écoute, le développement de soutien vers certains groupes plus vulnérables (jeunes, précaires, personnes âgées) ;

- Pallier au problème de la démographie des psychiatres par la formation d'autres intervenants pour la prise en charge de la souffrance psychique ;
- Améliorer la formation continue des généralistes sur le sujet (développement d'actions dans les territoires de santé, échanges de pratiques, connaissance de l'exercice de la psychothérapie) ;
- Faire des CMP des "centres de gravité" du dispositif de sectorisation en développant leur disponibilité.

Le SROS III a repris et complété ces axes de travail.

Ainsi pour remédier à un certain déficit relatif en psychiatres, il a été convenu de

- développer la formation initiale et continue de médecins généralistes à la psychiatrie (cf. décret du 19 mars 2004),
- d'améliorer l'attractivité de la filière pour les internes et la promotion de l'assistantat de spécialité,
- d'établir des transferts de compétences à l'égard d'autres professionnels de santé (sous réserve des formations adéquates, et de la résolution de problèmes de responsabilité professionnelle).

Pour répondre à l'accroissement de la demande de prise en charge de nombreuses personnes sur de longues durées (d'où l'allongement des délais d'attente), il faut adapter les structures ambulatoires aux nouvelles demandes et aux nouvelles pratiques de soins.

La place des CMP comme pivot de l'offre de soins en santé mentale est réaffirmée, mais leur fonctionnement doit être modifié (compétences et horaires).

Pour diminuer la présence prolongée et inadéquate de certains patients stabilisés sur de longues périodes dans des lits de court séjour (ce qui empêche et retarde la prise en charge de patients en souffrance aiguë), il faut créer des structures de soins de suite mais aussi des structures médico-sociales.

Les réseaux en santé mentale devraient être développés, mais en précisant leurs objectifs, leurs modalités de fonctionnement, leurs outils. Un besoin de diffusion d'informations sur les ressources existantes (CMP en particulier) est exprimé (même si une stigmatisation des usagers potentiels peut être redoutée).

Les réflexions menées sur les soins hospitaliers pour les personnes âgées ont mis en évidence des besoins en géro-psycho-geriatrie (au-delà de la seule problématique des démences dont la maladie d'Alzheimer). Plusieurs recommandations ont été formulées :

- adapter la filière de soins gériatriques à la psychiatrie (places dédiées aux soins géro-psycho-geriatriques dans les unités d'hospitalisation de jour des centres référents en gériatrie, mobilisation de moyens gradués...),
- coordonner les secteurs sanitaire et social,
- développer les compétences par la formation des généralistes (DIU) et des psychiatres (DESC) à la géro-psycho-geriatrie, par des modules de formation des intervenants infirmiers et autres acteurs médico-sociaux à domicile dans ce domaine,
- créer un réseau s'appuyant sur une unité régionale spécialisée au sein du CHU,
- constituer des équipes mobiles de gériatrie renforcées (formation et moyens) en articulation avec la sectorisation psychiatrique.

Le développement de lieux spécialisés dans la prise en charge de pathologies spécifiques est parfois souhaité. Cependant il faut veiller à ne pas trop "saucissonner" les prises en charges spécialisées.

Prises en charge innovantes et éducation des patients : la santé mentale dans la cité

Dans une synthèse réalisée en 2005 sur la santé mentale en Bourgogne⁸, l'importance du travail avec les travailleurs sociaux et les éducateurs du secteur médico-social a été soulignée pour éviter des situations de crise (en particulier

⁸ ORS Bourgogne. *Santé mentale*, Santé Bourgogne, le journal de l'Observatoire régional de la santé de Bourgogne, 2005 ; 50.

pour des personnes souffrant de troubles psychiques vivant dans des foyers) qui entraînent souvent des hospitalisations qui auraient pu être évitées.

En fait, il manque des lieux intermédiaires entre l'hospitalisation, le foyer et le domicile. Les familles, quand elles existent, ne peuvent, malgré une volonté parfois extrême, tout supporter. La formule de l'appartement thérapeutique, de petite taille, fortement soutenu par l'équipe du CMP (suivi régulier d'infirmier et d'éducateur), peut constituer une solution relais intermédiaire, mais il y en a d'autres.

D'autres pistes sont à développer comme l'insertion par l'expression artistique, comme en témoignent le succès des manifestations d'"Itinéraires singuliers" organisées sur l'agglomération dijonnaise. Cette dimension artistique est particulièrement intéressante pour la dé-stigmatisation de la maladie mentale. Par contre subsiste le problème de l'insertion sociale et professionnelle toujours difficile dans le contexte actuel de l'emploi.

Enfin, est à développer, en psychiatrie comme dans d'autres disciplines, l'éducation thérapeutique (c'est-à-dire à son traitement et à sa maladie) du malade lui-même. On peut relever les initiatives des associations de patients (FNAP-PSY) et de famille (UNAFAM) dans ce domaine.

BIBLIOGRAPHIE

- Cnamts. *Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée*, Points de repère 2006 ; 1.
- Drees. *Les recours aux soins spécialisés de santé mentale. Etudes et résultats 2006* ; 533.
- DGS, Drees, *Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*, Ministère de la santé et des solidarités 2005.
- Drees, *Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France. Etudes et résultats 2005* ; 443.
- ORS Bourgogne. *Santé mentale*, Santé Bourgogne, le journal de l'observatoire régionale de la santé de Bourgogne, 2005 ; 50.
- Drees. *Troubles mentaux et représentations de la santé mentale. Études et résultats 2004* ; 347.
- Drees. *Description des populations des institutions psychiatriques dans l'enquête HID. Rapport final*. Document de travail 2004 ; 44.
- ORS Bourgogne. *La santé en Bourgogne. éléments pour un diagnostic partagé 2004*.
- Drees. *Les secteurs de psychiatrie générale en 2000*. Document de travail série études 2004 ; 42.
- Drees. *Les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001*. Document de travail série études 2003 ; 36.
- Drees. *Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000*. Document de travail série études 2003 ; 32.
- DGS, Inserm, OMS. *Enquête nationale sur la population en charge par les secteurs de psychiatrie générale, les cliniques psychiatriques privées et les établissements de réadaptation et de post-cure*, 16-29 mars 1998, Août 1999.
- Site OMS : http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf