



Direction de la Santé Publique



OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Tableau de bord sur la santé mentale à Marseille

Edition 2007

Le tableau de bord sur la santé mentale à Marseille a été commandité à l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA) par la Direction de la Santé Publique de la Ville de Marseille.

Remerciements

○ Nous remercions l'ensemble des organismes ayant accepté de participer au projet, soit en nous adressant les données à partir desquelles les analyses de ce tableau de bord ont été réalisées, soit en participant au groupe de suivi technique :

L'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (APHM)

L'Association méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions (AMPTA)

L'Association de réadaptation sociale (ARS)

La Caisse régionale d'assurance maladie Sud-Est (CRAM Sud-Est)

Le CHS Edouard Toulouse

Le Conseil général des Bouches-du-Rhône

La Direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Bouches-du-Rhône (DDASS des Bouches-du-Rhône)

La Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (DREES)

La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales PACA (DRASS PACA)

La Direction régionale du service médical régions PACA et Corse (DRSM PACA-Corse)

L'Echelon régional du service médical Auvergne (ERSM Auvergne)

L'Ecole des hautes études en sciences sociales (EHESS)

La Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale (FNARS)

Le Groupe d'entraide mutuelle « Sentinelles Egalité »

L'association « Habitat Alternatif et Social » (HAS)

Le réseau « Habiter Ensemble »

L'Hôpital Sainte Anne, Paris

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

L'association « Médecins du Monde » Marseille

Le SAMU/Centre 15 des Bouches-du-Rhône

Les associations « Solidarité et Réhabilitation » et « Génie et déraison »

L'association « SOS Médecins Marseille »

Le Tribunal de Grande Instance de Marseille

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie PACA (URCAM PACA)

L'Union régionale des médecins libéraux PACA (URML PACA)

L'Unité d'hébergement d'urgence (UHU) Saint Jean de Dieu

○ Nous remercions plus particulièrement l'ensemble des membres du groupe de suivi technique du projet qui ont accompagné ce tableau de bord tout au long de sa réalisation. Ils en ont discuté les principaux faits marquants et enrichi leur analyse :

Mme Maïté ARTHUR, présidente du groupe d'entraide mutuelle « Sentinelles Egalité »

Dr Philippe BARAIZE, médecin directeur de la Direction de la Santé Publique de la Ville de Marseille

Dr Jean-Marc CHABANNES, psychiatre, Assistance publique des hôpitaux de Marseille (APHM)

M Samuel COPPENS, directeur du CHRS de l'Armée du Salut de Marseille et vice-président de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale (FNARS) en PACA

M Gérard CORUBLE, médecin inspecteur de santé publique à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Bouches-du-Rhône (DDASS des Bouches-du-Rhône)

Dr Franck DANIEL, neuropsychiatre, membre des associations d'usagers « Solidarité et Réhabilitation » et « Génie et déraison »

Mme Mireille FLOCH-LAVIT, inspecteur principal, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Bouches-du-Rhône (DDASS des Bouches-du-Rhône)

Mme Mylène FRAPPAS, chargée de mission à la Direction de la Santé Publique de la Ville de Marseille

M Yannick JAFFRE, chercheur à l'Ecole des hautes études en sciences sociales (EHESS)

M Georges KAMMERLOCHER, directeur de l'Unité d'hébergement d'urgence (UHU) Saint Jean de Dieu

M Eric KERIMEL, directeur de l'association Habitat Alternatif et Social (HAS)

Dr Hélène LANSADE, médecin inspecteur de santé publique à la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales PACA (DRASS PACA)

M Claude LEFEBVRE, vice-président du groupe d'entraide mutuelle « Sentinelles Egalité »

M Bruno LOMBARDO, directeur général de l'Association de réadaptation sociale (ARS)

Mme Anne LOVELL, directeur de recherche Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

Dr Pierre MORCELLET, psychiatre au Centre médico-psychologique (CMP) Belle de Mai

Dr Paul RECOURS, psychiatre et pédopsychiatre libéral, Union régionale des médecins libéraux PACA (URML PACA)

M Jean-Jacques SANTUCCI, psychologue, directeur de l'Association méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions (AMPTA)

Dr Rémy SEBBAH, médecin généraliste, Union régionale des médecins libéraux PACA (URML PACA)

Dr Pierre TOUBIANA, médecin à la Direction de la Santé Publique de la Ville de Marseille

○ Nous tenons également à remercier les personnes suivantes pour leur fructueuse collaboration dans la réalisation de l'état des lieux des données existantes, leur transmission à l'ORS PACA et leur analyse ainsi que pour la relecture des différentes parties du tableau de bord :

M Philippe ABETEL, « Réseau Habiter Ensemble »

Mme Marie-Pierre AGUILAR, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Bouches-du-Rhône (DDASS des Bouches-du-Rhône)

Mme Gisèle ASLANIAN, Direction de la Santé Publique de la Ville de Marseille

Mme Sophie BEAU, « Médecins du Monde » Marseille

Dr Dolores BOISSINOT-TORRES, CHS Edouard Toulouse

M Roland CANTA, Caisse régionale d'assurance maladie Sud-Est (CRAM Sud-Est)

Mme Mireille CRESSON, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales PACA (DRASS PACA)

Dr Christiane CLARY, Conseil général des Bouches-du-Rhône

Mme Magali COLDEFY, Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (DREES)

Mme DELABY, juge des tutelles, Marseille

Dr Jean-Christophe DEVINAT, SAMU/Centre 15 des Bouches-du-Rhône

Dr Delphine DRAI, service de psychiatrie du Pr Azorin, CHU Sainte-Marguerite

Dr Christine HORTE, Direction régionale du service médical régions PACA et Corse (DRSM PACA-Corse)

Gwénaëlle IARMACOVAI, interne en médecine du travail, faculté de médecine de Marseille

Dr Robert LOÏ, Direction régionale du service médical régions PACA et Corse (DRSM PACA-Corse)

Dr David MAGALON, CHU Sainte Marguerite

Mme Claudine MILLION, Union régionale des caisses d'assurance maladie PACA (URCAM PACA)

M Steve NAULEAU, Union régionale des caisses d'assurance maladie PACA (URCAM PACA)

M Jacques POUGNARD, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales PACA (DRASS PACA)

Dr Eric RISPOLI, association SOS Médecins Marseille

Pr Frédéric ROUILLON, Hôpital Sainte Anne, Paris

Dr Christiane SAPOR, « Fédération des urgences psychiatriques »

Mme Corinne SCANDURA, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales PACA (DRASS PACA)

M Hugo TIFFOU, Atelier Santé-Ville Marseille

Mme Patricia VIDAL, Echelon régional du service médical Auvergne (ERSM Auvergne)

Auteurs

Le tableau de bord sur la santé mentale à Marseille a été réalisé par :

Marielle AULAGNIER, chargée d'études, ORS PACA

Caroline BERARD, stagiaire Master I Bio-informatique et bio-statistiques (Université Paris Sud)

Aurélie BOCQUIER, chargée d'études, ORS PACA

Lucile HARISSART, géographe, ORS PACA

Eliane MICHEL, statisticienne, Inserm U379

Christine VOTO, infographiste, ORS PACA

Dr Pierre VERGER, directeur adjoint, ORS PACA, Inserm U379

Table des matières

1. Données générales de cadrage et données épidémiologiques.....	1
1.1. Santé mentale positive / santé mentale négative : définitions	1
1.1.1. Santé mentale positive.....	1
1.1.2. Santé mentale négative.....	2
1.2. Mesurer la santé mentale.....	3
1.2.1. Diagnostiquer les troubles mentaux : les classifications.....	3
1.2.2. Instruments de mesure de la santé mentale dans un contexte épidémiologique.....	4
1.2.3. Mesure du fonctionnement social.....	4
1.3. Epidémiologie des principaux troubles mentaux.....	4
1.3.1. Troubles anxieux	5
1.3.2. Troubles de l'humeur.....	8
1.3.3. Schizophrénie.....	15
1.3.4. Troubles de la personnalité.....	17
1.3.5. Comportements alimentaires pathologiques.....	20
1.3.6. Addictions	22
1.3.7. Suicides et troubles de santé mentale.....	31
1.4. Annexe : instruments de mesure de la santé mentale dans un contexte épidémiologique	32
2. Indicateurs médico-sociaux des problèmes de santé mentale à Marseille	36
<i>Faits marquants.....</i>	<i>37</i>
2.1. Affections de longue durée (ALD)	38
2.2. Arrêts de travail de longue durée	43
2.3. Pensions d'invalidité	45
3. Mortalité par troubles mentaux à Marseille.....	47
<i>Faits marquants.....</i>	<i>47</i>
3.1. Mortalité par pathologies mentales à Marseille	48
3.2. Mortalité par suicide à Marseille	50

4. Ressources et organisation du système de prise en charge des problèmes de santé mentale à Marseille	51
4.1. Etablissements de santé publics et privés	53
<i>Faits marquants.....</i>	<i>54</i>
4.1.1. Présentation générale de l'offre hospitalière : une prédominance du privé	56
4.1.2. Prises en charge ambulatoires : l'accessibilité des CMP pourrait être améliorée	63
4.1.3. Prises en charge à temps partiel : une offre en développement	68
4.1.4. Prises en charge à temps complet : vers davantage d'alternatives à l'hospitalisation	71
4.1.5. Urgences : 3 sites d'accueil à Marseille et des services mobiles.....	77
4.1.6. Equipes mobiles : une équipe mobile en activité et une en projet	80
4.1.7. Organisation des soins et fonctionnement des secteurs de psychiatrie générale	82
4.2. Professionnels de la psychiatrie/santé mentale	84
<i>Faits marquants.....</i>	<i>85</i>
4.2.1. Psychiatres libéraux et salariés : une offre importante à Marseille.....	86
4.2.2. Autres professionnels (infirmiers, psychologues...) : Marseille est bien dotée	89
4.2.3. Personnel des secteurs de psychiatrie générale : les secteurs marseillais bien dotés.....	91
4.3. Services médico-sociaux, sociaux	94
<i>Faits marquants.....</i>	<i>95</i>
4.3.1. Bilan de l'existant et perspectives : un déficit de structures pour personnes handicapées	97
4.3.2. Besoins en matière « d'hébergement thérapeutique et social » à Marseille	102
4.4. Dispositifs agissant auprès de groupes de population spécifiques	104
4.4.1. Education nationale	104
<i>Faits marquants.....</i>	<i>105</i>
4.4.2. Services de santé au travail	107
4.4.3. Dispositifs agissant auprès des populations précaires.....	108
<i>Faits marquants.....</i>	<i>109</i>
4.4.4. Dispositifs de prise en charge des personnes détenues.....	116
<i>Faits marquants.....</i>	<i>117</i>

5. Utilisation du système de soins en santé mentale à Marseille	118
5.1. Activité des structures hospitalières	119
<i>Faits marquants.....</i>	<i>120</i>
5.1.1. Un nombre d'entrées relativement stable entre 2000 et 2003	122
5.1.2. Un taux d'occupation plus élevé dans les établissements de soins privés ne participant pas au service public hospitalier	123
5.1.3. 15 000 Marseillais pris en charge dans les secteurs de psychiatrie générale en 2003	125
5.1.4. Durée moyenne de séjour et hospitalisations de longue durée	131
5.1.5. Hospitalisations sans consentement.....	136
5.2. 1er recours (urgences, médecine générale)	139
<i>Faits marquants.....</i>	<i>140</i>
5.2.1. Activité de la fédération des urgences nord	142
5.2.2. Activité du SAMU : en 2005, 12 % des dossiers régulés étaient liés à un problème de santé mentale	146
5.2.3. Activité de SOS Médecins dans le champ de la santé mentale à Marseille	151
5.2.4. Activité des médecins généralistes dans le champ de la santé mentale	155
5.3. Recours aux psychiatres	162
<i>Faits marquants.....</i>	<i>163</i>
5.4. Consommation de psychotropes et dosages de lithémie	167
<i>Faits marquants.....</i>	<i>170</i>
5.4.1. Initialisations de traitements psychotropes.....	172
5.4.2. « Prévalence » de la consommation de psychotropes	182
5.4.3. Dosages de lithémie	191
5.5. Traitements de substitution (buprénorphine et méthadone)	194
<i>Faits marquants.....</i>	<i>195</i>
5.6. Les problèmes de santé mentale chez les personnes en situation de précarité : quelques résultats disponibles à Marseille	199
<i>Faits marquants.....</i>	<i>200</i>
5.6.1. Les problèmes de santé mentale parmi les bénéficiaires du RMI orientés vers une consultation médicale	201
5.6.2. Les problèmes de santé mentale chez les personnes reçues au CASO ou rencontrées par la mission auprès des personnes sans abri de Médecins du Monde Marseille.....	207
Références.....	210

1. Données générales de cadrage et données épidémiologiques

1.1. Santé mentale positive / santé mentale négative : définitions

Les définitions de la santé mentale sont nombreuses et rarement jugées satisfaisantes. Ceci tient au fait qu'il s'agit d'un concept qui implique nécessairement un jugement de valeur. Une tendance fréquente consiste à penser les questions de santé mentale selon un schéma dichotomique à dominante médicale (bonne santé mentale versus maladie mentale). Cette vision duale ne prend pas en compte les états intermédiaires (tensions différentes, formes de détresse, stress, souffrance psychique...) qui constituent aussi des souffrances à des degrés divers (Joubert, M. 2003).

Aborder la question de la santé mentale revient à ouvrir un vaste champ de la santé publique que la notion de « bien être mental », proposée dans la définition même de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cerne très insuffisamment et dont la « psychiatrie » ne rend pas totalement compte. S'il est pratiquement impossible de donner une définition satisfaisante de la santé mentale, il est par contre admis qu'elle va au-delà de la simple absence de troubles mentaux. Néanmoins, compte tenu de l'ampleur du champ de la santé mentale, il a été décidé de présenter dans ce rapport l'état des connaissances actuel sur les troubles mentaux et du comportement plutôt que sur une notion plus large de la santé mental.

Définition de la santé mentale (Michel Joubert : « Santé mentale : ville et violences, éditions ERES, 2003»)

La santé mentale est un idéal rationnel de ce qu'une société, à un moment donné, considère comme l'optimum d'équilibre vers lequel les individus devraient tendre ; un cadre normatif autour duquel tout un ensemble de jugements, de sanctions et de traitement des individus vont œuvrer, assistés d'instances informelles d'évaluation agissant au travers d'échanges interindividuels. On y retrouve le travail (capacité à s'adapter, à atteindre des performances), l'intervention sociale (besoin d'aide), et les expertises médicales (qualification des pathologies), mais aussi la famille et les pairs (évaluation de la capacité de chacun à tenir son rôle sur le plan des affects et de la sociabilité). A chaque niveau d'interaction, des logiques d'évaluation engageant des valeurs et des jugements se trouvent impliquées et participent à qualifier, mais aussi à conforter, l'état de santé mentale d'une personne. Cette dernière serait alors conduite à intégrer ces éléments, à les constituer comme repères susceptibles de l'aider à s'identifier ou à se démarquer.

1.1.1. Santé mentale positive

La dimension positive de la santé mentale est soulignée dans la définition même de la santé de l'OMS : « La santé est un état de complet bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation Mondiale de la Santé 2001).

Il s'agit d'insister sur la possibilité pour la personne de se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. Le bien être et la qualité de vie prédisent la santé mentale dans l'avenir. Des traits de personnalité ou dispositions psychologiques tels que l'optimisme, l'espoir et le sens de la cohérence apparaissent comme des facteurs favorisant une santé mentale positive.

1.1.2. Santé mentale négative

Souffrance psychique

Le terme est utilisé à propos de toute une série d'expressions de mal être : détresse, stress, consommation de psychotropes, actes de violence, dépression... Frank proposait le terme de « démoralisation » : état dans lequel les possibilités psychiques des individus sont dépassées, que ce soit pour une raison extérieure (stress) ou pour une raison intérieure (névrose) (Frank, J. D. 1973). Il se fondait sur une réalité clinique : état dans lequel sont les patients quand ils viennent consulter ; à ce stade le diagnostic a peu d'importance d'après lui, il faut leur proposer une aide.

La souffrance psychique recouvre des configurations de symptômes variés, dans diverses circonstances de la vie et est souvent décrite par rapport à une situation (par exemple, harcèlement moral au travail...) (Lovell, A. 2004a).

Une souffrance psychique ne constitue pas nécessairement un trouble mental. Elle peut être due à des difficultés personnelles ou sociales. Elle peut, par contre, conduire à une demande d'aide et à une consommation de soins (Organisation Mondiale de la Santé 2001).

Pathologies mentales (présence d'un diagnostic)

On appelle pathologies mentales (ou troubles mentaux) toutes les perturbations des fonctions mentales et les anomalies des comportements qu'elles commandent, c'est-à-dire les affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement de mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou une altération des fonctions mentales (Organisation Mondiale de la Santé 2001). Ces désordres mentaux se manifestent par des symptômes et signes spécifiques et, si l'on n'intervient pas, suit généralement une évolution naturelle plus ou moins prévisible.

La présence d'une souffrance psychique ne suffit pas à elle seule pour considérer celle-ci comme un trouble mental. Par exemple l'humeur dépressive relève de la souffrance psychique et la dépression caractérisée du trouble mental.

Handicap psychique, dysfonctionnement social

La détresse psychologique et les troubles mentaux peuvent entraîner des dysfonctionnements sociaux importants (problèmes d'hypersensibilité interpersonnelle, incapacité à gérer le quotidien) et/ou professionnels (absentéisme, incapacité de travailler pouvant entraîner la perte d'emploi...), pouvant avoir des répercussions sur la qualité de vie (appelés aussi retentissement fonctionnel) et pouvant nécessiter un recours aux soins. La sévérité des troubles mentaux et la comorbidité psychiatrique sont associées à des répercussions sur la qualité de vie plus importants (Alonso, J. et al. 2004e).

Certains troubles de santé mentale s'avèrent avoir un impact plus important en termes de qualité de vie, de dysfonctionnement social ou de handicap, on peut citer entre autres, les troubles dysthymiques, la dépression, l'état de stress post-traumatique, les troubles paniques et les phobies.

Les répercussions des troubles mentaux sur la santé sont davantage d'ordre cognitif et/ou émotionnel que physique, mais ils peuvent également accentuer certains symptômes physiques tels que des douleurs, le sentiment de fatigue... (Alonso, J. et al. 2004e).

Besoins de soins

Les trois dimensions - détresse psychologique, diagnostic de trouble mental et dysfonctionnement social - peuvent se recouvrir totalement, partiellement ou être autonomes : certaines personnes peuvent présenter un diagnostic de trouble mental sans dysfonctionnement social et, inversement, d'autres sujets peuvent présenter une détresse psychologique ou un dysfonctionnement d'origine sociale sans diagnostic précis. La prise en compte de ces trois dimensions est nécessaire pour évaluer les besoins de soins, chez un individu comme dans une population. Cependant, ces trois dimensions ne se recoupent que partiellement comme le montre l'étude de Ciarlo et al. réalisée aux Etats-Unis (Ciarlo, J. A. et al. 1992). Etablir un diagnostic de trouble mental n'équivaut pas nécessairement à identifier un besoin de soin en santé mentale : il faut aussi qu'une souffrance psychique ou un handicap dans un ou plusieurs domaines de la vie courante soient présents (Kovess, V. et al. 2001). Inversement, une souffrance psychique ne constitue pas nécessairement un trouble mental. Elle peut être due à des difficultés personnelles ou sociales. Mais elle peut aussi conduire à une demande d'aide et à une consommation de soins. Dans le domaine de la santé mentale, plus que dans les autres disciplines médicales, la « demande de soins » est en deçà du « besoin de soins » (Kovess, V. et al. 2001). La demande de soins en psychiatrie est l'aboutissement d'un cheminement complexe dans lequel interviennent de nombreuses caractéristiques personnelles, sociologiques, environnementales... En particulier, la demande de soins implique de la part du patient la prise de conscience d'une souffrance exagérée qui serait reconnue comme un problème de santé pouvant être soigné. A cela s'ajoute les problèmes d'accessibilité aux soins (présence ou absence de spécialistes, liste d'attente...).

1.2. Mesurer la santé mentale

Malgré l'importance du champ de la santé mentale, peu d'indicateurs sont disponibles à l'heure actuelle pour « mesurer » les problèmes de santé mentale. Les pathologies mentales sont des maladies chroniques, pouvant entraîner un handicap et rarement létales (Kovess-Masféty, V. 2003). Les indicateurs de mortalité ne constituent par conséquent qu'une image partielle des problèmes de santé mentale et ce d'autant plus que les statistiques de mortalité doivent être interprétées avec précaution dans ce domaine : la pathologie psychiatrique et la nature intentionnelle d'un décès par mort violente ne sont pas toujours reconnues par les médecins ; la pathologie mentale est bien souvent une cause associée au décès et non initiale...

Concernant la morbidité psychiatrique, elle ne peut être évaluée que par des enquêtes de population utilisant des instruments rigoureusement validés sur des populations représentatives.

1.2.1. Diagnostiquer les troubles mentaux : les classifications

Le diagnostic des troubles mentaux se fonde sur l'analyse clinique d'un certain nombre de symptômes. En pratique, on utilise deux classifications internationales permettant d'établir des diagnostics standardisés :

- La *Classification internationale des maladies* (CIM) de l'OMS : elle constitue une description détaillée des maladies et traumatismes connus. Elle est régulièrement révisée et en est actuellement à sa dixième édition. Le chapitre V correspond aux maladies mentales (OMS 1996).

- Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) : il constitue le manuel de référence utilisé internationalement pour diagnostiquer les troubles psychiatriques. Ce manuel est édité par l'Association américaine de psychiatrie (APA). La quatrième édition du DSM, a été publiée en 1994 et reconnaît 410 troubles psychiatriques¹ (APA 1994).

Ces diagnostics sont dits catégoriels : il faut identifier un nombre minimum de critères afin de considérer qu'une personne présente une pathologie psychiatrique ou neuropsychiatrique. Ces outils sont très proches permettant de générer des diagnostics très comparables. Les variations les plus sensibles entre ces deux outils résident dans les critères dimensionnels (durée des symptômes).

Ces classifications ont été souvent critiquées, par les psychiatres en particulier, pour leur aspect jugé trop catégoriel. Néanmoins, le principal objectif de ces classifications est de disposer de critères diagnostiques standardisés faisant consensus sur le plan international afin que les résultats des études épidémiologiques soient comparables d'une enquête à l'autre et d'un pays à l'autre.

1.2.2. Instruments de mesure de la santé mentale dans un contexte épidémiologique

Il existe des instruments permettant de déterminer la présence de troubles mentaux et ayant l'avantage d'être moins longs à utiliser que les classifications et/ou pouvant être utilisés par des non-cliniciens. Ces instruments peuvent être sous la forme d'*entretiens*, de *questionnaires* ou d'*échelles*. Ils sont présentés en annexe (cf. partie 1.4).

1.2.3. Mesure du fonctionnement social

Il n'est pas toujours évident de partager le dysfonctionnement social du symptôme psychiatrique. Les atteintes du fonctionnement social peuvent être utilisées comme critères diagnostiques comme pour le DSM IV ou encore faire partie des symptômes d'une échelle dite de fonctionnement global comme pour l'axe V du DSM IV. Il existe toutefois des instruments, présentés en annexe (cf. partie 1.4), dont l'objectif est d'évaluer l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Sans prétendre à l'exhaustivité, on peut citer : *l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement* (APA 1994), *l'échelle des habiletés de la vie autonome* (EHVA) (Cyr, M. et al. 1994), *l'échelle d'adaptation sociale* (Toupin, J. et al. 1993).

1.3. Épidémiologie des principaux troubles mentaux

En France, près de 20 % de la population générale adulte, 16 à 43 % des patients ayant recours aux médecins généralistes et près de 40 % des patients accueillis dans les services d'urgences (médicales et psychiatriques) présenteraient un trouble de santé mentale (Barrett, J. E. et al. 1988; Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., et al. 2004b; Saliou, V. et al. 2005).

Les troubles les plus fréquemment diagnostiqués chez les patients accueillis dans les services d'urgences (médicales et psychiatriques) sont les troubles dépressifs, l'anxiété généralisée, l'abus et la dépendance à l'alcool, la schizophrénie et l'état de stress post traumatique (ESPT).

¹ En juillet 2000, un texte de l'APA a été publié afin d'accréditer cette 4ème édition et de confirmer les changements entre le DSM III et le DSM IV.

Parmi les patients se rendant aux services d'urgences et présentant un trouble mental, seul 1/4 consulterait pour un motif lié à la santé mentale (Saliou, V. et al. 2005). Une enquête réalisée en France auprès de patients de psychiatres libéraux et hospitaliers, montrait que plus d'un tiers des patients souffrant de troubles psychiatriques attendaient plus d'un an avant de consulter un psychiatre (Rouillon, F. 1992).

1.3.1. Troubles anxieux

Définition

L'anxiété est une émotion normale en réponse au stress dans la vie quotidienne. Elle devient pathologique quand elle est source de détresse pour l'individu qui ne la contrôle plus. L'anxiété pathologique peut revêtir deux grands aspects : la crise aiguë d'angoisse et l'anxiété généralisée.

D'après le DSM IV, les troubles anxieux comprennent :

- l'*anxiété généralisée* : caractérisée par une anxiété et des soucis excessifs survenant durant au moins 6 mois et associés à 3 ou plus des symptômes suivants : agitation ou sensation d'être survolté ou à bout, fatigabilité, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil ;
- les *troubles paniques* : ils sont caractérisés par une période délimitée de crainte ou de malaise intense, dans laquelle au minimum 4 des symptômes suivants surviennent de façon brutale (et atteignent leur acmé en moins de 10 minutes) : palpitations, battements de cœur, transpiration, secousses musculaires, sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement, sensation d'étranglement, douleur ou gêne thoracique, nausée ou gêne abdominale, sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement, déréalisation ou dépersonnalisation, peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou, peur de mourir, paresthésies, frissons ou bouffées de chaleur ;
- les *phobies (spécifique, sociale...)* : elles sont caractérisées par des peurs persistantes et intenses à caractère irraisonné ou excessif. L'exposition à la situation provoque une réaction anxieuse immédiate ;
- les *troubles obsessionnel compulsifs (TOC)* : les obsessions sont définies par des pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante. Les compulsions sont définies par des comportements répétitifs ou actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles ;
- l'*état de stress aigu* (réaction à un événement traumatique) ;
- l'*état de stress post traumatique (ESPT)* : réaction de stress ou d'angoisse causée par l'exposition à un événement traumatique. L'ESPT est caractérisé par des symptômes d'intrusion (reviviscence de l'événement sous forme de « flash-backs », cauchemars...), des symptômes d'évitement (fuite de ce qui est associé à l'événement) et des symptômes d'hyperactivité neurovégétative (hyper vigilance, irritabilité, difficultés de concentration, d'endormissement...).

Prévalence des différents troubles anxieux

a- En Europe

D'après l'étude ESEMeD (European Study of Epidemiology of Mental Disorder) réalisée en 2001-2002 en Europe², la prévalence des troubles anxieux³ (anxiété généralisée, phobies, ESPT, troubles paniques) dans la population adulte atteignait près de 14 % sur la vie entière et 6,4 % sur un an. Parmi les troubles anxieux, les **phobies spécifiques** sont les plus fréquentes (avec une prévalence sur la vie de 7,8 %), suivies de **l'anxiété généralisée** (2,8 %), des **phobies sociales**⁴ (2,4 %), des **troubles paniques** (2,1 %) et de **l'ESPT** (1,9 %) (Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., et al. 2004b) [Tableau 1].

Concernant les **troubles obsessionnels compulsifs (TOC)**, une revue de la littérature estimait leur prévalence sur la vie entière entre 0,5 % et 3 % en population générale adulte et entre 0,3 et 4 % chez les adolescents (Fontenelle, L. F. et al. 2006). La fréquence de ces troubles augmente avec l'âge (elle est nulle chez les jeunes de 11 ans et de l'ordre de 2 à 3 % au-delà de 16 ans) (HAS 2005).

	12 mois	Vie entière
Troubles anxieux*	6,4%	13,7%
Phobies spécifiques*	3,5%	7,8%
Phobies sociales*	1,1%	2,4 %
Anxiété généralisée*	1,0%	2,8 %
Troubles paniques*	0,8%	2,1%
TOC**		0,5-3,0%
ESPT*	0,9 %	1,9%

* France, Belgique, Allemagne, Italie, Pays Bas et Espagne (Enquête ESEMeD)
** Allemagne, Pays Bas, Turquie (revue de la littérature)

Sources : Fontenelle, 2006 ; Alonso, 2004

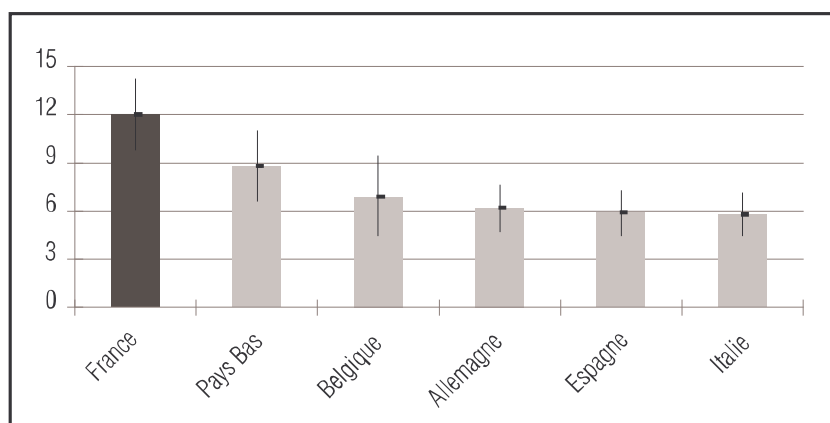
b- En France

Parmi les six pays ayant participé à l'étude ESEMeD, la France présentait la plus forte prévalence sur un an des troubles anxieux (12,0 % [9,8-14,2]) : ces troubles étaient 2 fois plus fréquents qu'en Allemagne, Italie ou Espagne [Graphique 1] (Demyttenaere, K. et al. 2004).

² France, Belgique, Allemagne, Italie, Pays Bas et Espagne

³ diagnostiqués à l'aide du CIDI

⁴ ou trouble d'anxiété sociale



Graphique 1 : Prévalence des troubles anxieux dans 6 pays d'Europe (en %)

Source : Enquête ESEMeD

Les prévalences des **troubles anxieux spécifiques** (troubles paniques, anxiété généralisée, phobies, TOC...) ne sont pas connues à l'heure actuelle en France, à l'exception de la phobie sociale qui a fait l'objet d'études en 1995 et 1999. La prévalence en population générale de ce trouble était alors estimée entre 4 et 7 % (Lepine, J. P. et al. 1995; Lecrubier, Y. et al. 2000).

c- A Marseille

Une étude multicentrique réalisée par l'Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique (ASEP) en 2001 a permis d'estimer la prévalence des troubles anxieux dans les quartiers nord de Marseille (ASEP et al. 2001). D'après cette étude la prévalence de l'anxiété généralisée s'élevait à 12,3%, celle des phobies sociales à 4,5 %, celle des troubles paniques à 3,1 % et celle des TOC à 1,3 %. Ces prévalences sont bien supérieures à celles retrouvées dans d'autres études internationales ; ceci peut être lié aux caractéristiques de la population des quartiers nord de Marseille, mais aussi à l'outil utilisé, le MINI, instrument moins spécifique que le CIDI.

Facteurs de risques des troubles anxieux

La prévalence des troubles anxieux est toujours plus élevée chez les femmes que chez les hommes [Tableau 2] : quel que soit le trouble anxieux (trouble panique, phobie, anxiété généralisée ...) ; la prévalence sur la vie entière est près de 2 fois plus importante chez les femmes que chez les hommes. Elle est même jusqu'à 3 fois plus importante pour l'ESPT (Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., et al. 2004b) [Tableau 2].

La fréquence des troubles anxieux est maximale chez les jeunes adultes (18-24 ans) et tend à diminuer avec l'âge. Les personnes vivant seules présentent davantage de troubles anxieux que les personnes en couple. La précarité sociale et l'insécurité constituent également des facteurs de risque des troubles anxieux (Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., et al. 2004b). Enfin, l'étude ESEMeD mettait en évidence une fréquence des troubles anxieux significativement plus importante chez les sujets habitant dans de grandes agglomérations par rapport aux sujets vivant dans des zones rurales.

Tableau 2 : Prévalence des troubles anxieux selon le sexe en Europe				
	12 mois		Vie entière	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Troubles anxieux	3,8 %	8,7 %	9,5 %	17,5 %
Phobies spécifiques	1,9 %	5,0 %	5,0 %	10,4 %
Phobies sociales	0,8 %	1,4 %	1,9 %	2,9 %
Anxiété généralisée	0,5 %	1,4 %	2,0 %	3,6 %
Troubles paniques	0,6 %	1,1 %	1,6 %	2,5 %
ESPT	0,4 %	1,4 %	0,9 %	2,9 %

Source : Enquête ESEMeD (Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., et al. 2004b)

Comorbidités psychiatriques

D'après l'enquête ESEMeD, parmi les patients souffrant d'un trouble anxieux (anxiété généralisée, phobies, troubles paniques...) près de 30 % présentaient un autre trouble de santé mentale. Les troubles anxieux sont fréquemment associés entre eux mais on observe également une forte comorbidité avec les troubles de l'humeur, l'abus ou la dépendance à l'alcool ou des troubles somatiques (problèmes de dos, maux de tête, migraines, douleurs gastriques, insomnies...) (Alonso, J. et al. 2004c). Cette comorbidité est associée à un handicap social plus important, des symptômes plus sévères et des chances réduites de rémission.

Les risques suicidaires sont également élevés chez les sujets souffrant de troubles anxieux, en particulier lorsque qu'il s'agit de TOC (Apter, A. et al. 2003).

Recours aux soins

Les sujets souffrant de troubles anxieux ont peu recours aux soins pour ces troubles. D'après l'enquête ESEMeD, seul un quart des sujets présentant un trouble anxieux a déclaré avoir eu recours aux soins au cours des 12 mois : dans 30 % des cas, ils consultaient un médecin généraliste, dans 21 % des cas un psychiatre et dans 14 % des cas un autre professionnel de santé mentale (psychologue) (Alonso, J. et al. 2004d). Le recours aux soins est encore moins fréquent lorsqu'il s'agit de patients phobiques. La grande majorité des sujets adapte sa vie en fonction de ce trouble et ne cherche pas à le traiter. Il semble que se soit la présence d'un trouble associé qui pousse ces personnes à recourir aux soins. Certains troubles anxieux sont également mal connus des professionnels de la santé. C'est le cas en particulier de la phobie sociale : d'après une étude française, moins d'un quart des sujets souffrant de phobie sociale seraient diagnostiqués par un professionnel de santé et il s'agit plus fréquemment des sujets qui présentent une comorbidité psychiatrique (EDM) (Weiller, E. et al. 1996).

1.3.2. Troubles de l'humeur

Définitions

Les troubles de l'humeur comprennent les troubles dépressifs majeurs, les troubles dysthymiques et les troubles bipolaires. Ces troubles sont définis par la présence ou l'absence d'un épisode thymique (épisode dépressif majeur, épisode maniaque ou hypomaniaque, épisode mixte).

- *Episode dépressif majeur (EDM)* : il se manifeste par une tristesse de l'humeur, une perte d'intérêt pour toute activité et une baisse de l'énergie. Les autres symptômes sont une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, une culpabilité injustifiée, des idées de mort et de suicide, des difficultés de concentration, des troubles du sommeil et une perte d'appétit. La dépression se distingue des modifications normales de l'humeur par son degré de gravité, ses symptômes et leur durée (au moins 2 semaines) et aussi par le retentissement sur le fonctionnement de la vie quotidienne.
- *Episode maniaque* : La symptomatologie de l'épisode maniaque est généralement décrite comme l'inverse de celle de l'épisode dépressif, et concerne comme celle-ci, l'humeur, les facultés cognitives et les comportements moteurs et motivationnels. Il s'agit d'une accélération brutale de la pensée, des comportements, s'accompagnant d'une hyperactivité. La gaieté est expansive et exagérée, la parole rapide, l'insomnie presque totale. Ces accès maniaques alternent habituellement avec des épisodes dépressifs majeurs, dans le cadre d'une affection appelée trouble de l'humeur bipolaire. Cette pathologie est extrêmement hétérogène, caractérisée par la survenue généralement répétée d'épisodes dépressifs, maniaques, hypomanes ou mixtes, séparés par des périodes au cours desquelles les sujets sont à priori indemnes de dysfonctionnement psychique majeur.
- *Episode mixte* : les critères sont réunis à la fois pour un épisode maniaque et pour un épisode dépressif majeur et cela presque tous les jours pendant au moins une semaine.

Prévalence des troubles dépressifs majeurs en France

Les troubles dépressifs majeurs sont caractérisés par la présence d'un EDM. Ils sont dits isolés si le sujet n'a pas d'antécédent d'EDM et récurrents si un EDM a déjà eu lieu deux mois au moins avant le présent EDM.

Les troubles dépressifs majeurs figurent parmi les troubles mentaux les plus fréquents avec la dépendance à l'alcool et les troubles phobiques. En France, leur prévalence sur un an en population générale varie selon les études entre 5 et 12 % (Le Pape, A. et al. 1999) [Tableau 3]. Dans les études les plus récentes, réalisées entre 2000 et 2005, les prévalences sur un an s'élevaient entre 9 et 11 %. D'après l'étude ESEMeD, réalisée en 2001-2002 dans six pays d'Europe⁵, c'est en France qu'elle serait la plus élevée [Graphique 2] (Demyttenaere, K. et al. 2004).

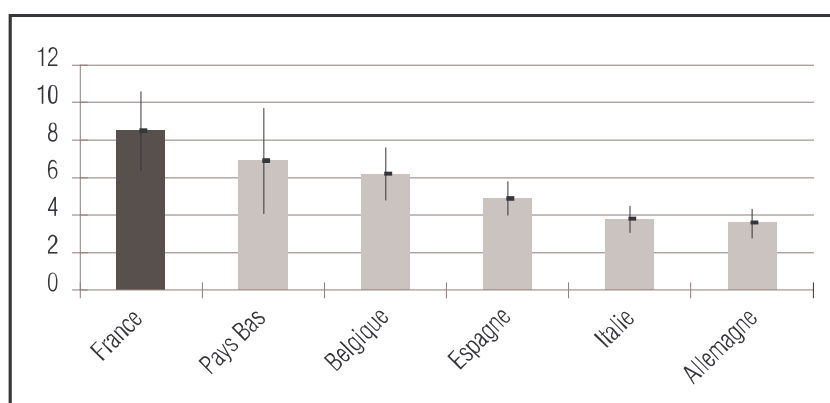
D'après l'étude de l'ASEP réalisée en population générale sur différents sites⁶, la prévalence des troubles dépressifs majeurs dans les quartiers nord de Marseille serait de 8,3 % (ASEP et al. 2001). Contrairement à d'autres sites, ce sont les moins de 30 ans qui présentaient les prévalences les plus élevées.

⁵ France, Belgique, Allemagne, Italie, Pays Bas

⁶ Enquête multicentrique en population générale réalisée en 1998-2000. A Marseille, 893 personnes des quartiers nord ont été interrogées. L'outil diagnostique utilisé était le MINI.

Tableau 3 : Prévalence des troubles dépressifs majeurs en France en population générale					
	Auteurs	Outil	6 mois	12 mois	Vie entière
Savigny (1987-88)	Lépine et al.	DSM IIIR	-	5% (H=3,4 ; F=6,0)	17,9% (H=10,7 ; F=22,4)
Franciliens (1991)	Kovess et al.	DSM IIIR	-	6% (H=3,3 ; F=8,2)	19,2% (12,4 – 24,9)
OMS (1991)	Lecrubier et al.	CIM 10	13,7 % (H=9,3 ; F=18,7)	-	-
DEPRES (1994-95)	Lépine et al.	DSM IIIR	9,1% (H=5,9 ; F=12,2)	-	-
Enquête Santé et Protection sociale (1997-98)	Le Pape et al.	MINI		12%	
ESMeD (2001-02)	Demyttenaere et al.	CIDI		8,5%*	
Enquête Santé mentale (SMPG) (1999-2003)	OMS-DREES	MINI		11,1%	
Baromètre Santé (2004-2005)	INPES	CIDI-SF		7,9%	
Enquête décennale Santé (2002-2003)	INSEE-DREES	CES-D		8,8%	

* dysthymie et dépression caractérisée



Graphique 2 : Prévalences des troubles de l'humeur* dans 6 pays d'Europe (en %)

* dysthymie et troubles dépressifs majeurs

Source : Enquête ESEMeD

Prévalences des troubles bipolaires en France

Les troubles bipolaires sont caractérisés par une vulnérabilité à présenter des fluctuations marquées de l'humeur de manière récurrente. Les caractéristiques des accès et leur évolution dans le temps permettent de distinguer plusieurs formes cliniques. Il est classique d'individualiser deux types principaux de troubles bipolaires (type I et II), même si d'autres états peuvent exister. Le type I est le plus typique et se caractérise par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'épisodes dépressifs majeurs (le trouble sera qualifié bipolaire même en l'absence d'épisode dépressif). Le diagnostic de trouble bipolaire de type II sera posé lors de l'association d'au moins un épisode dépressif majeur et d'un épisode d'hypomanie (l'hypomanie est une forme atténuée de la manie). Les études se focalisent en général sur ce dernier. L'âge de survenue des troubles bipolaires se situe en général entre 15 et 25 ans.

Selon les études, la prévalence annuelle des troubles bipolaires se situerait entre 0,2 et 1,1 % en population générale et entre 0,2 et 1,6 % sur la vie entière (Muller-Oerlinghausen, B. et al. 2002; Raymont, V. et al. 2003; Pini, S. et al. 2005), soit environ 500 000 patients bipolaires, en période maniaque ou dépressive, ou en rémission en France. Les troubles bipolaires concernent 10 à 15 % des consultations de psychiatrie générale (Rouillon, F. 1992).

Facteurs de protection et facteur de risque des troubles de l'humeur

a- Genre et troubles de l'humeur

Quels que soient les études, les instruments et la période de référence, la prévalence de la **dépression** est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., et al. 2004b) [Tableau 4]. En effet, toutes choses égales par ailleurs (à âge, formation, situation conjugale et professionnelle identiques), une femme présente 1,5 à 2 fois plus de risques de vivre un épisode dépressif qu'un homme (Leroux, I. et al. 2006). Cet écart entre hommes et femmes doit cependant être nuancé en raison d'un possible biais de sous déclaration des hommes : ceux-ci auraient plus de gêne à reconnaître des états comme la tristesse, la perte d'intérêt ou le manque de confiance en soi et jugeraient plus fréquemment la dépression comme un état dévalorisant ce qui peut entraîner des difficultés pour reconnaître leurs symptômes dépressifs (Leroux, I. et al. 2006).

Concernant **les troubles bipolaires**, contrairement aux troubles dépressifs, la fréquence est peu différente selon le sexe. La prévalence serait toutefois légèrement plus importante chez les femmes (Pini, S. et al. 2005).

	12 mois		Vie entière	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Troubles de l'humeur	2,9 %	5,6 %	9,4 %	18,3 %
Dépression caractérisée	2,6 %	5,1 %	8,8 %	16,5 %
Dysthymie	0,8 %	1,5 %	2,6 %	5,6 %
<i>Source : Enquête ESEMeD</i>				

b- Age et troubles de l'humeur

Le risque de vivre un épisode dépressif n'est pas constant tout au long de la vie. Il augmente à partir de l'adolescence, devient maximal autour de 40-50 ans puis tend à diminuer (Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., et al. 2004b). Pour autant, l'effet de l'âge est moins marqué que celui de la situation conjugale ou professionnelle sur le risque de vivre un épisode dépressif.

Chez l'enfant, la prévalence de la dépression est plus faible. Elle serait inférieure à 2,5 % chez les 6-12 ans et de 2 à 8 % chez les adolescents ; mais les troubles dépressifs de l'enfant sont particulièrement difficiles à identifier, du fait de leurs modes d'expression différents (ANAES 2000). Troubles du comportement, conduites délictueuses, agressivité, violence... sont autant de comportements considérés par de nombreux auteurs comme pouvant être l'expression d'une souffrance psychique ou de symptômes dépressifs (HCSP 2000).

c- Marqueurs socio-économiques

De nombreuses études ont mis en évidence le rôle de certaines caractéristiques sociales sur les risques de troubles de l'humeur (faibles revenus, chômage, faible niveau d'éducation, tissu familial et relationnel...) (Paykel, E. S. et al. 2005).

Chez les adultes, les risques d'épisode dépressif ou de troubles bipolaires sont fortement liés à la situation conjugale. Les personnes les moins exposées sont celles qui vivent en couple (et a fortiori les personnes mariées) par rapport aux célibataires (Muller-Oerlinghausen, B. et al. 2002). Les ruptures conjugales (séparations, divorces) et le veuvage constituent des facteurs de risques majeurs de dépression.

La situation face à l'emploi est le facteur socio-économique le plus lié à la dépression chez les adultes. Chez les hommes comme chez les femmes, les inactifs (hors étudiants et retraités) présentent plus fréquemment des troubles dépressifs que les actifs. Le travail est donc associé à un risque moins élevé d'épisode dépressif. Pour autant, parmi les personnes occupant un emploi, il existe des inégalités face aux troubles dépressifs. La dépression suit un gradient selon la catégorie socioprofessionnelle : les employés et les ouvriers sont les catégories les plus touchées par les épisodes de dépression en comparaison des cadres (Leroux, I. et al. 2006).

Troubles dépressifs et comorbidités

La dépression est une maladie de longue durée, à caractère récurrent dans près de 75 % des cas et chronique sans rémission dans 20 % des cas (Keller, M. B. et al. 1992). Les troubles dépressifs peuvent avoir une influence considérable sur la morbidité et la mortalité en raison des conséquences négatives qu'ils peuvent avoir sur les comportements relatifs à la santé (mauvaise compliance thérapeutique, non observance des recommandations d'hygiène de vie, conduites addictives, sédentarité ...) (Taleb, M. et al. 2006). Les études récentes ont permis de souligner l'importance des associations de la dépression avec d'autres troubles psychiatriques et/ou physiques (Leroux, I. et al. 2006).

a- Comorbidités psychiatriques

Une comorbidité psychiatrique est observée chez près des trois quarts des patients souffrant de troubles dépressifs. Les pathologies psychiatriques auxquelles la dépression est le plus fréquemment associée

sont les troubles anxieux (et plus particulièrement l'anxiété généralisée, l'ESPT, les phobies) et la toxicomanie ou l'alcoolisme. La plupart des études porte sur les populations adultes, mais la comorbidité de la dépression est également importante chez l'enfant et l'adolescent (troubles anxieux, troubles du comportement...). Ce constat a des implications en termes de pronostic et de suivi : les cas de dépression comorbide sont plus sévères, répondent moins bien au traitement et présentent un risque suicidaire accru (Kessler, R. C. et al. 1996; Alonso, J. et al. 2004c).

Les troubles dépressifs constituent un facteur de risque majeur du suicide (Kessler, R. C. et al. 2005). Les idées suicidaires, les tentatives de suicides et les suicides seraient même plus fréquents chez les sujets présentant des troubles dépressifs, que chez les sujets présentant un autre trouble psychiatrique (dysthymie, troubles anxieux, ESPT, alcoolisme...) (Bernal, M. et al. 2006).

b- Comorbidités physiques

Il existe aussi une importante comorbidité entre la dépression et certaines affections (affections neurologiques, cancers...) ou plaintes somatiques (maux de dos, insomnies...). La plupart des études observe une prévalence de la dépression majeure de 10 à 20 % chez des personnes atteintes d'une maladie somatique. Ces pathologies masquent souvent les symptômes dépressifs ou rendent plus difficile le diagnostic de dépression (Burvill, P. W. 1995). Néanmoins, la relation de cause à effet entre dépression et pathologie somatique est encore mal connue : la dépression peut être une expression précoce de l'affection somatique ou sa conséquence. Elle peut aussi contribuer à l'écllosion d'une pathologie organique du fait des perturbations physiologiques accompagnant la dépression (Boyer, P. et al. 1999). Parmi les maladies somatiques fréquemment associées à la dépression, on peut citer les démences, la maladie de Parkinson, les maladies chroniques graves (cancer, sida...), les maladies cardiovasculaires.

Troubles bipolaires et comorbidités

L'existence d'une comorbidité psychiatrique concernerait un tiers des sujets bipolaires (Vieta, E. et al. 2001). Les troubles comorbides les plus fréquemment associés sont les troubles anxieux, les psychoses et les dépendances (Freeman, M. P. et al. 2002; Raymont, V. et al. 2003; Pini, S. et al. 2005). Dans l'étude Epidemiologic Catchment Area (ECA), réalisée en 1980-85 auprès de sujets souffrant de troubles bipolaires, 21 % avaient connu des épisodes de troubles paniques, contre respectivement 10 % chez les sujets souffrant de trouble dépressif majeur et 0,8 % en population générale (Robins, L. N. et al. 1991). La prévalence sur la vie entière des TOC s'élevait à 21,0 % chez les sujets bipolaires, contre 12,2 % chez les sujets présentant un trouble dépressif majeur et 2,5 % en population générale (Robins, L. N. et al. 1991). Enfin, d'après l'étude américaine National Comorbidity Survey (réalisée en 1990-92), la prévalence de la phobie sociale s'élevait à 47 % chez les sujets bipolaires contre 13 % en population générale. Une association a également été retrouvée avec les troubles de l'attention et de l'hyperactivité (Kessler, R. C. 1997). La probabilité pour un sujet bipolaire de présenter une conduite addictive avec abus de substance est près de 7 fois supérieure à celle d'un individu en population générale (Rouillon, F. 1997; Pini, S. et al. 2005). C'est avec l'alcoolisme et la toxicomanie que le trouble bipolaire est le plus souvent associé.

La comorbidité a pour conséquence une augmentation du risque de non-adhérence au traitement médicamenteux, une augmentation du nombre d'épisodes aigus et des taux de suicide, un raccourcissement de la durée des rémissions et une aggravation du pronostic psychosocial. Il importe

de souligner l'impact défavorable majeur de la dépendance alcoolique et ce d'autant plus qu'elle peut être repérée précocement. Les données de la littérature indiquent que les tentatives de suicide concerneraient 25 % des sujets bipolaires et 11 % décèderaient par suicide (Muller-Oerlinghausen, B. et al. 2002).

Troubles de l'humeur et recours aux soins

La prise en charge des patients souffrant de troubles de l'humeur est encore partielle. D'après l'étude ESEMeD, 37 % seulement des sujets présentant un trouble de l'humeur avaient reçu une prise en charge médicale au cours de l'année ; parmi eux 1/3 avait été pris en charge par un médecin généraliste uniquement, 1/3 par un médecin généraliste et un spécialiste et 1/3 par un spécialiste uniquement (Alonso, J. et al. 2004d). En France, les consultations chez un spécialiste seraient encore moins fréquentes (Taleb, M. et al. 2006).

a- Les troubles dépressifs

Concernant la prise en charge des troubles dépressifs, plusieurs constats peuvent être faits :

- La dépression est mal reconnue en médecine générale : une revue de la littérature estimait que 40 à 60 % des sujets déprimés ne sont pas reconnus comme tels par leur médecin lors de la consultation (Scott, J. 1988; AHCPR 1993; Paykel, E. S. et al. 2005). Une étude en région PACA retrouvait des résultats similaires avec plus de 30 % de cas probables d'épisode dépressif majeur (établis à partir du CIDI-SA) non identifiés par les médecins (Verger, P. et al. 2006). L'absence de détresse psychologique exprimée par le patient et/ou l'existence de plaintes somatiques masquant le tableau dépressif peuvent constituer des obstacles à l'établissement du diagnostic des médecins.
- Le traitement n'est pas toujours adapté aux besoins : la dépression, même reconnue, n'est pas toujours traitée de manière adéquate (Taleb, M. et al. 2006). En France une enquête a montré que les doses prescrites sont inférieures aux doses préconisées pour ¾ des sujets déprimés traités (Taleb, M. et al. 2006). On estime à l'heure actuelle que seuls 10 % des sujets déprimés, reconnus par leur médecin, recevront un traitement adéquat.

Une étude récente montrait que les prescriptions répétées d'antalgiques ou d'anti-inflammatoires ou d'examen radiologiques pouvaient constituer un facteur prédictif de la mise sous antidépresseur, indépendamment d'une comorbidité somatique. Ainsi les troubles psychiatriques peuvent se présenter sous la forme de douleurs chroniques mal expliquées, sans que le patient reconnaisse le lien entre ces symptômes et ce trouble et constituent des signes qui doivent alerter le clinicien sur une souffrance psychique ou des troubles dépressifs ou anxieux non identifiés (Verger, P. C., P.; Bidaud, S.; Paraponaris, A.; Sauze, L. 2007).

Non traitée, la dépression récidive ou se chronicise, puis se complique, principalement de conduites addictives mais aussi de conduites à risques ou de négligences qui peuvent nuire à la santé.

b- Les troubles bipolaires

La caractéristique des troubles bipolaires réside dans la difficulté de poser le diagnostic. Les patients sont trop longtemps considérés comme dépressifs. Les retards diagnostics entraînent des retards dans la mise en œuvre de soins adaptés qui peuvent avoir des répercussions sur la vie du patient et l'évolution des troubles (Goldberg, J. F. et al. 2002) : augmentation du risque suicidaire, diminution de

l'adaptation sociale, augmentation du nombre des hospitalisations... Par ailleurs, l'excès de diagnostics de dépression chez ces personnes est à l'origine d'un risque de 30 à 40 % d'induction de l'accélération des cycles par prescription inappropriée d'antidépresseurs (Altshuler, L. L. et al. 1995).

Ainsi, bien que ces troubles soient relativement fréquents, le diagnostic est souvent long à poser. Il est en moyenne porté 8 ans après le début des troubles et est associé à de nombreuses « errances » diagnostiques. Les troubles bipolaires ont un très fort taux de rechute : 80 à 90 % des sujets auront un second épisode après le 1^{er} et 10-15 % des patients bipolaires auront au moins 10 épisodes au cours de leur vie (Muller-Oerlinghausen, B. et al. 2002).

1.3.3. Schizophrénie

Définition

La schizophrénie se caractérise par un ensemble de symptômes qui se déclarent généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Elle se caractérise par des distorsions profondes de la pensée et elle affecte le langage, les pensées, les perceptions et la conscience de son identité (hallucinations auditives, délires...). Elle perturbe la façon dont le sujet fonctionne en lui faisant perdre les capacités acquises comme celle de gagner sa vie ou de faire des études.

Pour diagnostiquer une schizophrénie, au moins 2 des manifestations suivantes doivent être présentes de manière significative pendant une période d'un mois selon le DSM IV : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs (émoussement affectif, alogie ou perte de volonté) (APA 1994).

Prévalence / incidence

La prévalence de la schizophrénie est estimée à environ 1 % dans le monde, quel que soit le pays. Elle tend à apparaître entre 15 et 25 ans, plus tardivement chez la femme. Avant 15 ans elle est rare. Une étude chez les jeunes de 13-19 ans estimait la prévalence de la schizophrénie à 0,23 % (Gillberg, C. 2001). En France, le nombre de malades est estimé autour de 400 000 (Haute couverture, S. et al. 2006).

Facteurs de risque

a- Facteurs sociodémographiques et environnementaux

La prévalence de la schizophrénie est à peu près identique pour les deux sexes. On observe toutefois une différence dans l'âge de survenue de la maladie qui semble plus tardif chez les femmes. Chez les hommes, on observe un pic d'apparitions entre 15 et 25 ans, ce pic apparaît après 25 ans chez les femmes.

Plusieurs études ont mis en évidence une prévalence plus élevée de la schizophrénie parmi les sujets issus de niveaux sociaux les moins favorisés ainsi que parmi les sujets célibataires par rapport aux sujets mariés. Les auteurs de ces études privilégient l'hypothèse selon laquelle la maladie serait responsable d'un glissement social ou d'une détérioration des conditions de vie (et non pas une hypothèse selon laquelle les facteurs socio-éducatifs constitueraient un facteur à risque de la maladie) (Bromet, E. J. et al. 1999).

Il est admis que l'étiologie de la schizophrénie est multifactorielle incluant à la fois des facteurs génétiques et environnementaux ; ces mêmes facteurs sont déterminants à la fois dans la survenue et dans l'expression du trouble. Plusieurs modèles de la maladie ont été élaborés tenant à la fois compte de la prédisposition génétique et de l'influence des facteurs externes. Le modèle de vulnérabilité aux stress permet une approche positive et dynamique du trouble. Ce terme est employé comme synonyme de susceptibilité ou prédisposition, et postule de l'existence d'un risque variable à manifester un épisode psychotique aigu, et repose sur le principe de continuité du normal au pathologique.

Ce modèle permet de rendre compte du fait que la vulnérabilité à produire des épisodes psychotiques est chronique et non la maladie. La survenue de symptômes étant déterminée par l'influence de facteurs de stress socio environnementaux sur ce terrain « vulnérable » (Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E. 1984; Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E., Ventura, J. et al. 1994).

b- Facteurs comportementaux

Plusieurs études récentes indiquent que les consommateurs réguliers de cannabis présentent un risque 2 à 3 fois plus élevé de développer une schizophrénie (Arseneault, L. et al. 2002; Patton, G. C. et al. 2002; van Os, J. et al. 2002; Weiser, M. et al. 2005; Hall, W. 2006). Le risque est d'autant plus important que la consommation débute tôt et que la quantité consommée est importante (relation dose-effet). D'après ces études, le cannabis entraînerait des risques de troubles psychiatriques chez les sujets les plus vulnérables uniquement. Ceci expliquerait que la prévalence des troubles schizophréniques n'ait pas augmenté au cours du temps, contrairement à l'usage du cannabis, mais que l'apparition des troubles soit de plus en plus précoce (Hall, W. 2006).

c- Facteurs génétiques

Parmi les facteurs de vulnérabilité à la maladie identifiés, on trouve les facteurs génétiques. Un sujet apparenté au 1^{er} degré à une personne présentant des troubles de schizophrénie a un risque 5 à 15 fois plus élevé de développer la maladie (Bromet, E. J. et al. 1999).

Évolution de la maladie et comorbidités

Les études récentes sur l'évolution de la schizophrénie à court terme indiquent une évolution favorable du 1^{er} accès pour 70 à 85 % des patients. On observe toutefois des taux de rechute pour 20 à 40 % des patients dans l'année suivant le 1^{er} épisode. Les études sur l'évolution à moyen et long termes de la maladie sont peu concordantes. La proportion de pronostics favorables varie entre 30 et 50 %. Quel que soit le pronostic, 50 à 75 % des sujets connaîtront des incapacités sociales et psychologiques liées à la maladie. Les patients souffrant de schizophrénie présentent une surmortalité et leur espérance de vie est diminuée d'environ 10 ans par rapport à la population générale (Haute couverture, S. et al. 2006).

Dans les états schizophréniques, les troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire) sont particulièrement fréquents (Harkavy-Friedman, J. M., Nelson, E.A., Venarde, D.F. 2001). Par ailleurs, des études estiment qu'environ 20 à 50 % des schizophrènes font une tentative de suicide au cours de leur vie et 10 à 20 % meurent par suicide (Osby, U. et al. 2000; Harkavy-Friedman, J. M., Nelson, E.A., Venarde, D.F. 2001). La fréquence des tentatives de suicide est équivalente chez les hommes et chez les femmes souffrant de schizophrénie. Le suicide s'avère plus fréquent parmi les patients dont l'évolution de la maladie est caractérisée par de nombreuses rechutes et/ou hospitalisations. En France, 1/4 des

décès par suicide serait attribuable à un trouble schizophrénique soit environ 3 000 décès par an (Haute couverture, S. et al. 2006).

La comorbidité entre schizophrénie et troubles liés à l'abus ou la dépendance de substances psychoactives est élevée : près de la moitié des schizophrènes abusent ou dépendent de substances psychoactives (alcool, tabac, stimulants, cannabis, autres drogues...) au cours de leur vie (Cantor-Graae, E. et al. 2001). Selon les études, 25 à 50 % présenteraient des troubles vis-à-vis de l'alcool, 15-30 % consommeraient régulièrement du cannabis, plus de 10 % de la cocaïne (Regier, D. A. et al. 1990; Cantor-Graae, E. et al. 2001).

La schizophrénie est associée à des risques plus élevés de maladies cardio-vasculaires, expliqués par une prévalence plus élevée du tabagisme dans cette population. Les risques d'obésité et de diabète sont également 2 à 3 fois plus élevés qu'en population générale, ceci étant dû en partie à la consommation importante d'antipsychotiques responsables d'une prise de poids et de troubles métaboliques (Halbreich, U. et al. 2003; Hennekens, C. H. et al. 2005).

1.3.4. Troubles de la personnalité

Définitions

Le terme de personnalité désigne généralement ce qu'il y a de relativement permanent et stable dans la dynamique de l'organisation du fonctionnement psychologique d'une personne (Hardy, P. 2002). Pour la CIM10, les troubles de la personnalité sont « des types de comportement... qui ont tendance à persister et qui sont l'expression caractéristique de la manière de vivre de l'individu, de concevoir sa propre personne et d'établir des rapports avec autrui » (Pichot, P. 2002).

Le DSM IV distingue 3 groupes de troubles de la personnalité désignés sous les appellations de « clusters » A, B et C (Guelfi, J. D. H., B. 2005).

Le cluster A désigne les personnalités caractérisées par des originalités et des bizarreries du comportement parfois excentriques. Il regroupe les personnalités :

- *Paranoïaques* : méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présente dans divers contextes.
- *Schizoïdes* : mode général de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports à autrui, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers.
- *Schizotypiques* : mode général de déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles et par des conduites excentriques.

Le cluster B regroupe les personnalités dans lesquelles l'expression spectaculaire des émotions est ce qui apparaît le plus manifeste sur le plan comportemental. Il regroupe les personnalités :

- *Antisociale* : mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui, qui apparaît dès l'âge de 15 ans.

- *Borderline* : mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte.
- *Histrionique* : mode général de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention.
- *Narcissique* : mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaissent au début de l'âge adulte.

Le cluster C désigne les personnalités anxieuses, craintives, vulnérables, souvent inhibées. Il regroupe les personnalités :

- *Évitante* : mode général d'inhibition sociale, de sentiments de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui apparaissant au début de l'âge adulte.
- *Dépendante* : besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et « collant » et à une peur de la séparation.
- *Obsessionnelle-compulsive* : mode général de préoccupation pour l'ordre, le perfectionnement et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité, qui apparaît au début de l'âge adulte.

Prévalence des troubles

Les études de prévalence des troubles de la personnalité sont rares et assez récentes. La plupart ont été réalisées aux Etats-Unis ou plus récemment dans les pays nordiques. Aucune étude n'a été réalisée à ce jour en France pour déterminer la prévalence de l'ensemble de ces troubles. Les données épidémiologiques les plus récentes sont relativement constantes et suggèrent une prévalence des ces troubles en population générale entre 6 et 13,5 % (Lenzenweger, M. F. et al. 2007). Les résultats concernant les troubles spécifiques sont plus disparates : le trouble le plus fréquent serait la personnalité histrionique (Charitat, H., Schmitt, L. 2002).

Les femmes développeraient plus fréquemment des personnalités borderline, histrioniques ou dépendantes alors que les hommes des personnalités antisociales, schizoïdes ou obsessionnelle compulsives (Torgersen, S. et al. 2001). De façon générale, les travaux ont montré que la prévalence de ces troubles se réduit avec l'âge et augmente dans les grandes villes (Charitat, H., Schmitt, L. 2002). D'après les travaux, les sujets ayant des troubles de la personnalité présenteraient ou auraient présentés plus souvent des conduites addictives, des dysfonctionnements sexuels et rapporteraient plus fréquemment des antécédents d'idées et de tentatives suicidaires, des événements de vie... (Charitat, H., Schmitt, L. 2002).

a- Les personnalités du cluster A

La personnalité paranoïaque est assez fréquente. Les principales études épidémiologiques sur la **personnalité paranoïaque** (réalisées aux Etats-Unis avec des outils standardisés) évaluent la prévalence entre 0,4 et 3,3 % de la population générale. Les éléments qui semblent favoriser la structuration de la personnalité sur un mode paranoïaque sont les carences affectives ou les situations d'humiliations précoces, la maltraitance sadique (Guelfi, J. D. H., B. 2005).

Concernant les **personnalités schizoïdes**, les études fournissent des chiffres de prévalence très différents selon les référentiels théoriques et les critères diagnostiques retenus⁷. Une revue de la littérature réalisée en 1993 estimait la prévalence de ces troubles autour de 1 % (0-5%) avec le DSMIII et autour de 8,5 % (1-16 %) avec le DSMIII-R (Kalus, O., Bernstein, D., Siever, L. 1993). Les facteurs favorisant ces troubles sont l'insuffisance de support maternel dans la petite enfance et un mode de communication intrafamilial emprunt de froideur.

Les **personnalités schizotypiques** concerneraient 0,6 à 5,6 % de la population générale selon les études réalisées (Guelfi, J. D. H., B. 2005).

b- Les personnalités du cluster B

Selon des études réalisées aux Etats-unis, 10 à 15 % de la population générale présenteraient un troubles de la personnalité du cluster B (Kraus, G. et al. 2001). Les prévalences des troubles de la personnalité **antisociales** étaient estimées à 3 % chez les hommes et 1 % chez les femmes. Toutes les études montrent une prédominance masculine de ces troubles. Par ailleurs, le fait d'avoir été victime de sévices et/ou d'abandon dans l'enfance serait un prédicteur de comportements antisociaux à l'âge adulte (Oliver, J. 1998).

Les personnalités dites « **borderline** », « **histrioniques** » et « **narcissiques** » concerneraient respectivement 1-2 % et 2-3 % et 1 % de la population générale, toujours selon des études américaines (Kraus, G. et al. 2001). Il existe certaines données empiriques qui confirment que les traumatismes psychiques, physiques (séparation, abandon, perte, carence affective...) ou sexuels dans l'enfance seraient des facteurs prédisposant à l'apparition de troubles de la personnalité borderline (Darcourt, G., Chaine, F., Guelfi, J. D. 2002) ou histrionique (Escande, M., Gomez-Senoussi, E. 2002) à l'âge adulte.

c- Les personnalités du cluster C

Les troubles de la personnalité du cluster C ont été étudiés aux Etats-Unis. Ils seraient estimés à 1,5 % en population générale (Lenzenweger, M. F. et al. 2007). Les personnalités dite **évitantes** concernaient environ 1 % de la population générale, les personnalités **dépendantes** entre 0,1 et 0,8 % et les personnalités **obsessionnelle compulsives** entre 2 et 4 % (Lenzenweger, M. F. et al. 2007). La prévalence de la personnalité obsessionnelle compulsive est 5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Concernant la personnalité dépendante, une maladie somatique chronique et une anxiété de séparation dans l'enfance ou l'adolescence semblent prédisposer à l'apparition d'une personnalité dépendante. Il n'existe pas de données sur les facteurs prédictifs des troubles de la personnalité évitante (Loas, G. 2002).

Cooccurrence et comorbidités psychiatriques

Les troubles de la personnalité sont très fréquemment associés entre eux. Selon Widiger, en matière de troubles de la personnalité, les diagnostics multiples seraient même la norme (Widiger, T. A. et al. 1988). Selon les études, le nombre moyen de diagnostics varie entre 1,5 et 6 (Charitat, H., Schmitt, L. 2002). Bien que les résultats soient encore contradictoires, les cooccurrences les plus fréquentes

⁷ Le concept de personnalité schizoïde a été modifié à plusieurs reprises et de manière significative dans les versions successives du DSM. Ce qui rend les études incomparables.

seraient entre les personnalités évitantes et dépendantes, évitantes et schizotypiques, histrioniques et borderline.

D'autres troubles de santé mentale sont également associés fréquemment aux troubles de la personnalité : on peut citer en particulier, les troubles de l'humeur (dépression et troubles bipolaires), les troubles anxieux, les addictions aux drogues et à l'alcool et également les troubles de conduite alimentaire (Féline, A., Guelfi, J.D., Hardy, P. 2002) (Marziali, E. et al. 1994; Corruble, E. et al. 1996) Les personnes souffrant de troubles de la personnalité du cluster B (antisociale, borderline, histrioniques, narcissiques) présenteraient davantage de troubles comorbides (Lenzenweger, M. F. et al. 2007).

Enfin, les liens entre troubles de la personnalité et conduites suicidaires ont été très tôt identifiés : la facilité du passage à l'acte suicidaire chez ces sujets a été considérée comme une des caractéristiques de ces sujets. C'est dans la catégorie des troubles de la personnalité que le suicide représente la plus importante des causes de décès (Hardy, P. 2002). L'existence d'un trouble de la personnalité augmenterait par 3 le risque de suicide. Ce lien est particulièrement élevé en cas de personnalité borderline ou antisociale (Hardy, P. 2002).

1.3.5. Comportements alimentaires pathologiques

Les différents types de troubles du comportement alimentaire

Quatre types de troubles du comportement alimentaire sont actuellement décrits par l'APA (APA 1994) :

- *l'anorexie mentale*. Deux types d'anorexies sont distinguées par le DSM-IV : le type restrictif dans lequel les patients utilisent le jeûne et l'exercice physique comme principales méthodes d'amaigrissement et le type boulimique avec alternance de période de jeûne, de compulsions alimentaires et de purges ;
- *la boulimie nerveuse*. Deux types de boulimie sont également distingués par le DSM-IV : le premier type ou « purging type » se caractérise par le recours aux vomissements provoqués ou à l'usage abusif de purgatifs, laxatifs, diurétiques ou lavements ; les boulimiques du second type ou « non purging type » vont recourir au jeûne ou à l'exercice excessif, sans utiliser de méthodes purgatives ;
- l'hyperphagie boulimique ;
- les *troubles des conduites alimentaires non spécifiés*. Ils concernent les sujets présentant une anorexie ou boulimie subclinique, c'est-à-dire présentant des symptômes boulimiques ou anorexiques mais ne présentant pas tous les symptômes permettant de conclure à une anorexie mentale ou une boulimie.

Prévalences et incidences des troubles du comportement alimentaire

Les études concernant l'épidémiologie des troubles du comportement alimentaire et les prévalences de certains facteurs associés à ces troubles montrent d'une part, que les femmes sont plus susceptibles de développer ces troubles ou comportements associés que les hommes et d'autre part, que les jeunes femmes et les adolescentes présentent les prévalences, incidences et facteurs de risques les plus élevés.

a- Prévalences des troubles du comportement alimentaire

Les études épidémiologiques sur l'anorexie et la boulimie étant assez récentes, le recul est insuffisant aujourd'hui pour déterminer l'évolution de la fréquence de ces troubles. Les prévalences ont le plus souvent été estimées au sein de populations particulières supposées à risque et parfois en population générale. Chez les adolescentes et les jeunes femmes, les estimations de la prévalence de **l'anorexie mentale** sont comprises entre 0 et 1 %. Chez les jeunes femmes seulement, les prévalences sont estimées entre 0,1 et 0,26 %. Les études de prévalence de la **boulimie nerveuse** sont beaucoup plus rares, ceci étant vraisemblablement lié à l'absence de critères de diagnostic pour cette pathologie avant 1980. Dans une revue de la littérature à propos de la prévalence de la boulimie nerveuse publiée en 1990, Fairburn et Beglin ont estimé sa prévalence chez les jeunes femmes à 1 %. Les études de prévalence publiées depuis rapportent des valeurs comprises entre 0 et 4,5 % chez les jeunes femmes (Fairburn, C. G. 1990).

b- Incidences des troubles du comportement alimentaire

Concernant **l'anorexie mentale**, les estimations en population générale varient de 0,10 pour 100 000 en Suède dans les années 1930 à 12 pour 100 000 personnes aux Etats-Unis en 1980. Chez les jeunes femmes et les adolescentes, l'incidence est clairement au dessus de l'incidence observée en population générale. Selon Lucas et al., les 15-19 ans forment la catégorie d'âge la plus touchée (Lucas, A. R. et al. 1999).

Trois études ont rapporté des chiffres d'estimation de l'incidence de la **boulimie nerveuse** : une étude à Rochester (Soundy, T. J. et al. 1995), une autre réalisée aux Pays-Bas (Hoek, H. W. et al. 1995) et la dernière au Royaume-Uni (Turnbull, S. et al. 1996). Ces trois études rapportent des incidences respectivement de 13,5, 11,5 et 12,2 cas pour 100 000 personnes. Chez les femmes âgées de 20 à 24 ans, considérées comme le groupe d'âge le plus « à risque », Soundy et al. rapportent une incidence de 83 pour 100 000 et Hoek et al. une incidence de 82 pour 100 000. Pour les hommes en général, l'incidence est de 0,8 pour 100 000 personnes dans les deux études citées ci-dessus.

Facteurs de risque de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse

Parmi les facteurs de risques spécifiques des troubles alimentaires, on trouve, en plus de la prédominance féminine et de l'adolescence, des facteurs socioculturels, familiaux et de vulnérabilité individuelle.

a- Facteurs socioculturels

Le fait que ces troubles touchent essentiellement les femmes, s'explique par le rôle fondamental, dans ces affections, des transformations pubertaires tant physiques que psychologiques à cet âge et le fait que la « problématique narcissique » (affirmation de soi, estime de soi...) se joue chez la femme au niveau de l'apparence expliquant ainsi l'utilisation défensive du corps. Par ailleurs, la pression sociale qui s'exerce sur les femmes autour de l'image du corps et du poids contribue, dans les pays occidentaux, au développement de pratiques alimentaires et corporelles abusives (régime restrictif, activité physique intense...) qui favorisent pour certaines femmes vulnérables le début de conduites alimentaires pathologiques.

L'existence d'un lien entre une inquiétude parentale concernant le poids et l'alimentation et le développement d'un trouble des conduites alimentaires a également été suggérée (Rozin, P. et al. 1988).

b- Facteurs génétiques

L'héritabilité (c'est-à-dire le poids des facteurs génétiques) a été estimée à 50 à 70 %. La fréquence d'anorexie mentale, par exemple, serait 10 fois plus fréquente chez les sujets apparentés au 1^{er} degré de femmes anorexiques que chez les sujets témoins (Strober, M. et al. 2000). La vulnérabilité génétique aux troubles du comportement alimentaire est vraisemblablement corrélée avec le risque de troubles dépressifs dans la famille.

c- Facteurs de vulnérabilité individuelle et familiaux

Les études se rejoignent pour affirmer qu'une baisse de l'estime de soi est prédictive d'un trouble du comportement alimentaire (Yager, J. et al. 1987; Button, E. J. et al. 1996).

La fréquence des antécédents familiaux de troubles psychiatriques (dépression, addiction alcoolique, abus de substance illicite) est avérée chez les sujets présentant des troubles du comportement alimentaire.

Comorbidité des troubles du comportement alimentaire

La plupart des sujets anorexiques et une partie des sujets boulimiques sont dans une logique obsessionnelle défensive, avec une obsessionnalité plus importante en cas de comportement restrictif et une compulsivité plus importante en cas de comportements boulimiques. La comorbidité avec des TOC est donc importante (Cavallini, M. C. et al. 2000).

Les troubles dépressifs constituent également des troubles fréquemment associés aux troubles du comportement alimentaire ainsi que les troubles anxieux (et en particulier les troubles de l'anxiété de séparation). La fréquence des troubles de l'humeur serait accrue chez les patients boulimiques.

Les études soulignent également une comorbidité addictive importante chez les patients souffrant de boulimie, moindre mais non négligeable chez les sujets anorexiques : drogues, alcool et dans une moindre mesure médicaments psychotropes (Holderness, C. C. et al. 1994).

1.3.6. Addictions

La notion de conduite addictive comprend à la fois les addictions aux substances psychoactives mais également les addictions comportementales, sans substances psychoactives. L'addiction se caractérise par la dépendance, soit l'impossibilité de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance des conséquences négatives. Toutes les addictions sont à prendre en compte, qu'elles soient liées ou non aux substances (tabac, alcool, drogues illicites, médicaments, ou jeu...).

Les addictions constituent, en France comme dans beaucoup d'autres pays européens, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sanitaires, médicaux et sociaux sont importants. Les conduites addictives (en particulier les consommations de tabac, les abus d'alcool et dans une moindre mesure, de substances psychoactives), seraient responsables de 30 % de la mortalité précoce (avant 65 ans) et évitable (MILDT 2006). Les addictions aux substances psychoactives seraient responsables en France de plus de 100 000 décès évitables par accident et par maladie dont près de 40 000 par cancers.

Les addictions atteignent gravement ceux qui en dépendent, mais aussi leur entourage et l'ensemble de la société. Elles sont aussi souvent à l'origine de handicaps, d'isolement, de violence et de précarité.

Définitions

Un certain nombre de troubles résultent de l'utilisation de substances psychoactives comme l'alcool, les opioïdes (opium ou héroïne), les dérivés du cannabis comme la marijuana, les sédatifs ou les hypnotiques, la cocaïne, d'autres stimulants, les hallucinogènes, le tabac et les solvants volatils. En matière de comportements, deux diagnostics cliniques sont distingués dans les classifications internationales (CIM 10 et DSM IV) : l'usage nocif (ou abus) et la dépendance.

Selon le DSM IV, l'*usage nocif* se caractérise par une consommation inadéquate d'une substance conduisant à la présence d'au moins une des manifestations suivantes :

- utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, à l'école ou à la maison) ;
- utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
- problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance ;
- utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents.

La *dépendance* se caractérise par la présence de trois ou plus des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

- tolérance ;
- sevrage ;
- substance souvent prise en quantité plus importante ou prolongée ;
- désir persistant ;
- beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance ;
- activités sociales, professionnelles, ou de loisirs importantes abandonnées ;
- utilisation de la substance poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent.

Ainsi, les principaux critères contribuant à la définition de la dépendance sont : le désir compulsif du produit, la difficulté de contrôler sa propre consommation, la prise du produit pour éviter le syndrome de sevrage, le besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet qu'auparavant et la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur (OFDT 2005).

L'addiction aux substances psychoactives est un processus complexe impliquant des effets combinés liés à la pharmacologie des produits, aux influences de l'entourage et des pairs, à la personnalité, à l'existence de troubles de santé mentale, au coût et à la disponibilité des produits, à l'influence des médias, ainsi qu'à d'autres facteurs.

Consommation problématique d'alcool

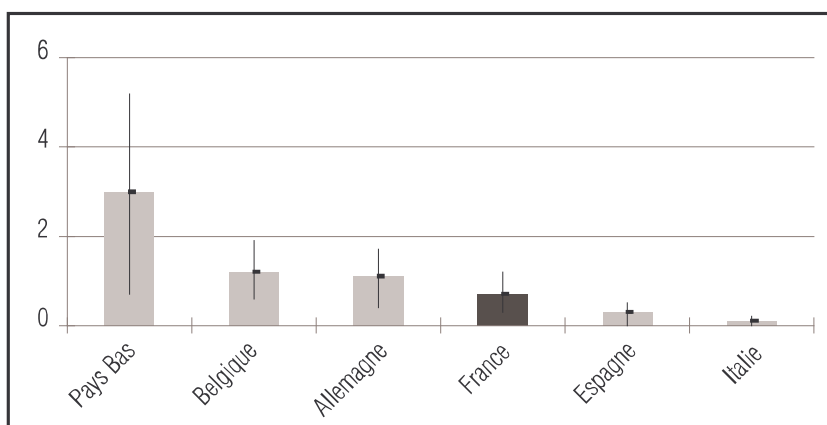
D'après l'étude ESEMeD réalisée en 2001-2002 dans 6 pays européens, la prévalence sur *la vie entière* des troubles liés à la consommation d'alcool (abus et dépendance) était de 5,2 % [4,8-5,6], celle sur un an de 1,0 % [0,8-1,2] (Alonso, J. et al. 2004c). Les prévalences de l'abus d'alcool et de la dépendance sont respectivement 6 et 4 fois plus élevées chez les hommes que chez les femmes [Tableau 5].

Dans cette même étude, la prévalence sur un an des troubles liés à la consommation d'alcool en France était de 0,7 % [0,3-1,2]. Elle se situait dans une position moyenne par rapport aux autres pays dans lesquels l'enquête a été réalisée. Les Pays Bas présentaient la plus forte prévalence (3,0 % [0,7-5,2]) suivis de la Belgique et de l'Allemagne (respectivement 1,2 % [0,6-1,9], 1,1 % [0,4-1,7]) [Graphique 3].

D'après le Baromètre Santé de 2005 (Legleye, S. et al. 2005), 9,4 % des personnes de 12-75 ans présenteraient ou auraient présenté au cours de leur vie un risque d'alcoolodépendance⁸ en France. Avec un deuxième outil de dépistage (AUDIT C), 0,9 % de la population présenterait un risque de dépendance alcoolique et 7,9 % un risque d'usage nocif. Ces prévalences sont similaires à celles retrouvées dans l'enquête européenne ESEMeD.

	12 mois		Vie entière	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Abus et dépendance	1,7 (1,4-2,0)	0,3 (0,2-0,4)	9,3 (8,5-10,0)	1,4 (1,1-1,7)
- Abus	1,3 (1,0-1,5)	0,2 (0,1-0,3)	9,0 (8,3-9,8)	1,3 (1,1-12,6)
- Dépendance	0,4 (0,2-0,6)	0,1 (0,1-0,2)	1,8 (1,4-2,2)	0,4 (0,3-0,6)

Source : Enquête ESEMeD



Graphique 3 : Prévalences des troubles liés à la consommation d'alcool* dans 6 pays d'Europe (en %)

*Abus et dépendance

Source : Enquête ESEMeD

a- Facteurs prédictifs d'abus ou de dépendance à l'alcool

L'idée que la dépendance à l'alcool pouvait avoir une origine génétique est ancienne. En 1972, Schuckit et al. a montré que les enfants de sujets dépendants présentaient la même dépendance que leurs parents (qu'ils aient été élevés dans leur famille biologique ou non). Depuis, les études familiales, de jumeaux et les études d'épidémiologie génétique se sont multipliées et tendent à montrer que l'alcoolisme, étiologiquement complexe, serait en partie héréditaire (INSERM 2003). Des progrès restent néanmoins à faire pour analyser la part des déterminants génétiques et environnementaux pour la consommation d'alcool. L'environnement peut en effet favoriser le développement de l'abus ou de la dépendance chez des personnes présentant une prédisposition génétique.

⁸ Outil utilisé : DETA

La consommation précoce d'alcool est associée à un risque plus élevé d'abus et de dépendance. Cette association entre alcoolisation précoce et risque de dépendance serait plus marquée chez les filles que chez les garçons (Prescott, C. A. et al. 1999).

L'abus ou la dépendance à l'alcool sont des troubles beaucoup plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Une première explication réside dans le fait que les femmes boivent sensiblement moins que les hommes. Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool est souvent une manière de gérer un stress (coping). Se réfugier dans l'alcool constitue une forme de déni ou d'évitement des émotions négatives ou du stress davantage caractéristique des hommes que des femmes (Cooper, M. L. et al. 1992). Les femmes auront plus tendance à utiliser des stratégies de gestion du stress basées sur l'expression et l'action.

L'estime de soi constitue également un facteur prédictif des problèmes d'alcool. Les sujets présentant une faible estime de soi auraient un risque plus élevé d'avoir des problèmes avec l'alcool.

b- Comorbidités psychiatriques

Les grandes enquêtes américaines ont mis en évidence la fréquence des cooccurrences entre troubles mentaux et abus ou dépendance à l'alcool. Selon les études, les troubles comorbides affecteraient 1/4 à 1/3 des sujets présentant un problème d'alcool (INSERM 2003; Alonso, J. et al. 2004c). Le trouble de santé mentale le plus fréquemment associé à l'alcoolisme est la dépendance à une autre substance psychoactive. Selon l'expertise collective de l'INSERM, la dépendance ou l'abus d'une substance augmenterait de 7 fois le risque de dépendance à une autre substance addictive (INSERM 2003).

Les autres troubles psychiatriques (dépression, anxiété...) sont également fréquents chez les sujets présentant une dépendance à l'alcool. Ainsi, la prévalence de la schizophrénie serait de trois à quatre fois plus élevée chez les sujets présentant un problème avec l'alcool par rapport à la population générale et la prévalence du trouble bipolaire serait cinq fois plus élevée qu'en population générale. Quant au trouble de la personnalité antisociale, il est 20 fois plus fréquent chez les sujets présentant une dépendance à l'alcool qu'en population générale.

La présence de troubles psychiatriques associés à la dépendance est un facteur de gravité supplémentaire de la conduite addictive et complique considérablement la prise en charge ou le traitement. La présence d'une dépression, par exemple, accentue la désinsertion familiale ou sociale, majore le risque suicidaire, pérennise la dépendance et entrave les entreprises thérapeutiques.

Les problèmes d'alcool sont associés à un risque suicidaire élevé et plus particulièrement lorsque les sujets présentent une comorbidité dépressive (Sher, L. 2006). L'alcool est également en cause dans un grand nombre de pathologies telles que l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux, les cirrhoses et hépatites alcooliques, les cancers des voies aérodigestives supérieures et du foie (INSERM 2003).

Consommation problématique de tabac

L'identification des fumeurs dépendants parmi l'ensemble des fumeurs repose sur des critères diagnostics difficiles à mettre en œuvre dans le cadre d'enquête en population et les données disponibles proviennent d'un petit nombre d'études réalisées essentiellement aux Etats-Unis. La dépendance à la nicotine est à la fois psychique et physique. Les standards internationaux (CIM10, DSM IV) qui définissent la dépendance aux substances sont plutôt centrés sur la dépendance psychique.

Le test qui fait référence en matière de diagnostic de la dépendance physique est le test de Fagerström (Fagerstrom, K. O. 1978; Fagerstrom, K. O. et al. 1989). Le mini-test de Fagerström, plus court et plus facile à utiliser lors d'enquêtes en population, utilise comme critères de dépendance les quantités consommées et le délai entre le réveil et la 1^{ère} cigarette de la journée. Les taux de dépendance dans une population dépendent de la prévalence du tabagisme dans cette population et ne sont pas directement transposables à une autre période ou un autre pays. Il est donc préférable de calculer ces taux sur la population exposée. Sur la base de ces tests, les études montrent que le risque de développer une dépendance est particulièrement élevé chez les fumeurs, qu'il augmente avec les quantités consommées et que la dépendance physique est importante après une année de tabagisme.

Une étude américaine donne une prévalence vie entière de la dépendance au tabac de 24 % sur l'ensemble de la population et 50 % parmi ceux qui fument ou ont fumé régulièrement (INSERM 2004). En France, selon une étude réalisée en 2000, 31 % des fumeurs présentent des signes de dépendance moyenne et 18 % des signes de dépendance forte. Ces signes sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Chez les 15-25 ans, les proportions sont respectivement de 22 % pour la dépendance moyenne et 5 % pour la dépendance forte. En 2002, environ 12 % des 17-18 ans présentaient une dépendance forte, car ils déclaraient fumer plus de 20 cigarettes par jour et consommer la 1^{ère} cigarette dans la demi heure suivant leur réveil (OFDT 2005).

Depuis le début des années 90, on constate en France une diminution du tabagisme chez les hommes mais une augmentation chez les femmes (Lebargy, F., Becquart, LA., Picavet, B. 2005).

a- Facteurs prédictifs d'abus ou de dépendance au tabac

Tout individu exposé au tabagisme ne va pas développer une dépendance, certaines personnes y sont plus susceptibles que d'autres. De nombreux facteurs psychologiques et psychosociologiques contribuent à l'initiation au tabagisme, à son maintien, sa dépendance et au développement des motivations à l'arrêt.

La précocité de l'initiation au tabagisme constitue un facteur de risque de dépendance à l'âge adulte. Le tabagisme de l'entourage, la pression perçue des pairs et la facilité d'obtention des cigarettes auprès des parents ou d'adultes sont autant de facteurs qui favorisent l'initiation et par conséquent le risque de dépendance (INSERM 2004).

b- Comorbidités psychiatriques

Les sujets dépendants au tabac présentent davantage de comorbidités psychiatriques. La dépendance alcoolique est par exemple beaucoup plus fréquente chez les sujets dépendants au tabac qu'en population générale et bien souvent le niveau de consommation et le degré de dépendance de ces substances sont plus importants que chez les sujets dépendants uniquement au tabac ou uniquement à l'alcool (INSERM 2004).

Des études semblent montrer qu'un tabagisme important à l'adolescence constituerait un facteur de risque de développer des troubles anxieux. Le risque suicidaire est également augmenté chez les fumeurs dépendants et paraît plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Usage de drogues illicites

Les drogues illicites comprennent les produits stupéfiants (héroïne, cocaïne, crack, cannabis) ainsi que certains produits détournés de leur usage normal (colle, solvants, champignons hallucinogènes, médicaments, substances de synthèse, etc.).

Selon le Baromètre Santé, en 2005, un tiers des Français de 15-64 ans déclarait avoir déjà consommé au moins une drogue illicite au cours de leur vie (Beck, 2005). D'une manière générale, la consommation de produits illicites est plus fréquente chez les hommes.

Le **cannabis** est la substance illicite la plus consommée dans la plupart des pays occidentaux et d'Europe. La prévalence sur la vie entière de son *usage* varie selon les pays entre 20 et 46 % en population générale et entre 37 et 69 % chez les adolescents et les jeunes adultes (Nocon, A. et al. 2006). Des études ont montré que parmi les sujets qui déclarent consommer du cannabis, 10 % sont des consommateurs quotidiens. Les consommateurs les plus jeunes présentent davantage de risque de devenir des consommateurs quotidiens et par conséquent dépendants. La prévalence sur la vie entière de *la dépendance* au cannabis était estimée dans une étude américaine à 4 % (Anthony, 1994). Des études plus récentes, réalisées dans les pays européens, évaluaient la prévalence de la dépendance au cannabis sur la vie entière entre 1 et 3 % (Nocon, A. et al. 2006).

En France, selon le Baromètre Santé de l'INPES réalisé en 2005, 31 % des 15-64 ans ont expérimenté le cannabis. Son usage est surtout le fait des tranches d'âge les plus jeunes. En 2005, l'âge moyen d'initiation était de 19 ans. D'après l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), le nombre de consommateurs réguliers de cannabis serait de l'ordre de 850 000 en France, dont plus de la moitié aurait un usage quotidien. La consommation de cannabis a connu une forte augmentation au cours des 10 dernières années et était en 2006 l'une des plus élevées d'Europe.

La consommation des autres substances (**cocaïne, ecstasy, substances hallucinogènes, héroïne, poppers...**) reste marginale en population générale, elle concernait moins de 4 % des 15-64 ans en 2005, quel que soit le produit (Beck, 2005). Phénomène rare et clandestin, la dépendance à ces produits est difficilement mesurable. Selon l'OFDT, le nombre de personnes en difficultés avec l'usage de cocaïne, d'héroïne et autres opiacés était estimé entre 150 000 et 180 000 en France, en 1999.

En 2005, une nouvelle enquête réalisée sur l'agglomération de Marseille, a permis d'estimer le nombre d'usagers problématiques de drogues⁹ entre 3 800 et 7 200 (Vaissade, L. 2007) ; soit une prévalence de 10,2 usagers pour mille personnes de 15-59 ans [Tableau 6]. Cette prévalence est très proche de celle de 1999, le phénomène semble donc relativement stable dans le temps (Chevallier, E. 2001).

⁹ Données provisoires (Vaissade, L. (2007). Estimations locales de la prévalence de l'usage problématique de drogues - Nouvelle étude multicentrique de l'OFDT (Nemo). Saint-Denis, OFDT: à paraître.)

Tableau 6 : Estimations (provisoires) du nombre d'usagers problématiques de drogues à Marseille en 2005		
	Nombre	IC95%
Tous les usagers	5 556	3 828-7 285
Usagers de 15-44 ans	4 798	3 314-6 283
Usagers d'opiacés et cocaïne	4 829	3 337-6 321
Usagers d'opiacés et cocaïne de 15-44 ans	4 145	2 872-5 418
<i>Source : OFDT, enquête NEMO (Vaissade, 2007)</i>		

L'usage de ces substances est plus répandu chez les jeunes adultes et tend à se diffuser et à se banaliser en particulier dans les milieux « festifs ». La situation sociale des dépendants aux opiacés, telle qu'elle est appréhendée chez les sujets en contact avec les services de soins est souvent très détériorée : absence d'activité professionnelle, isolement social et affectif, mauvaises conditions de vie, incarcération, détérioration de l'état général...

En 2003, le nombre de personnes recevant un traitement de substitution en France était, par ailleurs, estimé entre 83 000 et 100 000 (OFDT, 2005). Parmi eux, 80 % recevraient de la buprénorphine haut dosage (BHD) et 20 % de la méthadone. L'usage de BHD est fréquemment détourné des protocoles médico-sociaux (mésusage, vente sur le marché noir, initiation de la toxicomanie par ce produit...) et l'OFDT estime que seuls 60 % des sujets recevant un traitement de substitution seraient réellement inscrits dans une démarche de soins durable, sous suivi médical.

Des dommages sociaux et sanitaires sont fréquemment liés à la toxicomanie, en particulier chez les usagers utilisant la voie intraveineuse (UDVI). Certaines pathologies sont directement liées à l'usage de drogues (maladies infectieuses, troubles du comportement, infections, surdose...); d'autres, aux conditions de vie souvent précaires ou marquées par la prise de risque ou des problèmes d'ordre psychologique qui accompagnent l'usage de substances psychoactives (accidents, maladies de l'appareil digestif, maladies de l'appareil circulatoire, suicide...). Les taux de mortalité sont par conséquent plus élevés chez les toxicomanes qu'en population générale. Les **usagers d'opiacés**, par exemple, présenteraient un taux de mortalité jusqu'à 20 fois supérieur à celui de la population générale du même âge (ODET, 2006).

La prévalence de la séropositivité au VIH chez les UDVI est estimée, selon différentes sources, entre 11 et 20 % des toxicomanes en 2003 (contre plus de 30 % dans les années 90) et la contamination par le VHC concernerait 40 à 60 % des toxicomanes.

Les comorbidités psychiatriques chez les toxicomanes sont également fréquentes, mais mal connues en France. Selon des études internationales, les troubles les plus fréquents seraient les troubles de la personnalité, les troubles dépressifs, anxieux et les troubles psychotiques. Ces pathologies peuvent préexister ou être consécutives à la consommation de substances psychoactives (OEDT 2006). L'ensemble de ces problèmes sanitaires et sociaux sont également largement présents en milieu carcéral où plus d'un tiers des détenus seraient en 2006 en proie à un problème d'addiction tous produits confondus (OIP 2005).

Les addictions aux jeux

Les jeux de hasard et d'argent occupent une place importante dans la plupart des cultures, sociétés et classes sociales. Pour la plupart des gens, c'est une activité de loisir sans conséquence négative. Pour certains joueurs, c'est une maladie ou une addiction qui se manifeste par un besoin irrésistible de parier. Cette passion obsédante implique alors un enjeu financier et se fait au détriment des investissements sociaux ou affectifs.

La médicalisation du jeu pathologique est survenue en 1980 lors de son inclusion dans le DSM-III. Il est actuellement classé dans le trouble du contrôle des impulsions au côté du trouble explosif intermittent, de la trichotillomanie, de la kleptomanie et de la pyromanie (APA 1994). Ces troubles sont caractérisés par la répétition d'un comportement impulsif qui est précédé d'un sentiment de tension et suivi d'un sentiment de culpabilité.

Afin de pouvoir poser le diagnostic de jeu pathologique, le patient doit répondre à 5 critères diagnostics sur 10 du jeu pathologique selon le DSM-IV. Ces critères diagnostics reprennent en grande partie les critères d'addiction aux substances définis par Goodman en 1991 et sont regroupés en 3 dimensions : les symptômes de dépendance, les conséquences négatives des jeux de hasard et d'argent et la perte de contrôle.

Kusyszyn en 1972 (Kusyszyn, I. 1972) a défini 3 types de joueurs :

- Les *joueurs sociaux* : ils jouent soit occasionnellement soit régulièrement mais le jeu garde une place limitée dans leur vie. Ils ne surestiment pas leurs chances de gagner et peuvent arrêter de jouer sans problèmes.
- Les *joueurs professionnels* : leur activité ne concerne que les jeux laissant la place à une habileté. Ils vivent le jeu comme un sport professionnel. Le jeu occupe une place prépondérante et ils en tirent un bénéfice substantiel.
- Les *joueurs compulsifs ou pathologiques* : la notion de perte de contrôle du jeu est ici importante. Ces joueurs ne peuvent s'arrêter avant d'avoir tout perdu.

Afin de pouvoir définir un jeu de hasard et d'argent, 3 conditions sont nécessaires ; le sujet doit miser de l'argent ou un objet de valeur. Cette mise une fois placée ne peut être reprise et l'issue du jeu repose sur le hasard c'est-à-dire qu'elle sera imprévisible et incontrôlable. Tous les jeux de hasard et d'argent reposent sur des principes de fonctionnement identiques :

- l'indépendance des tours c'est-à-dire que chaque tour est indépendant de celui qui le précède et de celui qui le suit ;
- l'illusion du contrôle positionnant le joueur en position d'expert ou de professionnel dans une conduite dont le résultat est sous-tendu par le hasard.

L'offre de jeu s'est grandement multipliée et diversifiée ces dernières années et le nombre de joueurs pathologiques a ainsi explosé. Les études épidémiologiques retrouvent un taux de joueurs pathologiques variant de 1 à 2 %. Une étude nationale récente réalisée aux Etats-Unis en population générale et portant sur 43 093 personnes, retrouve un taux de prévalence vie entière du jeu pathologique de 0,42 % (Petry, N. et al. 2005). Une différence liée au sexe est retrouvée (0,64 % chez les hommes et 0,23 % chez les

femmes). Le taux de prévalence du jeu pathologique infra-clinique (c'est-à-dire remplissant 1 à 4 critères diagnostics du DSM-IV du jeu pathologique) est de 6,79 % chez l'homme et de 3,26 % chez la femme. Il n'existe à l'heure actuelle aucune donnée chiffrée concernant le nombre de joueurs pathologiques en France.

La revue de la littérature a permis de recenser les nombreux modèles étiologiques de ce trouble. Ces modèles sont cognitif, comportemental, cognitivo-comportemental, psychodynamique et biologique. Les facteurs impliqués dans le développement et le maintien sont les facteurs familiaux, sociaux et cognitifs ainsi que les comorbidités psychiatriques et les traits et troubles de personnalités associés au comportement de jeu pathologique.

Peu d'initiatives dans le domaine de la prévention du jeu pathologique existent actuellement en France. Le groupe Accor (Accor-casinos) a mis en place un programme de prévention contre les abus de jeux. Un « guide de prévention aux risques d'abus de jeu » est donné au client dans tous ses établissements, suivant le modèle américain. Ce guide comporte plusieurs recommandations telles que « Le jeu est un plaisir. Il doit le rester ! » ou bien « Vous jouez avec votre argent, gardez la raison ! ». Aux États-Unis, des psychologues sont présents dans les établissements de jeu afin d'aider et d'orienter les joueurs qui le demandent.

Au niveau de la prise en charge, selon Ladouceur, peu de professionnels et de personnes-ressources du domaine de la santé mentale connaissent suffisamment la question du jeu pathologique de façon à proposer une forme de traitement particulière (Ladouceur, R. et al. 2005). Ils aborderaient le jeu pathologique sans réelle distinction par rapport aux autres formes de dépendance (alcoolodépendance, dépendance aux substances psychoactives). Les caractéristiques cliniques du joueur et les différentes conceptions qui les sous-tendent peuvent mettre en lumière différentes facettes du jeu pathologique et viennent alors enrichir les possibilités de prise en charge (Ladouceur, R. et al. 2006). À l'instar du parcours vers la guérison ou vers un rétablissement, retrouvé lors d'autres dépendances, comme l'alcoolodépendance et les addictions aux drogues, le traitement du jeu pathologique, peut être émaillé par une compliance incomplète, une probabilité significative de rechute après traitement et des symptômes au long cours. La recherche effectuée dans le domaine des traitements et de leur efficacité dans le jeu pathologique est encore relativement récente, néanmoins elle commence à s'étoffer et est encourageante. En France, pour le moment, très peu de structures se sont spécialisées dans la prise en charge des joueurs pathologiques alors qu'elles sont très en vogue actuellement dans les pays anglo-saxons.

L'abord direct des problèmes de jeu dès la première consultation, sans agressivité ni complaisance, permet souvent de rassurer le patient. Les symptômes de dépendance comportementale sont systématiquement recherchés (envie irrépressible de jouer, pertes de contrôle, de tolérance et syndromes de sevrage). Une prise en charge peut être proposée. Elle fera appel à l'un ou plusieurs des traitements suivants :

- psychothérapie (cognitive et/ou comportementale, analytique) ;
- psychothérapie de groupe ;
- chimiothérapie.

Dans tous les cas, les techniques psychothérapeutiques spécialisées seront associées à une thérapie de soutien qui peut être l'amorce d'une psychothérapie plus approfondie.

La prise en charge sociale ne doit pas être négligée dans la mesure où les patients se présentant à la consultation peuvent avoir de gros problèmes financiers (multiplications des crédits à la consommation, surendettement, absence totale de revenu) qu'il est nécessaire d'évaluer afin de pouvoir leur proposer des solutions de remboursement et de mise à jour de leurs droits sociaux.

L'interdiction de jeu peut être vue comme un moyen radical d'arrêt de ce comportement chez les joueurs pathologiques, mais elle ne peut être utilisée en France que dans les casinos. Selon le rapport « *Les jeux de hasard et d'argent en France* », rendu au sénat en 2002, environ 30 000 à 40 000 personnes seraient interdites de jeu dans les casinos sur leur propre demande (Trucy, F. 2002). Le traitement de la demande requiert environ 6 mois pour une durée de trois ans automatiquement renouvelable et l'interdiction est valable sur l'ensemble du territoire. Le fichier est tenu par le bureau de la prévention et de la protection sociale de la Sous-direction des libertés publiques et de la police administrative.

À cela, les mesures de protection des biens peuvent être ajoutées. Elles peuvent être employées dans les formes sévères du jeu pathologique avec des conséquences financières désastreuses, souvent initialement à la demande de la famille. Trois régimes de protection existent depuis la loi du 3 janvier 1968 : la sauvegarde de justice, la tutelle et la curatelle. La mesure de sauvegarde de justice est transitoire et permet d'agir dans l'urgence. La tutelle apparaît être une mesure trop lourde, le joueur pathologique ne nécessitant pas d'être accompagné dans tous les actes de la vie civile. La curatelle renforcée est la mesure qui apparaît la plus adaptée, comme le préconise le rapport Trucy (Trucy, F. 2002).

1.3.7. Suicides et troubles de santé mentale

La crise suicidaire résulte de la conjonction et de l'interaction de plusieurs facteurs de risque (ANAES 2000) : des facteurs sociaux et familiaux (faible niveau d'éducation, dissociation familiale difficultés de communication...) (Choquet, M. et al. 1994; Choquet, M. et al. 2004), individuels et environnementaux (antécédents de tentative de suicide personnels et familiaux, événements de vie...) et enfin des facteurs psychiatriques. Ces derniers jouent un rôle majeur dans la survenue des comportements suicidaires (Beautrais, A. L. et al. 1999). Les études fondées sur la reconstitution de la biographie des sujets qui se sont suicidés ont montré que plus de 90 % d'entre eux sont affectés par un ou plusieurs troubles psychiatriques. Les plus fréquents sont la dépression (50 % des cas), l'alcoolisme (30 %) et la schizophrénie (6 %). Par ailleurs, un trouble de la personnalité est retrouvé chez environ 35 % de ces personnes. Les études de suivi de patients psychiatriques vont dans le même sens puisqu'elles montrent que le risque de décéder par suicide serait multiplié par 20 en cas de dépression, par 8 en cas de schizophrénie, par 7 en cas de trouble de la personnalité et par 6 en cas d'alcoolisme (Séguin, M. et al. 2001).

1.4. Annexe : instruments de mesure de la santé mentale dans un contexte épidémiologique

Il existe des instruments permettant de déterminer la présence de troubles mentaux et ayant l'avantage d'être moins longs à utiliser que les classifications et/ou pouvant être utilisés par des non-cliniciens.

Ces instruments peuvent être sous la forme d'*entretiens*, de *questionnaires* ou d'*échelles*.

Les troubles mentaux

- *Composite international diagnostic interview (CIDI)* (Robins, L., Helzer, JE., Croughan, J., Ratcliff, KS. 1981; Andrews, G., Peters, L. 1998) : il s'agit d'un outil d'entretien diagnostique structuré conçu pour être utilisé par des non cliniciens en population générale (plus de 12 ans). La dernière version de cet instrument (version 2.1, 1996) permet de poser des diagnostics psychiatriques conformes aux définitions du DSM-IV ou de la CIM10. Cet instrument peut diagnostiquer 40 troubles tels que la dépression majeure, la manie, la dysthymie, les troubles liés à l'utilisation de substances (alcool, drogues, médicament...), le trouble panique, l'agoraphobie, les phobies simples, la phobie sociale, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble anxieux généralisé ainsi que les troubles psychotiques. Il permet d'estimer la prévalence des troubles sur la vie entière et au cours des 12 derniers mois.
- *Le Diagnostic interview schedule (DIS)* (Robins, L. et al. 1982) : il est conçu sous la forme d'un entretien structuré pour établir des diagnostics à partir de symptômes psychiatriques, en se basant sur les critères du DSM III. Il couvre les diagnostics suivants : la démence sénile, la schizophrénie, la dépression majeure, la dysthymie, le trouble panique, les manies, l'agoraphobie, les phobies simples, le trouble obsessionnel compulsif, les troubles de la personnalité, l'état de stress post-traumatique, les troubles liés à l'utilisation de substances (alcool, drogues, médicaments...), les troubles alimentaires.
- *Le Diagnostic interview schedule self-administered (DISSA)* est un outil dérivé du DIS créé pour être utilisé en auto questionnaire pour dépister 3 troubles particuliers selon les critères du DSM III-R (Kovess, V., Fournier, L. 1990) : 1) les épisodes de dépression majeure et les troubles dysthymiques ; 2) les troubles anxieux : la phobie, l'anxiété généralisée, l'attaque de panique ; 3) les troubles liés à la consommation d'alcool.
- *Le Mini international neuropsychiatric interview (MINI)* est un questionnaire structuré d'interview à visée diagnostique qui permet d'identifier les troubles suivants selon les critères du DSM-III-R et de la CIM-10 (Sheehan, D., Lecrubier, Y., Shenan, KH., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, GC., Katon, J. 1989; Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, KH., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, MF., Dunbar, GC. 1997) : troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles alimentaires, troubles liés à l'usage de substances.
- *Le General health questionnaire (GHQ)* a pour objectif de dépister des troubles psychiatriques mais également des troubles psychiques mineurs en population générale ainsi que chez des patients consultant dans des structures de soins non psychiatriques comme, par exemple, des consultations ambulatoires de médecine générale (Goldberg, D. P., Hiller, V. F. 1979). Plusieurs versions existent. Le CGH28, le plus utilisé en population générale, couvre quatre domaines (Pariente, P., Challita, H., Mesbah, M., Guelfi, JD. 1992) : dépression, anxiété,

dysfonctionnement social et hypochondrie. Il s'agit d'une échelle d'auto évaluation remplie par le sujet (en 5-10 minutes) en fonction de son état au cours des semaines passées.

Anxiété et dépression

- La *Hospital and depression scale* (HAD) est une échelle d'autoévaluation constituée de 14 items dont l'objectif est d'évaluer le niveau de la **symptomatologie dépressive et anxieuse** (Zigmond, A., Snaith, RP. 1983). L'échelle a été mise au point afin de mettre à la disposition des médecins pratiquant dans des services hospitaliers non psychiatriques un outil de dépistage ou de diagnostique précoce des troubles de l'humeur.
- La *Center of epidemiologic studies depression scale* (CES-D) est une échelle d'auto-évaluation dont l'objectif est de dépister des cas potentiels de dépression et d'évaluer l'intensité actuelle de la **symptomatologie dépressive** (Radloff, L. S. 1977; Fuhrer, R. et al. 1989). Elle est composée de 20 items exprimant des symptômes ou des comportements souvent associés à la dépression. Cinq axes de symptomatologie dépressive sont identifiés cliniquement et par analyse factorielle : humeur dépressive, sentiments de culpabilité, ralentissement psychomoteur, perte d'appétit, troubles du sommeil.
- *L'échelle d'obsession-compulsion de Yale Brown* (Y-BOCS) : elle se présente comme un entretien structuré qui permet d'obtenir une mesure de la sévérité des **symptômes obsessionnels**. Elle comprend 10 items qui mesurent 5 dimensions (durée, gêne dans la vie quotidienne, angoisse, résistance, degré de contrôle).
- *L'inventaire de Padoue*, permet d'évaluer les **obsessions et les compulsions** ouvertes et mentales. Il est constitué de 60 items permettant d'établir un score.

Troubles de la personnalité

Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ) : questionnaire établi par Raine en 1991. Il permet d'étudier la personnalité schizotypique selon les 9 critères diagnostiques du DSM III-R. Il est composé de 74 items répartis en 9 sous échelles (Raine, A. 1991)

Problèmes avec l'alcool et le tabac

- Le *DETA* est un auto questionnaire de 4 questions permettant d'identifier les personnes présentant des problèmes avec l'alcool : consommation excessive d'alcool ou alcoolodépendance (Rueff, B., Cernac, J., Darne, B. 1989).
- *L'Alcohol use disorder identification test* (AUDIT) est un questionnaire qui a été mis au point par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour dépister les sujets présentant des problèmes liés à la consommation d'alcool. L'outil porte sur la consommation d'alcool et les signes physiques, les symptômes et les anomalies biologiques liés à celle-ci.
- Le *Test de Fagerström* est un test de dépendance à la nicotine. Il permet de distinguer en 6 questions les fumeurs dépendants selon niveaux (faible, moyen, fort) (Fagerstrom, K. O. 1978; Fagerstrom, K. O. et al. 1989).

Troubles du comportement alimentaire

Evaluation de la boulimie nerveuse :

- *Le BULIT et BULIT-R, Bulimia Test* : Ce test permet d'identifier, au sein de la population générale, les sujets présentant des risques de boulimie nerveuse. La version corrigée à 26 items est la plus utilisée (Thelen, M. H. et al. 1991). Ce test est utilisé comme mesure de l'efficacité d'un traitement de la boulimie nerveuse, comme mesure de la sévérité des symptômes de boulimie ainsi que comme instrument de dépistage des sujets remplissant les critères DSM-IV pour la boulimie nerveuse.
- *BITE Bulimic Inventory Test Edimburg* : Développé en 1987, cet outil est composé de 33 items a pour objectif d'identifier les sujets présentant des symptômes boulimiques (Henderson, M. et al. 1987). Ce questionnaire est utilisé comme instrument de dépistage en population générale, d'évaluation de l'efficacité d'un traitement et de mesure de sévérité du trouble.

Evaluation des *comportements alimentaires (validés en français)* :

- *Eating Attitude Test* : L'objectif premier de ce questionnaire est l'identification de symptômes et de préoccupations associés aux troubles du comportement alimentaire. Certains auteurs le considèrent comme une mesure globale des symptômes associés à la boulimie et à l'anorexie, d'autres le classent comme un instrument destiné à évaluer un ensemble d'attitudes et de conduites associées à l'anorexie nerveuse. Développé en 1979 par Garner et Garfinkel, il existe 2 versions : une comprenant 40 items, l'autre 26, avec des seuils respectifs de 30 et 20 (Garner, D. a. G., PE. 1979; Garner, D. a. O., M. 1983).
- *Eating Disorder Inventory*: Cet inventaire multidimensionnel évalue la présence de caractéristiques psychologiques fréquemment associées aux troubles du comportement alimentaire. Il comprend 8 sous parties dont 3 mesurant la présence de comportements symptomatiques (pulsion morbide impérieuse d'être mince, insatisfaction vis-à-vis de l'image corporelle, boulimie) et 5 indicateurs psychologiques connus associés aux troubles du comportement alimentaire (sentiment d'impuissance, perfectionnisme, Incapacité d'introspection, méfiance à l'égard d'autrui, peur de la maturité). Cette outil a été développé par Garner (Garner, D. a. O., M. 1983), 27 items ont été rajoutés correspondant à trois sous-échelles : ascétisme, régulation des pulsions et insécurité sociale. Une des limitations de ce questionnaire est qu'il ne permet pas de différencier les différents troubles du comportements alimentaires entre eux (Cooper, Z. et al. 1985).
- *Eating Disorder Examination Questionnaire* : Développé à partir de l'entretien semi-structuré EDE mis en place par Fairburn et Beglin en 1994, ce questionnaire mesure la présence des principaux comportements et psychopathologies associés aux troubles du comportement alimentaire. Il est constitué de quatre échelles : Dietary restraint, Eating concerns, Weight concerns et Shape concerns (Fairburn, C. G. et al. 1994).

D'autres instruments existent qui évaluent la présence d'une caractéristique associée aux troubles du comportement alimentaire comme par exemple la préoccupation concernant l'image corporelle : citons le BIDD (Body Image Detection), le BAT (Body Attitudes Test), le BSQ (Body Shape Questionnaire), le BITS (Body Image Testing System), CDRS (Contour Drawing Rating Scale), le BSRQ (Body-Self Relation Questionnaire).

Mesure du fonctionnement social

Il n'est pas toujours évident de partager le dysfonctionnement social du symptôme psychiatrique. Les atteintes du fonctionnement social peuvent être utilisées comme critères diagnostiques comme pour le DSM IV ou encore faire partie des symptômes d'une échelle dite de fonctionnement global comme pour l'axe V du DSM IV.

Il existe toutefois des instruments dont l'objectif est d'évaluer l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Sans prétendre à l'exhaustivité on peut citer :

- *L'échelle d'évaluation globale du fonctionnement* : cette échelle disponible en français permet d'évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel global sur un continuum (de 1 à 100) allant de la santé mentale à la maladie. Elle est complétée par un clinicien qui pose un jugement sur le niveau de fonctionnement global de son patient (APA 1994).
- *L'échelle des habilités de la vie autonome* (EHVA) : instrument disponible en langue française qui vise à recueillir des informations sur l'autonomie et les habilités de vie quotidienne du sujet. Elle comprend 7 sous échelles (hygiène personnelle, apparence vestimentaire, entretien ménager, habitudes alimentaires, habiletés de maintien de la santé et de l'utilisation des services sociaux et de santé, gestion financière, loisirs (Cyr, M. et al. 1994).
- *Echelle d'adaptation sociale* : cet instrument vise à évaluer spécifiquement l'adaptation sociale des patients qui présentent des troubles mentaux graves. Il comporte 9 sous échelles (travail, cohabitation, sexualité, relations parentales, loisirs et relations sociales, bien être personnel ...) (Toupin, J. et al. 1993).

2. Indicateurs médico-sociaux des problèmes de santé mentale à Marseille

Contexte national

En France, peu d'enquêtes fournissent des données de prévalence et d'incidence des troubles psychiatriques à l'échelle des territoires (régions, départements, communes). En l'absence de telles données, les statistiques d'exonération du ticket modérateur pour Affection de longue durée (ALD) de l'Assurance maladie apportent quelques éléments de connaissance. Pour diverses raisons, les incidences et prévalences calculées à partir des données d'ALD diffèrent du nombre réel de malades et ne doivent pas être confondues avec les incidences et prévalences habituellement calculées en épidémiologie ; elles sont pour cela qualifiées de « médico-sociales ».

En 2004, en France, 900 000 personnes assurées du régime général (1,6 % de la population), étaient exonérées du ticket modérateur en raison d'une affection psychiatrique de longue durée (ALD n°23). Cette catégorie correspond à un ensemble hétérogène d'affections graves : psychoses, troubles de l'humeur récurrents ou persistants, déficiences intellectuelles et troubles graves du développement durant l'enfance, troubles névrotiques sévères et troubles graves de la personnalité et du comportement (Vallier, N. et al. 2006). Parmi ces pathologies, les schizophrénies et troubles délirants étaient les affections les plus fréquentes avec près du quart des exonérations (Borgès Da Silva, G. et al. 1998).

En termes d'incidence, les troubles psychiatriques graves représentaient le 3^{ème} motif d'admission en ALD, tous âges confondus, en 1999 (14,6 % du total des admissions en ALD, soit un taux d'incidence de 208 pour 100 000), derrière les maladies cardio-vasculaires (28,7 %) et les tumeurs malignes (26,6%). Les pathologies psychiatriques représentaient 29 % des admissions en ALD chez les personnes de moins de 15 ans et 33 % entre 15 et 44 ans (CNAMTS 2004).

En France, les taux de prévalence « médico-sociale » d'affections psychiatriques de longue durée sont particulièrement élevés dans les départements de la moitié sud de la France et en Bretagne. Dans ces départements, les taux de remboursement pour neuroleptiques sont aussi les plus importants. Les raisons de ces disparités départementales sont complexes et difficiles à interpréter. Il est en effet difficile de vérifier leur concordance avec les données épidémiologiques sur la morbidité psychiatrique, lesquelles font souvent défaut et avec la mortalité, puisque les maladies psychiatriques ne provoquent pas directement de décès (en dehors du suicide). Bien que les critères d'admission en ALD pour troubles psychiatriques graves aient été précisés en 2004, ils laissent une plus grande marge d'interprétation que ceux pour d'autres pathologies telles que le cancer ou le diabète. Les différences départementales de prévalence « médico-sociales » des troubles psychiatriques pourraient ainsi être liées en partie à des différences de comportement des demandeurs de l'exonération (patients et médecins). Enfin, les variations inter départementales sont aussi probablement liées aux différences d'offre de soins en psychiatrie. En France, les psychiatres sont concentrés dans le sud et dans les zones urbaines (Vallier, N. et al. 2006).

Faits marquants

- Entre 2003 et 2005, environ 2 000 nouvelles admissions en affection de longue durée pour « affection psychiatrique grave » ont été enregistrées en moyenne chaque année à Marseille (régime général). Tous âges confondus, elles représentaient 12 % de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD mais cette proportion était supérieure à 30 % avant 40 ans. Selon le diagnostic porté par les médecins conseils, le plus souvent à partir du dossier médical, les principaux troubles psychiatriques donnant lieu à une ALD étaient les troubles de l'humeur (32 % des nouvelles admissions en ALD n°23), suivis des troubles de la personnalité (30 %) et de la schizophrénie et des troubles délirants (19 %). La part des troubles de l'humeur augmente progressivement avec l'âge. Celle des troubles de la personnalité est maximum entre 10 et 19 ans et celle de la schizophrénie entre 20 et 29 ans.
- Chaque année, entre 2003 et 2005, près de 1 200 habitants de Marseille de 20 à 69 ans (assurés du régime général) ont eu un arrêt de travail de plus de 6 mois en raison d'un trouble de la santé mentale, le plus souvent un trouble de l'humeur. Ce motif représentait le tiers de l'ensemble des arrêts de travail de longue durée. Les arrêts de travail de longue durée pour dépression étaient plus souvent enregistrés chez les femmes que chez les hommes et concernaient la plupart des actifs, quel que soit leur âge : un quart des assurés ayant eu un arrêt de travail de longue durée pour trouble dépressif avait entre 30 et 39 ans et près de 30 % avaient entre 40 et 49 ans.
- Sur la même période, environ 670 pensions d'invalidité ont été accordées en moyenne chaque année à des habitants de Marseille en raison d'un trouble de la santé mentale, soit 41 % de l'ensemble des admissions en invalidité, toutes causes confondues. Les deux principales pathologies enregistrées comme motif de l'invalidité étaient les troubles de l'humeur (60 % des cas) et les troubles spécifiques de la personnalité (20 % des cas). Les invalidités pour troubles de l'humeur étaient principalement accordées à des femmes et à des personnes âgées de 50 à 59 ans.

2.1. Affections de longue durée (ALD)

Affection de longue durée (ALD) : définition et limites de leur utilisation à des fins épidémiologiques

Les assurés sociaux et leurs ayants droits peuvent bénéficier d'une exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100 %) pour les soins liés à l'une des 30 ALD dont la liste est fixée par décret. Elles sont définies comme des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. La demande d'admission en ALD est formulée par le patient ou le médecin traitant et accordée ou non après avis d'un médecin de l'Assurance maladie, si l'affection répond aux critères d'admission fixés par le Haut comité médical de la sécurité sociale.

Les incidences et prévalences calculées à partir des données d'ALD sont qualifiées de « médico-sociales » et ne doivent pas être confondues avec les incidences et prévalences réelles habituellement calculées en épidémiologie.

Le nombre de personnes admises en ALD pour une pathologie diffère du nombre de personnes nouvellement atteintes de cette pathologie, pour plusieurs raisons :

- des malades bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur à un autre titre (« polyopathie », invalidité, maladie professionnelle...) ne demandent pas l'exonération au titre d'une ALD 30 ;
- des malades ne font pas valoir leur droit vis-à-vis de l'Assurance maladie pour des raisons de confidentialité ou de couverture complémentaire estimée satisfaisante ;
- des malades ne remplissent pas les conditions de gravité édictées par le Haut comité médical de la sécurité sociale ;
- l'évolution longue de certaines maladies avec des phases de rémission totale risque de conduire à une nouvelle « première attribution » plutôt qu'à une prolongation d'ALD 30.

Par ailleurs, des facteurs socio-économiques peuvent également intervenir : il est probable que les personnes économiquement défavorisées (ou leur médecin traitant) sollicitent de façon plus fréquente et plus précoce l'exonération du ticket modérateur pour ALD.

La demande d'ALD étant réalisée par le médecin traitant, il est également probable que les différences de pratique des médecins aient une influence sur les taux de prévalence et d'incidence « médico-sociales ».

Les ALD pour troubles psychiatriques

Selon leur nature, les troubles mentaux (codés F00 à F99 dans la Classification internationale des maladies 10ème révision) peuvent donner lieu à une exonération du ticket modérateur au titre de deux ALD :

- l'ALD n°15 « maladie d'Alzheimer et autres démences » (F00 à F09) ;
- l'ALD n°23 « affections psychiatriques de longue durée » (F10 à F99). L'ALD n°23 peut également être attribuée pour des malformations congénitales et anomalies chromosomiques telles que le syndrome de Down (codes CIM 10 Q00 à Q99).

Ces ALD correspondent à des troubles psychiatriques graves diagnostiqués, ayant fait l'objet d'une demande d'exonération du ticket modérateur et répondant aux critères du Haut comité médical de la sécurité sociale. Concernant ces affections, trois types de critères doivent être réunis : le diagnostic de l'affection, son ancienneté et ses conséquences fonctionnelles (Journal officiel de la République française, 5 octobre 2004).

Le diagnostic doit être établi selon la liste et les critères de la CIM 10. Certaines affections sont exclues comme par exemple les troubles psychotiques aigus et transitoires (bouffées délirantes isolées), l'épisode dépressif isolé, la réaction dépressive brève, la réaction aiguë à un facteur de stress et la dysthymie légère.

L'ancienneté de l'affection ne doit pas être inférieure à un an au moment de la demande. Il appartient au médecin traitant de fournir des repères chronologiques sur l'histoire de cette affection.

Les conséquences fonctionnelles (aspects cognitifs, affectifs, comportementaux...) doivent être majeures et en relation directe avec cette affection.

Le codage de la pathologie selon la CIM 10 est réalisé par les médecins conseil de l'Assurance maladie, le plus souvent à partir du dossier médical. Les diagnostics précis sont donc à prendre avec précaution.

Chaque année, environ 2 000 nouvelles admissions en affection de longue durée pour un trouble psychiatrique grave à Marseille

Sur la période 2003-2005, 2 016 nouvelles admissions en ALD n°23 « affections psychiatriques de longue durée » ont été enregistrées en moyenne chaque année à Marseille (régime général).

Sur la même période, 614 nouvelles admissions en ALD n°15 « maladie d'Alzheimer et autres démences » ont été enregistrées en moyenne chaque année à Marseille (régime général).

Répartition des nouvelles admissions en ALD selon la pathologie à Marseille sur la période 2003-2005 (régime général) (en %)			
	Nombre annuel moyen	%	Ratio H/F
ALD n°15	614	100,0	0,4
Tbles mentaux organiques	614	100,0	0,4
<i>dont démence de la maladie d'Alzheimer</i>	372	60,6	0,4
<i>démence vasculaire</i>	98	16,0	0,4
ALD n°23	2 016	100,0	0,9
Tbles de l'humeur [affectifs]	648	32,1	0,5
<i>dont épisodes dépressifs</i>	527	81,3	0,5
Tbles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	607	30,1	0,9
Schizophrénie, tble schizotypique et tbles délirants	374	18,6	1,5
<i>dont schizophrénie</i>	151	40,4	2,3
Tbles névrotiques, tbles liés à des facteurs de stress, et tbles somatoformes	121	6,0	0,5
Tbles liés à l'utilisation de substances psychoactives	116	5,8	3,8
<i>dont tbles liés à l'utilisation d'alcool</i>	84	72,4	3,9
Retard mental	67	3,3	1,1
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	32	1,6	1,1
<i>dont syndrome de Down</i>	17	53,1	1,0
Tbles du développement psychologique	26	1,3	3,9
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	14	0,7	0,1
<i>dont tbles de l'alimentation, non organiques</i>	14	100,0	0,1
Tbles du comportement & tbles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence	10	0,5	4,0

Source : CNAMTS 01/01/2003 au 31/12/2005 - exploitation ORS PACA

Méthodologie : statistiques d'admission en ALD de l'Assurance maladie

Les données ont été fournies par la Direction régionale du service médical Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse. Elles représentent le nombre de nouvelles admissions en ALD enregistrées sur la période d'étude, c'est-à-dire celles dont la date d'attribution était comprise entre 1er janvier 2003 et le 31 décembre 2005. Elles concernent uniquement le régime général de l'Assurance maladie (y compris sections locales mutualistes et mutuelles étudiantes) qui couvre 90 % de la population des Bouches-du-Rhône.

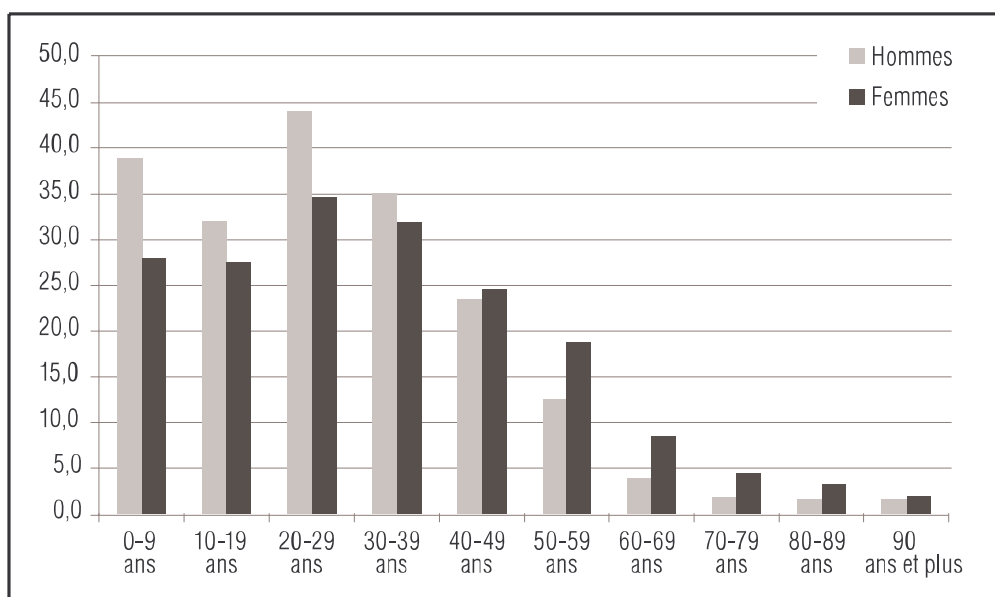
La sélection a été réalisée sur les codes de la Classification internationale des maladies 10ème révision et non sur le numéro de l'ALD.

Le nombre d'assurés du régime général (y compris sections locales mutualistes) par sexe, âge et lieu de domicile n'étant pas disponible, il n'est pas possible de calculer des taux d'incidence « médico-sociale » qui permet notamment d'effectuer des comparaisons géographiques.

Avant 40 ans, plus de 30 % des admissions en ALD sont dues à des affections psychiatriques de longue durée

Globalement, tous âges confondus, les nouvelles admissions en n°23 « affections psychiatriques de longue durée » représentent 12 % de l'ensemble des nouvelles admissions mais cette proportion est supérieure à 30 % avant 40 ans puis diminue ensuite fortement avec l'âge. Elle est maximum chez les jeunes hommes de 20-29 ans.

La part des ALD n°15 « maladie d'Alzheimer et autres démences » dans l'ensemble des nouvelles admissions en ALD toutes causes confondues augmente fortement avec l'âge et passe de 1,5 % chez les 65-69 ans, deux sexes confondus à 30 % chez les 95 ans et plus.



Part des ALD 23 dans l'ensemble des nouvelles admissions en ALD (2003-2005, Marseille, régime général) (en %)

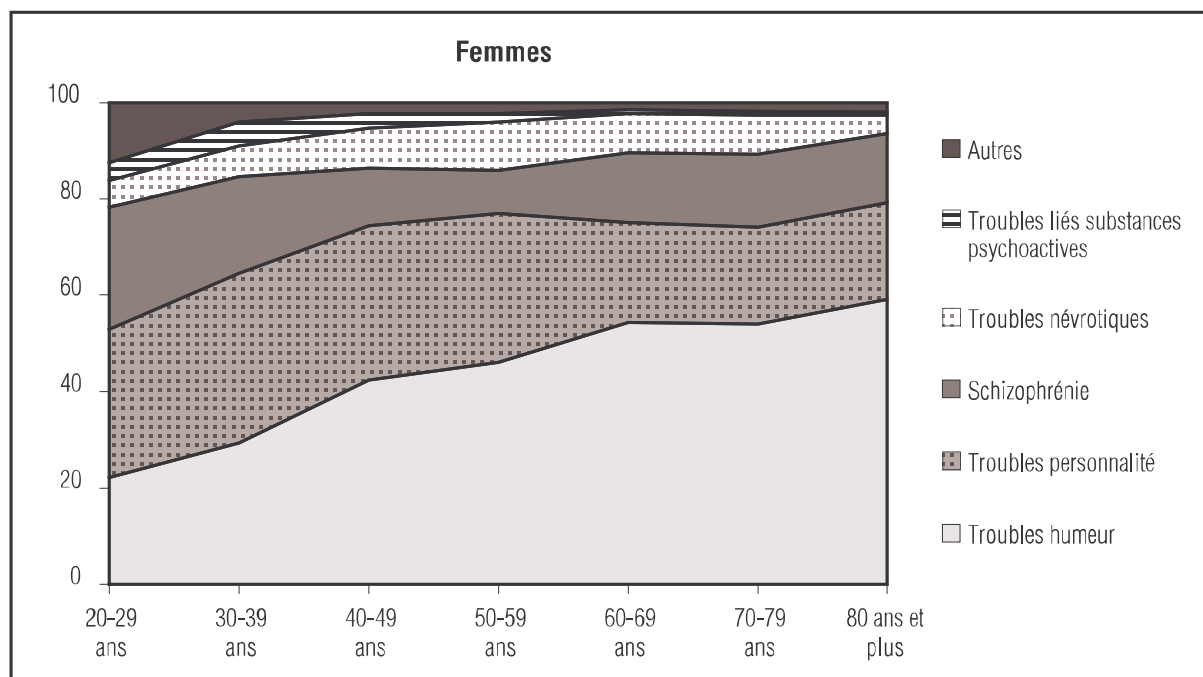
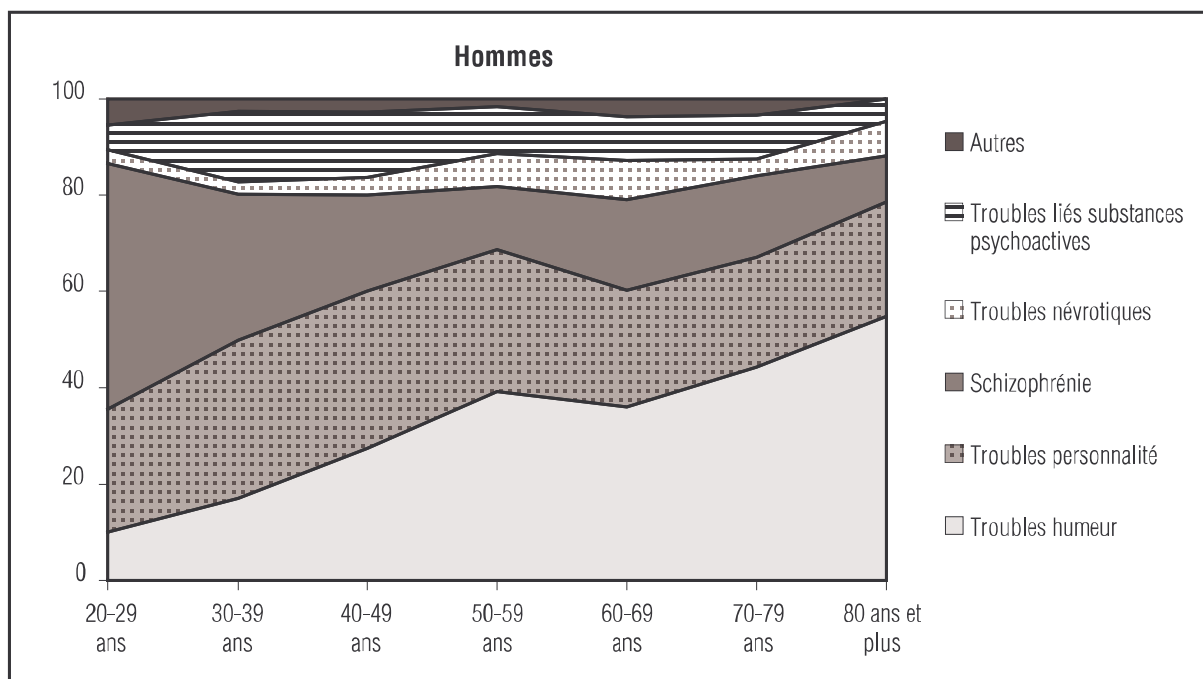
Source : CNAMTS 01/01/2003 au 31/12/2005 - exploitation ORS PACA

Parmi les affections psychiatriques graves, les principaux diagnostics sont les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité et la schizophrénie

Parmi les ALD n°23 « affections psychiatriques de longue durée », deux sexes confondus, les principales pathologies étaient, selon le diagnostic porté par les médecins conseils, les troubles de l'humeur (32 % des nouvelles admissions en ALD n°23), suivis des troubles de la personnalité (30 %) et de la schizophrénie et des troubles délirants (19 %). Le sex ratio hommes/femmes est supérieur à 1 pour la schizophrénie, les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, les troubles du développement psychologique et les troubles du comportement et émotionnels. En revanche, il est inférieur à 1 pour les troubles de l'humeur, les troubles névrotiques et les troubles de l'alimentation non organiques.

L'importance de chaque diagnostic au sein des ALD n°23 varie fortement selon l'âge. La part des troubles de l'humeur augmente progressivement avec l'âge. Celle des troubles de la personnalité est

maximum entre 10 et 19 ans puis diminue ensuite légèrement avec l'âge. Le poids de la schizophrénie dans l'ensemble des ALD n°23 atteint un maximum entre 20 et 29 ans puis diminue avec l'âge. Chez les enfants de moins de 10 ans, outre les troubles de la personnalité, les admissions en ALD n°23 sont dues à des problèmes spécifiques dont le poids diminue fortement avec l'âge : troubles du développement psychologique, malformations congénitales, retard mental.



Répartition du nombre d'admissions en ALD n°23 « affections psychiatriques de longue durée » selon le diagnostic et l'âge à Marseille sur la période 2003-2005 (régime général) (en %)

Source : CNAMTS 01/01/2003 au 31/12/2005 - exploitation ORS PACA

ALD : une prise en charge à 100 %, hors dépassement d'honoraire, forfait de 1 euro et forfait hospitalier

La prise en charge à 100 % concerne uniquement les soins et traitements liés à l'affection de longue durée, dont la liste figure sur le volet du protocole de soins remis au patient. Les soins et traitements liés à d'autres maladies sont remboursés dans les conditions habituelles. La prise en charge à 100 % ne concerne ni les dépassements d'honoraires, qui ne sont jamais pris en charge par l'Assurance maladie, ni la participation forfaitaire de 1 euro, ni le forfait hospitalier (www.ameli.fr).

En 2006, le montant du forfait hospitalier, qui représente une participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien pour toute hospitalisation de plus d'une journée, était de 15 euros par jour à l'hôpital ou en clinique et de 11 euros par jour en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie d'un établissement de santé. Il augmentera de 1 euro en 2007. Le forfait journalier peut éventuellement être pris en charge par l'assurance complémentaire ou par la mutuelle du patient s'il en a une. De plus, certaines situations donnent lieu à une exonération du forfait journalier : grossesse et accouchement, accident du travail ou maladie professionnelle, Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou aide médicale de l'Etat.

Pour les patients pris en charge en psychiatrie, pouvant être hospitalisés pendant plusieurs mois, les frais induits par le forfait hospitalier peuvent être très élevés. Pour les patients bénéficiant de la CMU complémentaire, ces frais seront pris en charge. Néanmoins, certains patients et notamment ceux bénéficiant de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) ne peuvent bénéficier de la CMU complémentaire. En effet, le montant de l'AAH (610 euros en 2006) est légèrement supérieur au seuil d'attribution de la CMU complémentaire (598 euros en 2006). Cette difficulté a été citée par des usagers lors d'entretiens réalisés dans le cadre de l'enquête qualitative sur les problèmes de santé mentale à Marseille.

2.2. Arrêts de travail de longue durée

Chaque année, plus de 1 000 arrêts de travail de plus de 6 mois pour un trouble de santé mentale, soit 1/3 de l'ensemble des arrêts de travail

Chaque année en moyenne sur la période 2003-2005, 1 180 habitants de Marseille de 20 à 69 ans ont eu au moins un arrêt de travail de plus de 6 mois en raison d'un trouble de santé mentale, soit le tiers de l'ensemble des assurés ayant été en arrêt de travail pour plus de 6 mois. Plus de 80 % des arrêts de travail de longue durée pour trouble de santé mentale étaient dus à des troubles de l'humeur (épisodes dépressifs pour la quasi-totalité). Dans 63 % des cas, les arrêts de travail pour troubles de l'humeur concernaient des femmes.

Répartition des assurés ayant eu un arrêt de travail de plus de 6 mois en raison d'un trouble de santé mentale sur la période 2003-2005 à Marseille (assurés de 20 à 69 ans du régime général) selon la pathologie (en %)			
	Nombre annuel moyen	%	Ratio H/F
Tbles de l'humeur [affectifs]	948	80,3	0,6
<i>dont épisodes dépressifs</i>	<i>932</i>	<i>98,3</i>	<i>0,6</i>
Tbles névrotiques, tbles liés à des facteurs de stress, et tbles somatoformes	116	9,9	0,5
<i>dont autres tbles anxieux</i>	<i>92</i>	<i>79,1</i>	<i>0,5</i>
Tbles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	80	6,8	0,9
<i>dont tbles spécifiques de la personnalité</i>	<i>80</i>	<i>100,0</i>	<i>0,9</i>
Schizophrénie, tble schizotypique et tbles délirants	17	1,5	1,5
Tbles mentaux et tbles du comportement liés à utilisation substances psychoactives	17	1,4	3,3
<i>dont tbles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool</i>	<i>16</i>	<i>91,8</i>	<i>3,3</i>
Tous troubles mentaux confondus	1 180	100,0	0,6
<i>Source : CNAMTS 01/01/2003 au 31/12/2005 - exploitation ORS PACA</i>			

Méthodologie : statistiques sur les arrêts de travail de longue durée de l'Assurance maladie

Les données ont été fournies par la Direction régionale du service médical Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse.

Lorsque la durée d'un arrêt de travail atteint 6 mois, l'assuré est convoqué à une visite médicale par un médecin de l'Assurance maladie et la pathologie à l'origine de l'arrêt de travail est alors enregistrée. Cette information médicale n'est pas disponible pour les arrêts de travail plus courts. L'analyse suivante porte sur les assurés du régime général pour lesquels au moins un arrêt de travail de plus de 6 mois a été signé entre le 1er janvier 2003 et le 31 décembre 2005.

Pour réaliser des comparaisons avec d'autres niveaux géographiques (département, région) ou des comparaisons infra communales, il faudrait pouvoir calculer des taux d'admission en arrêt de travail et pour cela disposer du nombre d'actifs relevant du régime général par sexe, âge et lieu de domicile. A notre connaissance, ces données ne sont pas disponibles.

Des troubles qui concernent tous les actifs, quel que soit leur âge

Pour les 3 principaux types de troubles de santé mentale à l'origine d'arrêts de travail de longue durée, la répartition des bénéficiaires selon l'âge varie peu selon la pathologie.

Répartition des assurés ayant eu un arrêt de travail de plus de 6 mois en raison d'un trouble de santé mentale sur la période 2003-2005 à Marseille (assurés du régime général) selon l'âge et la pathologie (en %)			
	Tbles de l'humeur [affectifs] (n=948)	Tbles névrotiques, tbles liés à des facteurs de stress, et tbles somatoformes (n=116)	Tbles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (n=80)
20-29 ans	10,8	12,3	8,8
30-39 ans	25,2	29,2	26,3
40-49 ans	28,6	26,1	34,6
50-59 ans	32,2	29,8	29,2
60-69 ans	3,2	2,9	2,9
Total	100,0	100,0	100,0

Source : CNAMTS 01/01/2003 au 31/12/2005 - exploitation ORS PACA

2.3. Pensions d'invalidité

Chaque année, environ 670 nouvelles pensions d'invalidité accordées pour un trouble de santé mentale, soit 40 % de l'ensemble des nouvelles pensions

Sur la période 2003-2005, 671 pensions d'invalidité ont été accordées en moyenne chaque année à des habitants de Marseille en raison d'un trouble de santé mentale. Ces admissions représentaient 41 % de l'ensemble des admissions en invalidité, toutes causes confondues. Les deux principales pathologies à l'origine des admissions en invalidité pour trouble de la santé mentale étaient les troubles de l'humeur (60 % des cas) et les troubles spécifiques de la personnalité (20 % des cas). Dans 64 % des cas, les pensions d'invalidité pour troubles de l'humeur ont été accordées à des femmes.

Répartition des nouvelles invalidités pour troubles psychiatriques sur la période 2003-2005 à Marseille (assurés du régime général de 15 à 64 ans) selon la pathologie (en %)			
	Nombre annuel moyen	%	Ratio H/F
Tbles de l'humeur [affectifs]	405	60,4	0,6
<i>dont épisodes dépressifs</i>	<i>375</i>	<i>92,6</i>	<i>0,6</i>
Tbles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	136	20,3	1,0
<i>dont tbles spécifiques de la personnalité</i>	<i>136</i>	<i>100,0</i>	<i>1,0</i>
Schizophrénie, tble schizotypique et tbles délirants	59	8,8	1,7
Tbles névrotiques, tbles liés à des facteurs de stress, et tbles somatoformes	52	7,7	0,5
<i>dont autres tbles anxieux autres tbles anxieux</i>	<i>32</i>	<i>61,5</i>	<i>0,5</i>
Tbles mentaux et tbles du comportement liés à utilisation substances psychoactives	17	2,5	4,8
<i>dont tbles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool</i>	<i>15</i>	<i>88,2</i>	<i>5,6</i>
Tous troubles mentaux confondus	671	100,0	0,7
<i>Source : CNAMTS 01/01/2003 au 31/12/2005 - exploitation ORS PACA</i>			

Méthodologie : statistiques d'admissions en invalidité de l'Assurance maladie

Les données ont été fournies par la Direction régionale du service médical Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse.

Une pension d'invalidité peut être accordée aux personnes de moins de 60 ans qui présente une invalidité réduisant d'au moins 2/3 leur capacité de travail ou de gain. L'état d'invalidité est apprécié soit à l'expiration de la période maximale pendant laquelle l'assuré peut percevoir des indemnités journalières maladie (3 ans au maximum), soit après stabilisation de son état intervenue avant l'expiration de ce délai, soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme ; dans ce dernier cas, une pension d'invalidité peut être accordée immédiatement, sans que des indemnités journalières maladie n'aient été versées antérieurement. L'invalidité est également soumise à des conditions d'ouverture de droits (nombre d'heures de travail minimum...).

L'analyse suivante concerne les avis d'admission en invalidité signés entre le 1er janvier 2003 et le 31 décembre 2005 par le régime général de l'Assurance maladie.

Pour réaliser des comparaisons avec d'autres niveaux géographiques (département, région) ou des comparaisons infra communales, il faudrait pouvoir calculer des taux d'admission en arrêt de travail et pour cela disposer du nombre d'actifs relevant du régime général par sexe, âge et lieu de domicile. A notre connaissance, ces données ne sont pas disponibles.

L'invalidité intervient à des âges différents selon le type de pathologie

Dans 40 % des cas, les invalidités pour schizophrénie ou troubles délirants ont été délivrées à des personnes âgées de moins de 39 ans. La moitié des nouvelles invalidités pour troubles névrotiques ou troubles de la personnalité concernait des personnes de moins de 50 ans. Concernant les invalidités pour troubles de l'humeur, 60 % ont été accordées à des personnes ayant entre 50 et 59 ans.

Répartition des nouvelles invalidités pour troubles de santé mentale sur la période 2003-2005 à Marseille (assurés du régime général) selon l'âge et la pathologie (en %)				
	Tbles de l'humeur [affectifs] (n=405)	Tbles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (n=136)	Schizophrénie, tble schizotypique et tbles délirants (n=59)	Tbles névrotiques, tbles liés à des facteurs de stress, et tbles somatoformes (n=52)
15-29 ans	0,7	3,2	11,2	1,9
30-39 ans	7,4	15,7	29,2	11,6
40-49 ans	28,9	32,4	31,5	34,8
50-59 ans	61,0	48,0	27,5	50,3
60-64 ans	2,1	0,7	0,6	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : CNAMTS 01/01/2003 au 31/12/2005 - exploitation ORS PACA

3. Mortalité par troubles mentaux à Marseille

Contexte national

A l'exception des addictions aux substances psychoactives pour lesquelles il existe un risque important de mortalité par surdose, les pathologies mentales sont rarement des maladies directement létales. Elles sont néanmoins associées à une surmortalité importante pour d'autres causes (mort violente, cancer, cirrhose...). La mortalité des sujets souffrant de troubles mentaux serait près de 4 fois supérieure à la mortalité de la population générale (Gausset, M. F. et al. 1992).. La mortalité par suicide explique en partie cette surmortalité par rapport à la population générale mais elle ne peut expliquer à elle seule l'excès de mortalité, même si elle porte une grande responsabilité (Gausset, M. F. et al. 1992). Il convient en effet d'ajouter une part difficilement quantifiable de la mortalité non-suicidaire, accidentelle ou associée à la comorbidité somatique (tabagisme, consommation de produits psychoactifs...) (GTNDO 2003).

- Mortalité par maladies somatiques : la majorité des études rapporte un excès de décès chez les sujets présentant des troubles mentaux par maladies somatiques tels que les maladies du système circulatoire, les troubles métaboliques, certains cancers... Les études mettent en cause les facteurs de risque habituels (inactivité physique, consommation excessive de tabac, dépendance alcoolique, moindre observance aux traitements médicamenteux, maladies somatiques...) qui seraient plus présents dans ces groupes de population (Gausset, M. F. et al. 1992).
- Mortalité par suicide : en France métropolitaine sur la période 2000-2002, 2 % des décès ont été identifiés comme des suicides ; correspondant à 10 600 décès annuels. Toutefois des phénomènes de sous déclaration, estimés aux environs de 20 à 25 % porteraient ce nombre aux alentours de 13 000 (Mouquet, M. C. et al. 2006).

Faits marquants

- 220 décès enregistrés en moyenne chaque année à Marseille (2000-2002) par pathologies mentales, dont 60 liés à l'utilisation de substances psychoactives.
- Une forte surmortalité à Marseille par maladies liée à l'utilisation de tabac ou d'autres substances psychoactives.
- Avec 120 décès en moyenne par an à Marseille, une mortalité par suicide globalement plus faible qu'au niveau national (-19 %), en raison d'une sous mortalité significative chez les hommes (-26 %).

3.1. Mortalité par pathologies mentales à Marseille

Au cours de la période 2000-2002, la région PACA a enregistré en moyenne chaque année 1 384 décès par pathologies mentales dont 221 domiciliés à Marseille. Sur cette même période 771 décès par suicide ont été enregistrés en moyenne par an (dont 120 sur Marseille). Ces causes de mortalité représentaient 4,5 à 5,5 % des décès. Néanmoins, il convient de rester prudent quant à l'interprétation des statistiques de mortalité présentées ci-dessous. Elles ne représentent qu'une part de la mortalité par pathologies mentales pour plusieurs raisons :

- il s'agit des cas identifiés sur la cause initiale de décès (celle à l'origine du processus morbide ayant directement entraîné la mort d'après le médecin). Les décès dont la cause associée était une pathologie mentale ne sont donc pas inclus ;
- la pathologie psychiatrique n'est pas toujours connue ou reconnue par les médecins et en cas de mort violente, la nature intentionnelle du geste n'est pas toujours affirmée. Lorsque des autopsies sont effectuées, ce qui est fréquemment le cas lors de suicides, certains Instituts de médecine légale ne transmettent pas les résultats à l'INSERM ;
- les troubles psychiatriques ne sont pas des maladies directement létales, mais sont associés à une surmortalité importante pour d'autres causes (Gausset, M. F. et al. 1992).

Nombre annuel moyen de décès par pathologies mentales (2000-2002)			
	Marseille	PACA	France
Troubles mentaux et du comportement	221	1 384	17 620
- Troubles mentaux organiques	138	998	11 892
- Utilisation de substances psychoactives	57	240	3 530
- Schizophrénie	6	30	413
- Troubles de l'humeur y compris état dépressif	12	69	1 121
- Autres troubles mentaux	9	47	664
Suicide	120	771	10 607
- Par médicaments	25	132	1 339
- Pendaison	28	240	4 650
- Chute	25	83	705
- Arme à feu	22	186	1 865
- Autres	20	130	2 048
Traumatismes et empoisonnement dont l'intention est indéterminée	17	66	623
Total toutes causes	7631	45 090	530 322
<i>Sources : INSEE, INSERM CépiDC - exploitation ORS PACA – INSERM u379</i>			

Contrairement aux suicides qui sont plus fréquemment du fait des hommes, les décès par troubles mentaux et du comportement concernent plus fréquemment les femmes (55 à 60 %). Ceci est expliqué par la prédominance, chez les femmes, des décès par troubles mentaux organiques (i.e. démences, maladies dégénératives, sénilité...) aux âges élevés et des décès par troubles de l'humeur.

Sur la période 2000-2002, 138 décès par *troubles mentaux organiques* ont été enregistrés à Marseille : dans 7 cas sur 10, ils concernaient une femme. Ces décès concernent dans 95 % des cas des personnes

âgées de plus de 75 ans. La mortalité par trouble mental organique est significativement inférieure à Marseille par rapport aux niveaux régional et national.

Les décès liés à l'utilisation de substances psychoactives ont concerné en moyenne 60 décès par an sur la période 2000-2002, à Marseille ; auxquels pourraient être ajoutés une vingtaine de décès par intoxication accidentelle (que l'intention soit déterminée ou non). Dans 70 % des cas le produit à l'origine du décès était l'alcool, dans 20% des cas le tabac et dans 10 % des cas une autre substance psycho active (médicaments, substances illicites...). Ces décès touchent dans près de 9 cas sur 10 des hommes.

Les décès liés à la consommation d'alcool ou de tabac concernent dans plus de 60 % des cas des adultes de 45-74 ans alors que les décès liés à la consommation d'autres substances touchent plus fréquemment les populations plus jeunes (87 % avaient moins de 44 ans). Marseille présente une forte surmortalité par maladies liée à l'utilisation de tabac ou d'autres substances psychoactives.

Sur Marseille, en moyenne chaque année 6 décès par *schizophrénie* et 12 décès par *troubles de l'humeur* ont été enregistrés sur la période 2000-2002. Les décès par schizophrénie et troubles de l'humeur concernent toutes les tranches d'âges après 25 ans.

La mortalité par schizophrénie est équivalente à Marseille par rapport au niveau national. En revanche on y constate une sous mortalité par troubles de l'humeur.

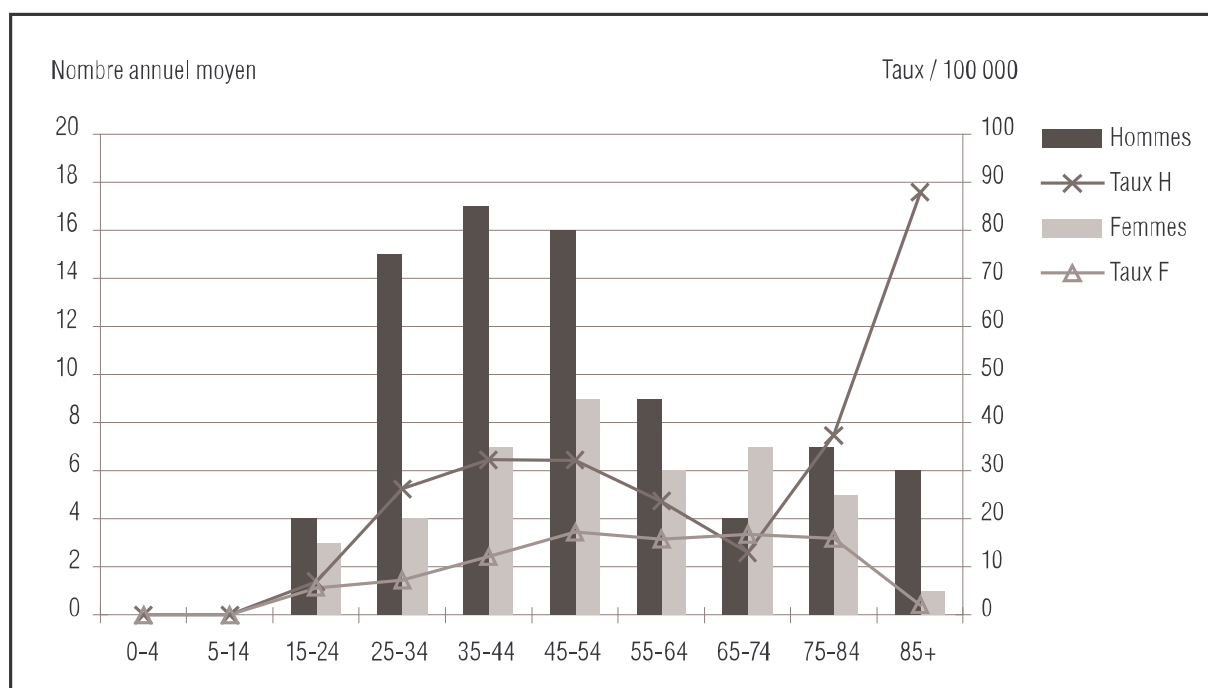
Taux de mortalité et Indice Comparatif de mortalité (ICM) par troubles mentaux et du comportement en 2000-2002						
	Taux de mortalité ¹ (2 sexes)			ICM		
	Marseille	PACA	France	Marseille	PACA	France
Troubles mentaux et du comportement	27,8	30,7	30,1	83**	89**	100
- Troubles mentaux organiques	17,3	22,1	20,3	74**	93**	100
- Utilisation de substances psychoactives						
- Alcool	5,1	3,8	5,0	100	72**	100
- Tabac	1,5	1,1	0,8	182**	127*	100
- Autres substances	0,7	0,5	0,2	274**	197**	100
- Schizophrénie	0,8	0,7	0,7	97	84	100
- Troubles de l'humeur (y.c. état dépressif)	1,5	1,5	1,9	65*	70**	100
- Autres troubles mentaux	11	1,0	1,1	87	81*	100

¹Taux bruts de mortalité pour 100 000 personnes
Différence significative : *p<0,05 ; ** p<0,01
Sources : INSEE, INSERM CépiDC - exploitation ORS PACA – INSERM u379

3.2. Mortalité par suicide à Marseille

Le nombre de décès annuels par suicide était de 770 en PACA dont 120 domiciliés à Marseille. La mortalité par suicide est globalement plus faible à Marseille qu'au niveau national (-19 %), en raison d'une sous mortalité significative chez les hommes (-26 %). Chez les femmes, la situation est équivalente à la moyenne nationale.

Quel que soit l'âge, les suicides sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, les taux de suicide augmentent fortement entre 24 et 45 ans, ainsi qu'après 64 ans. Chez les femmes, les taux augmentent également avec l'âge mais de manière moins rapide.



Nombre de décès moyen par suicide et taux de mortalité (2000-2002) à Marseille

Source : INSEE, INSERM CépidDC, exploitation ORS PACA – INSERM u379

Dans 45 % des cas les suicides sont réalisés par pendaison ou défenestration, dans 20 % des cas par intoxication médicamenteuse et dans 18 % des cas par armes à feu. L'acte suicidaire est plus fréquemment réalisé avec une arme à feu ou par pendaison chez les hommes alors que les femmes ont plus fréquemment recours aux médicaments.

Deux groupes de populations sont particulièrement vulnérables : les jeunes et les personnes âgées. Chez les jeunes de 15-24 ans et de 25-34 ans le suicide représente respectivement la 2^{ème} et la 1^{ère} cause de décès. Socialement plus banalisé que celui des jeunes, le suicide des personnes âgées est mal connu alors que les taux sont les plus élevés dans cette tranche d'âge. Chez ces sujets la présence d'un trouble dépressif et/ou d'une maladie chronique invalidante est fréquente, de même que les situations de rupture, d'isolement social et/ou affectif, de perte d'autonomie, de maltraitance... qui sont autant de facteurs de risque d'un passage à l'acte.

4. Ressources et organisation du système de prise en charge des problèmes de santé mentale à Marseille

Contexte national

En France, la politique de santé mentale est souvent assimilée à la sectorisation psychiatrique. Mise en place par la circulaire du 15 mars 1960, la sectorisation visait initialement à traiter la maladie mentale à un stade précoce, assurer une postcure évitant les récives et séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu. La circulaire prévoyait une organisation en secteur (aire géodémographique de 67 000 habitants pour laquelle une même équipe est chargée, sous la direction du médecin, d'assurer la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation, les soins avec hospitalisation et la postcure) et déclinait les moyens : développement de l'extrahospitalier et réduction concomitante de l'intrahospitalier. En rupture avec la loi de 1838 qui avait institué les asiles d'aliénés, la circulaire de 1960 a posé les principes et les modalités d'une politique de santé mentale complète, extra et intrahospitalière, coordonnée, cohérente et ambitieuse.

Néanmoins, plusieurs facteurs liés au contexte de l'époque ont conduit à un développement hétérogène de la sectorisation, dépendant des personnalités des chefs de secteur, des chefs de services, des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et des directions hospitalières. Par exemple, l'existence d'affrontements idéologiques à propos des modèles explicatifs de la psychiatrie (psychologique, biologique et social) a rendu difficile l'application de la politique de sectorisation. D'autre part, la croissance économique, bien que ralentie, permettait de financer les nouvelles demandes, conduisant à un développement de la sectorisation à côté et non pas au lieu de l'intrahospitalier. Le personnel de la sectorisation est recruté en plus et non pas par redéploiement des équipes hospitalières (Bernard, Y. 2004).

Entre 1990 et 2000, le passage de la psychiatrie à la santé mentale s'est affirmé et la circulaire du 14 mars 1990 a relancé la sectorisation, étendu le champ des populations concernées et prévoyait le développement de liens avec les autres praticiens de la santé, les acteurs institutionnels, sociaux et les établissements médico-sociaux. Cette circulaire incitait à accroître la psychiatrie à l'hôpital général. La transformation progressive des centres hospitaliers spécialisés prévoyait par ailleurs la diminution des capacités hospitalières compensée par l'hospitalisation partielle et par des structures et activités extrahospitalières.

Les années 2000 ont marqué la prise de conscience des insuffisances de la politique de santé mentale par le ministère et des besoins d'une refondation, s'appuyant sur les partenariats, l'intersectorialité et les réseaux (Biarez, S. 2004). A côté de la psychiatrie générale et de ses différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps complet) se sont par ailleurs développés d'autres offres de soins comme le secteur médico-social associatif ou les services d'urgences urbains qui interviennent en cas de crise.

Considéré dans une perspective de santé mentale, le système de soins français actuel présente toutefois des limites. En France, l'offre de soins psychiatrique est importante mais reste majoritairement dans le secteur public et géographiquement mal répartie (Piel, E. et al. 2004b) ; des changements importants risquent de survenir du fait de la diminution à venir de la démographie médicale alors même que le recours à ces soins ne cesse d'augmenter (Alezzah, C. et al. 2004) ; les usagers du système de soins

psychiatriques ne sont encore que peu représentés au niveau des orientations politiques (Piel, E. et al. 2004a) ; et, enfin, il y a en général un manque de coopération entre les différents acteurs concernés par les questions de santé mentale, loin d'exercer uniquement dans le domaine de la psychiatrie (Jaeger, M. 2004).

En France, le système de prise en charge de la santé mentale se caractérise ainsi par la diversité des organisations (libéral, hospitalier, médico-social et social), des financements (rémunération à l'acte, à la journée, établissements sous objectif quantifié national, budget global hospitalier), des structures (centres médico-psychologiques, unités d'hospitalisation complète, hôpitaux de jours, appartements thérapeutiques...), des modalités de soins (ambulatoire, temps partiel, temps complet, réseaux de soins et partenariats professionnels et associatifs...) (Cases, C. et al. 2004b; Coldefy, M. 2005).

4.1. Établissements de santé publics et privés

Contexte national

Au cours de ces dernières années, en France, l'évolution de la psychiatrie hospitalière a été marquée par une diminution des capacités d'accueil (129 500 lits ou places en 1985 à 60 272 en 2004) et un développement de l'hospitalisation partielle qui représente 44,3 % du total des lits ou places d'hospitalisation en psychiatrie en 2004, contre 11,7 % en 1985. Entre 1990 et 1997, dans le secteur public, l'évolution des pratiques de prise en charge s'est traduite par une augmentation du nombre de places d'hospitalisation partielle (+25 %) et par une forte diminution du nombre de lits d'hospitalisation complète (-32 %). La hausse des capacités d'hospitalisation partielle n'ayant toutefois pas compensé la diminution du nombre de lits d'hospitalisation complète, la capacité totale en lits et places a diminué de 21 % en 7 ans. Dans le secteur privé, la capacité en lits comme en places a peu varié sur cette période (Piel, E. et al. 2004b). Actuellement, la tendance est à la diversification des modes de soins par le développement de structures extrahospitalières et la pluralité des lieux d'interventions, à l'intensification des prestations psychiatriques dans les hôpitaux généraux et au développement des programmes de réadaptation et de réinsertion sociale des malades mentaux (ORS PACA 2002).

Aujourd'hui, l'offre de soins spécialisés en santé mentale repose sur un dispositif très diversifié, tant au niveau des établissements de santé publics et privés que des professionnels. En ce qui concerne le secteur public, il s'agit de centres hospitaliers spécialisés, de services de psychiatrie dans les établissements de santé et d'hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics. Le dispositif public de soins psychiatriques est organisé en secteurs. En 2000, la France était divisée en 830 secteurs de psychiatrie générale (pour les adultes), couvrant chacun en moyenne 54 000 habitants âgés de plus de 20 ans et 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile desservant en moyenne 49 000 jeunes de moins de 20 ans. Chaque secteur est doté d'une équipe pluridisciplinaire et de moyens variés : hospitalisation complète et partielle, accueil et soins ambulatoires en centres médico-psychologiques, appartements thérapeutiques, familles d'accueil. En France, le secteur public détient la majorité de l'offre de soins psychiatrique.

Les établissements de soins privés intervenant dans le champ de la psychiatrie sont des établissements de prise en charge des maladies mentales (cliniques et foyers de postcure) et des cliniques générales ayant des services de psychiatrie. En France, l'offre hospitalière privée se répartit différemment de l'offre publique et sa géographie se rapproche de celle des psychiatres libéraux, avec des lits et places en nombre important le long du littoral méditerranéen et dans les zones urbaines (Coldefy, M. 2005).

Toutefois, une faible proportion de patients est prise en charge hors de ce système de soins spécialisés en psychiatrie. En effet, une enquête de morbidité en court séjour (médecine-chirurgie-obstétrique), effectuée en 1993 a montré que 2,3 % de ces hospitalisations concernaient des troubles mentaux.

Pour améliorer la planification des structures dans ce domaine, une démarche de concertation a été définie par le législateur dans les années 1985-1986, associant toutes les parties concernées autour des conseils départementaux de santé mentale. Des schémas régionaux d'organisation de la psychiatrie établis par l'Agence régionale d'hospitalisation, ont été mis en place au cours de la dernière décennie. Des révisions ont été réalisées dans certaines régions. Au niveau national, un plan « psychiatrie et santé mentale » a été engagé pour la période 2005-2008 (Ministère de la Santé et des Solidarités 2005).

Faits marquants

- A Marseille, l'offre globale en lits et places d'hospitalisation en psychiatrie générale est plus élevée que la moyenne nationale. Ceci est dû à une forte implantation du secteur privé dans le domaine de l'hospitalisation temps plein et de la post cure. L'offre publique, gérée par 3 établissements et répartie en 14 secteurs sur la commune, est plus diversifiée (structures de prise en charge ambulatoire, à temps partiel et à temps complet) et légèrement plus importante qu'au niveau national. Au sein de la commune, elle varie quantitativement et qualitativement selon les secteurs.
- Dans les établissements de santé publics, les prises en charge ambulatoires sont principalement assurées par les 16 Centres médico-psychologiques situés sur la commune. Ces structures sont ouvertes du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures pour la majorité. A partir de 17 heures, moins de la moitié des CMP sont ouverts, ce qui peut poser des problèmes d'accès à certaines personnes qui ont une activité professionnelle et soulève la question de la mise en concurrence des soins et de l'insertion sociale par le travail. Le délai d'attente pour une première consultation est de l'ordre de 13 jours (\pm 11 jours) mais est fortement réduit en cas d'urgence (4 jours en moyenne). Des consultations spécifiques à l'hôpital existent comme celle destinée aux personnes souffrant d'une dépendance aux jeux de hasard et d'argent.
- Le secteur public gère par ailleurs la totalité de l'offre d'hospitalisation partielle : 340 places en hôpital de jour (HJ), 60 places en hôpital de nuit (HN), 12 Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et 3 ateliers thérapeutiques (AT) en 2005. Rapporté au nombre d'habitants, le nombre de places en HJ et HN est légèrement plus élevé que dans la région. Une grande partie des places d'HJ (45 %) est située dans l'enceinte de l'hôpital et le Schéma régional d'organisation sanitaires (SROS) en psychiatrie recommande une externalisation de ces structures.

L'offre de prise en charge à temps partiel est inégalement répartie au sein de la commune : la densité en places en HJ et HN est plus élevée dans les secteurs du centre et du nord-ouest de la commune. C'est aussi dans ces secteurs que sont implantés les CATTP et les AT. Entre 2002 et 2005, un hôpital de nuit a été fermé conduisant à une diminution du nombre de places en hospitalisation partielle. Le SROS prévoit une augmentation du nombre de places en hôpitaux de jour dans le territoire de santé Bouches-du-Rhône Sud. Le développement de places d'alternatives à l'hospitalisation dans les établissements de soins privés est actuellement en cours.

- A Marseille, l'offre de prise en charge à temps complet des établissements sanitaires est caractérisée par l'importance du secteur privé. En 2005, 53 % des 1 417 lits d'hospitalisation temps plein et la totalité des lits de post cure (182) étaient installés dans le privé. En revanche, les alternatives à l'hospitalisation (25 places en appartement thérapeutique et 34 en accueil familial thérapeutique) étaient encore exclusivement dans le secteur public. La diversification de l'offre publique de prise en charge à temps complet varie selon les secteurs : les structures d'alternatives à l'hospitalisation temps plein sont concentrées dans le centre et le nord de la commune. Le nombre de places alternatives ne semble pas avoir augmenté entre 2002 et 2005 alors que sur cette même période, le nombre de lits a diminué dans les établissements publics et privés. Des évolutions sont en cours dans le domaine des prises en charge à temps complet : le SROS prévoit une diminution du nombre de journées d'hospitalisation temps plein accompagnée par un développement des alternatives à l'hospitalisation, y compris dans les établissements de soins privés où des projets sont déjà engagés.

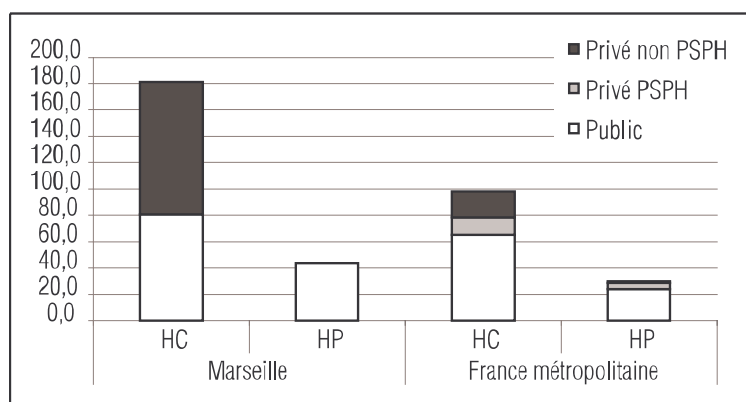
Deux enquêtes ont en effet souligné le manque de places d'hébergement/logement thérapeutique ou social en aval de l'hospitalisation (appartement thérapeutique dans le champ sanitaire mais également appartements associatifs, maison d'accueil spécialisée...).

- La psychiatrie publique à Marseille dispose de 3 sites de prise en charge des urgences. Le SROS préconise une association de ces urgences aux sites d'urgences médico-chirurgicales ainsi qu'une structuration de l'amont et de l'aval de ces urgences. Sur la commune, le SAMU-Centre 15 et l'association SOS-Médecins gèrent de nombreuses situations d'urgence liées à des problèmes de santé mentale. A Marseille, les consultations locales réalisées dans le cadre du Plan régional de santé publique ont rapporté la nécessité d'une coordination centrale des urgences psychiatriques pour éviter que certains patients soient sans cesse renvoyés d'un service à l'autre et lutter contre la discontinuité des soins. La création d'un centre 15 à orientation psychiatrique est également souhaitée par les acteurs.
- Depuis 1997, l'Equipe mobile de liaison psychiatrie-précarité (équipe rattachée au CHS Edouard Toulouse) intervient auprès des publics précaires en se rendant sur les lieux sociaux, avec pour objectif d'améliorer l'accès aux soins de ces personnes.

A l'heure actuelle, Médecins du Monde, en partenariat avec l'APHM est en cours de montage d'un projet « santé mentale de proximité » visant à améliorer l'accès aux soins, la santé et la qualité de vie des personnes en grande pauvreté (celles vivant à la rue principalement) présentant des troubles psychiatriques. Son projet est d'effectuer un travail de rue, d'offrir des consultations de proximité dans un bus et dans les lieux d'accueil. Son objectif est aussi de travailler avec les équipes hospitalières en cas d'hospitalisation d'une personne et d'effectuer un travail de mise en réseau et de formation des différents acteurs impliqués.

4.1.1. Présentation générale de l'offre hospitalière : une prédominance du privé

Une forte implantation du secteur privé à Marseille



Densité en lits et places d'hospitalisation en psychiatrie générale selon la nature de l'établissement à Marseille et en France métropolitaine en 2003 (pour 100 000 habitants)

HC : hospitalisation complète, y compris hospitalisation de semaine. Densité en nombre de lits pour 100 000 habitants

HP : hospitalisation partielle (hospitalisation de jour et de nuit). Densité en nombre de places pour 100 000 habitants

PSPH : participant au service public hospitalier

Densité Marseille : nb lits / population couverte par les secteurs de psychiatrie générale en 1999

Sources: SAE 2003, INSEE RP99 - exploitation ORS PACA

A Marseille, l'offre globale en lits et places d'hospitalisation en psychiatrie générale est plus importante qu'en France métropolitaine : 225 contre 128 lits et places pour 100 000 habitants. L'avantage marseillais est plus marqué pour l'offre d'hospitalisation complète que pour celle d'hospitalisation partielle.

Alors qu'en France métropolitaine 79 % des lits d'hospitalisation complète en psychiatrie générale sont situés dans des établissements publics ou privés participant au service public hospitalier (PSPH), à Marseille, seuls 44 % sont installés dans le secteur public. La densité élevée en lits d'hospitalisation en

psychiatrie générale observée à Marseille est due à cette forte implantation du secteur privé. Concernant l'hospitalisation partielle, à Marseille, la totalité des places est installée dans le secteur public (96 % en France métropolitaine).

Méthodologie : la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

La Statistique annuelle des établissements de santé publics et privés (SAE) est une enquête administrative réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Elle décrit l'activité des établissements (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances...) et leurs facteurs de production (lits, places, équipements, personnels). Elle a été rénovée en 2000 pour améliorer la complémentarité avec le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Avant 2000, elle ne permettait pas de distinguer la psychiatrie générale de la psychiatrie infanto juvénile. Dans le champ de la psychiatrie, elle fournit des résultats agrégés par établissement et non par secteur de psychiatrie.

Une offre publique gérée par 3 établissements et répartie en 14 secteurs de psychiatrie générale

A Marseille, trois structures (Assistance publique des hôpitaux de Marseille [APHM], Centre hospitalier spécialisé [CHS] Edouard Toulouse et CHS Valvert) gèrent :

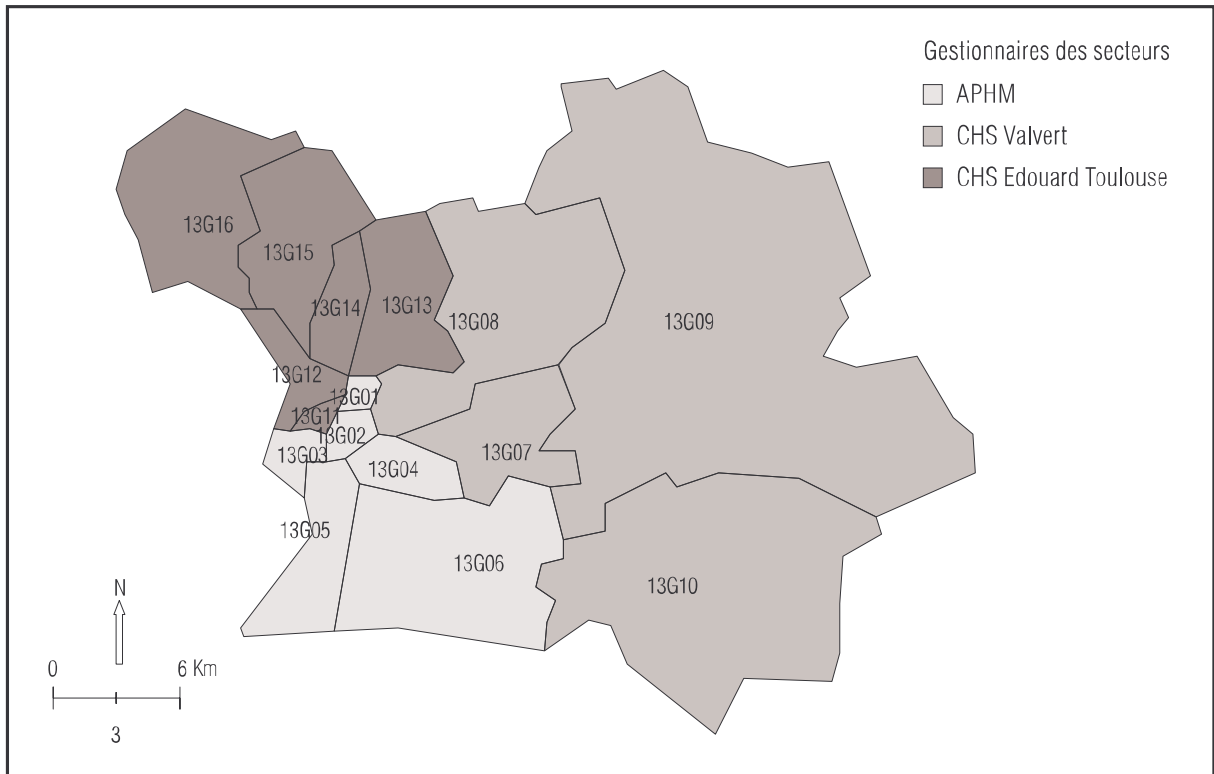
- 16 secteurs de psychiatrie générale ;
- 7 intersecteurs :
 - 3 rattachés au CHS Valvert (« gérontopsychiatrie », « Fédération Soins et Vie » et « Resocialisation – Réinsertion ») ;
 - 2 rattachés au CHS Edouard Toulouse (1 spécialisé dans la pharmaco-dépendance et la « Fédération des urgences nord ») ;
 - 2 rattachés à l'hôpital de la Timone (1 accueil des urgences et 1 hôpital de nuit).

Sur ces 16 secteurs de psychiatrie générale, 14 concernent la commune de Marseille (13G01 à 13G08 et 13G11 à 13G16). Les secteurs 13G09 et 13G10 ne sont pas pris en compte dans l'étude car ils couvrent des communes alentours.

Selon certains professionnels du groupe de suivi technique, **certain patients dérogeraient à sectorisation** pour différentes raisons (réputation de certains secteurs, taux d'occupation plus faible dans certains secteurs...). La sectorisation n'a pas de caractère obligatoire.

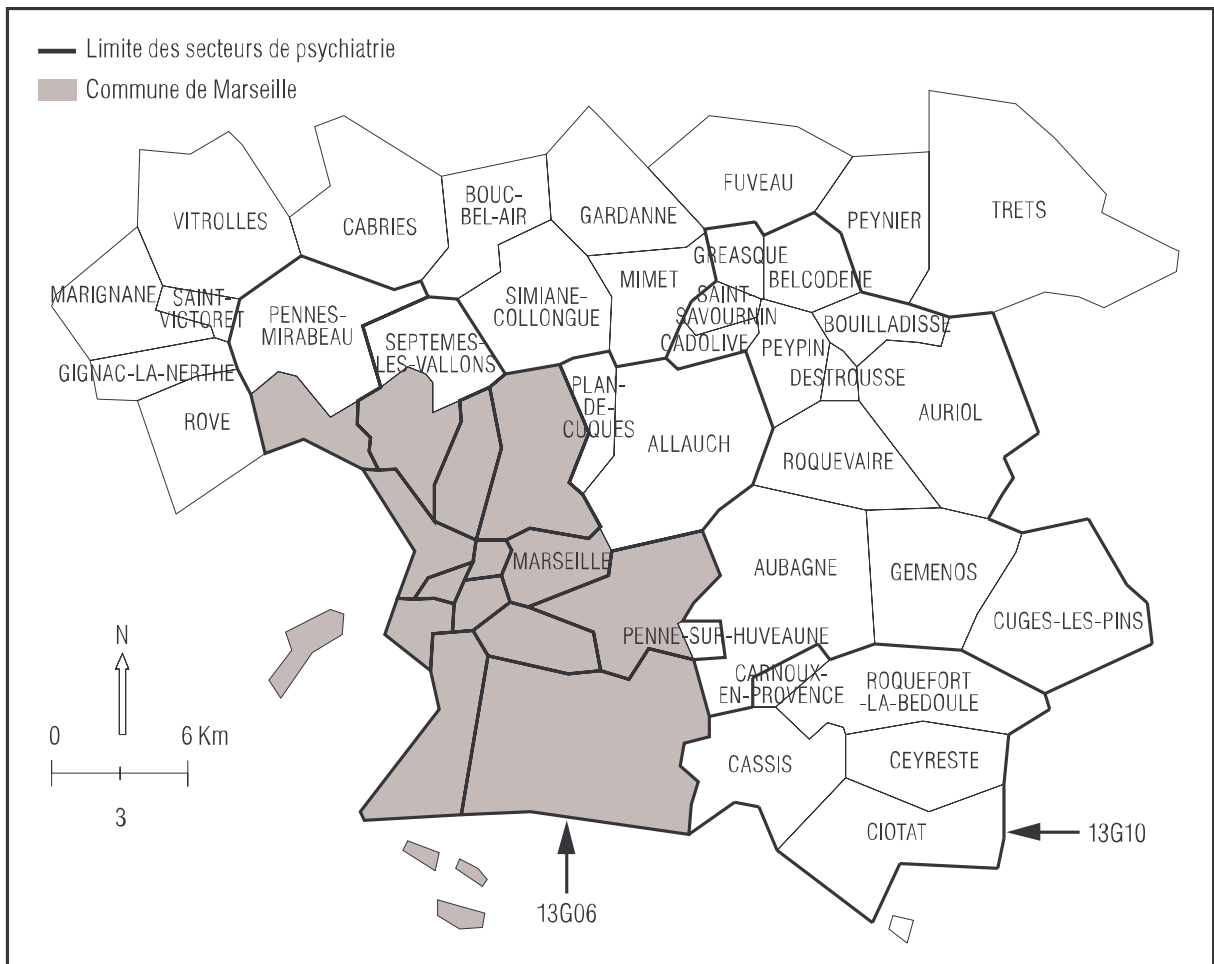
En dehors du dispositif de sectorisation, l'hôpital militaire HIA Lavéran dispose également d'un service de psychiatrie générale (22 lits d'hospitalisation complète et 5 places d'hospitalisation partielle en 2004).

A Marseille, **il n'existe pas encore de sectorisation pour personnes sans abri**. Le processus est en cours (cf. partie 5.6.2).



Les secteurs de psychiatrie générale à Marseille et dans les communes alentours selon les établissements gestionnaires

Sources : DREES, INSEE – exploitation ORS PACA



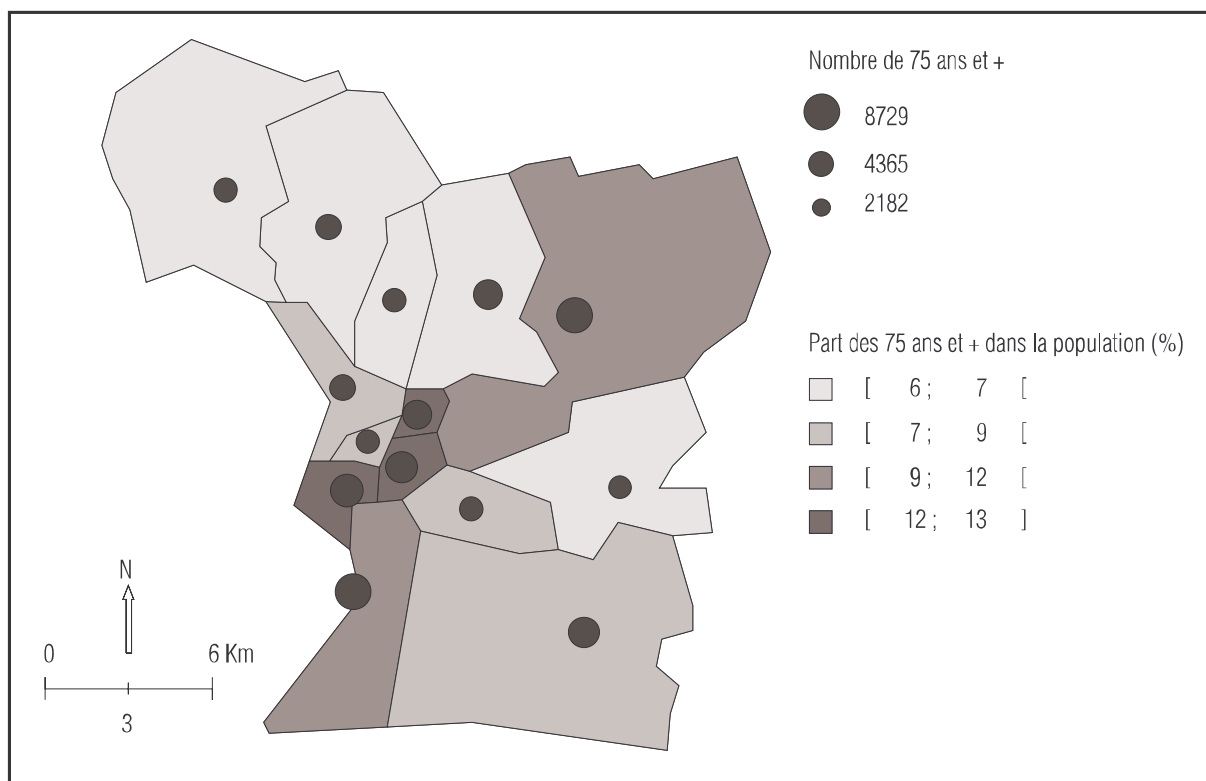
Limites géographiques des secteurs de psychiatrie générale à Marseille et dans les communes alentours

Sources : DREES, INSEE – exploitation ORS PACA

Caractéristiques démographiques et socio-économiques des secteurs de psychiatrie générale à Marseille

La superficie, la population couverte et les conditions socio-économiques varient d'un secteur à l'autre : en 1999, à Marseille, un secteur couvrait en moyenne 61 986 habitants, mais ce chiffre variait de 43 780 habitants pour le secteur 13G01 à 85 849 habitants pour le secteur 13G08.

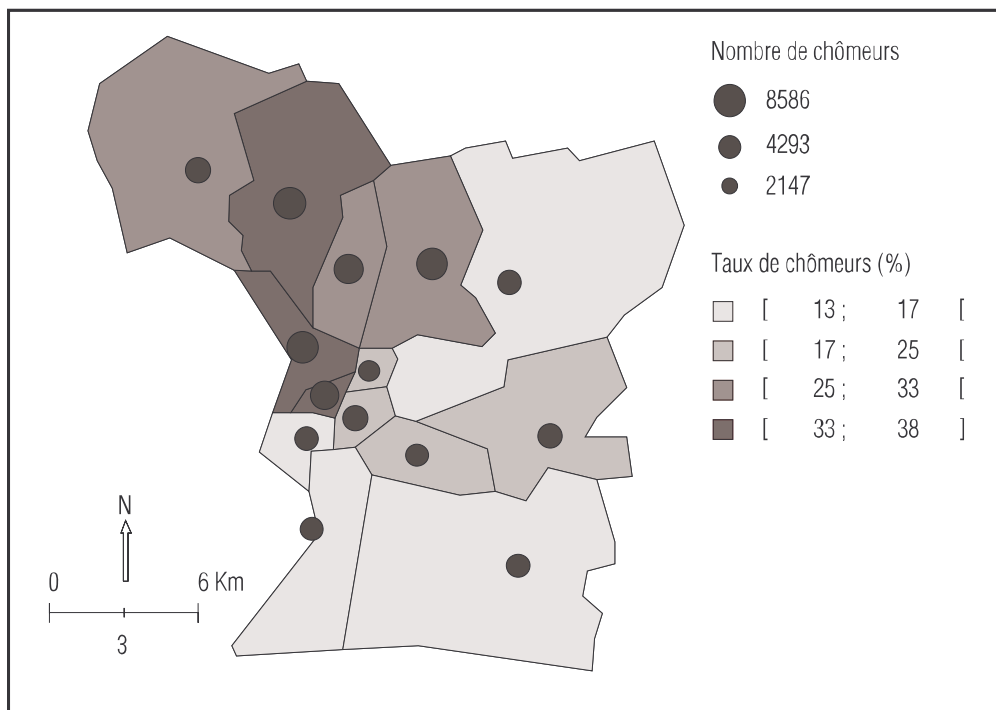
En 1999, la part de la population âgée de 75 ans et plus variait de 5,7 à 13,3 % selon les secteurs (moyenne communale : 9,2 %). La population âgée était plutôt concentrée dans les secteurs du centre et du sud de Marseille, ainsi que dans le secteur 13G08, au nord est.



Population âgée dans les secteurs de psychiatrie générale en 1999

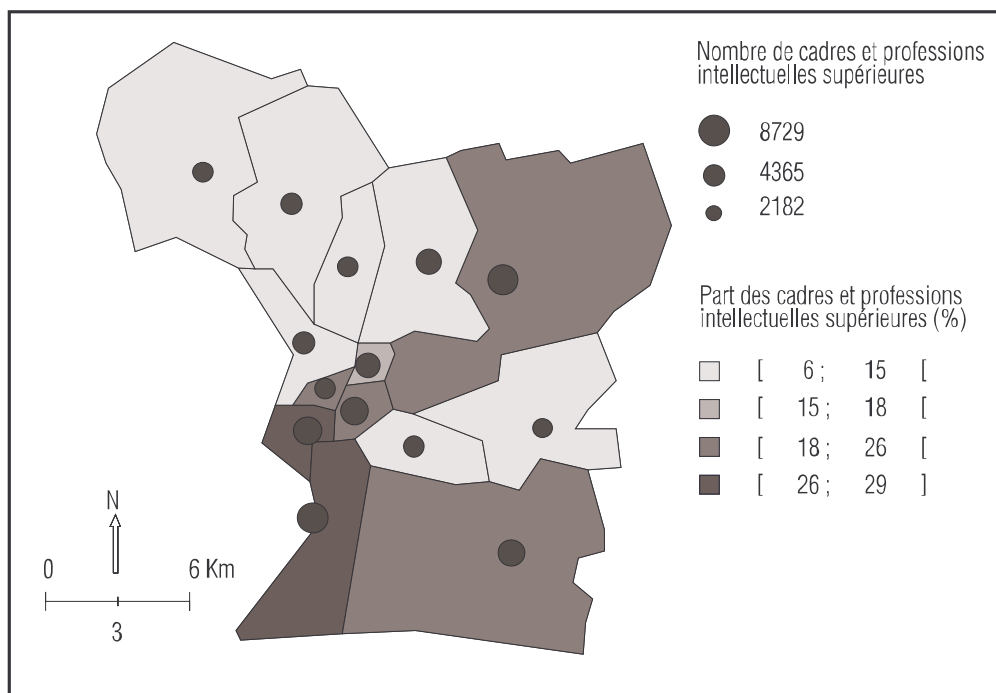
Sources : DREES, INSEE – exploitation ORS PACA

En 1999, la situation socio-économique de la population couverte différait selon les secteurs : au nord de Marseille, le taux de chômage était plus élevé que la moyenne communale (23,2 %), alors qu'au sud et dans le secteur 13G08, il était plus faible. Les secteurs dont le taux de chômage était le plus élevé étaient ceux où la part des cadres et professions intellectuelles supérieures était la plus faible.



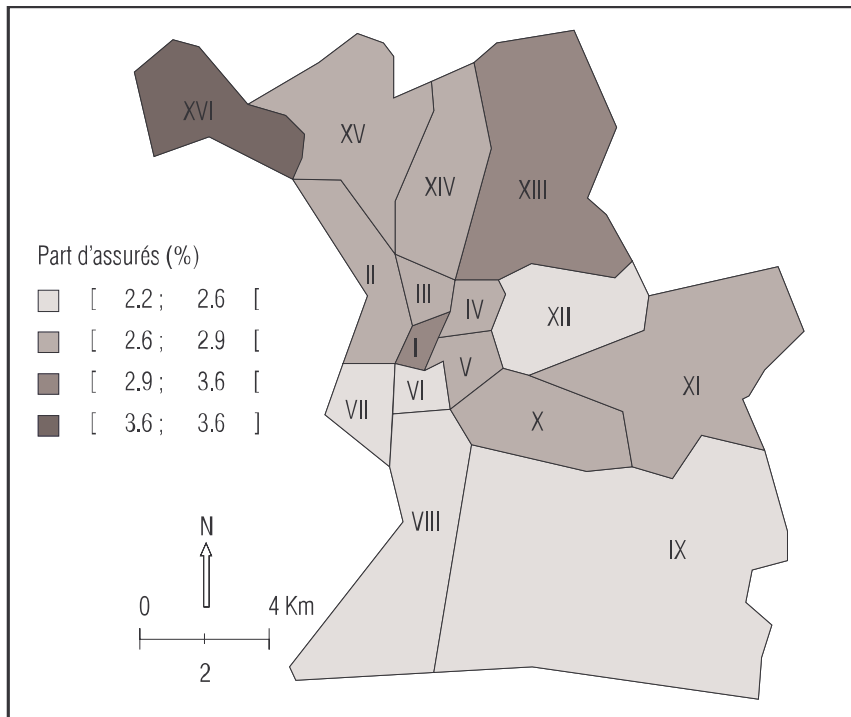
Taux de chômage dans les secteurs de psychiatrie générale en 1999

Sources : DREES, INSEE – exploitation ORS PACA



Part des cadres et professions intellectuelles supérieures dans la population active en 1999

Sources : DREES, INSEE – exploitation ORS PACA



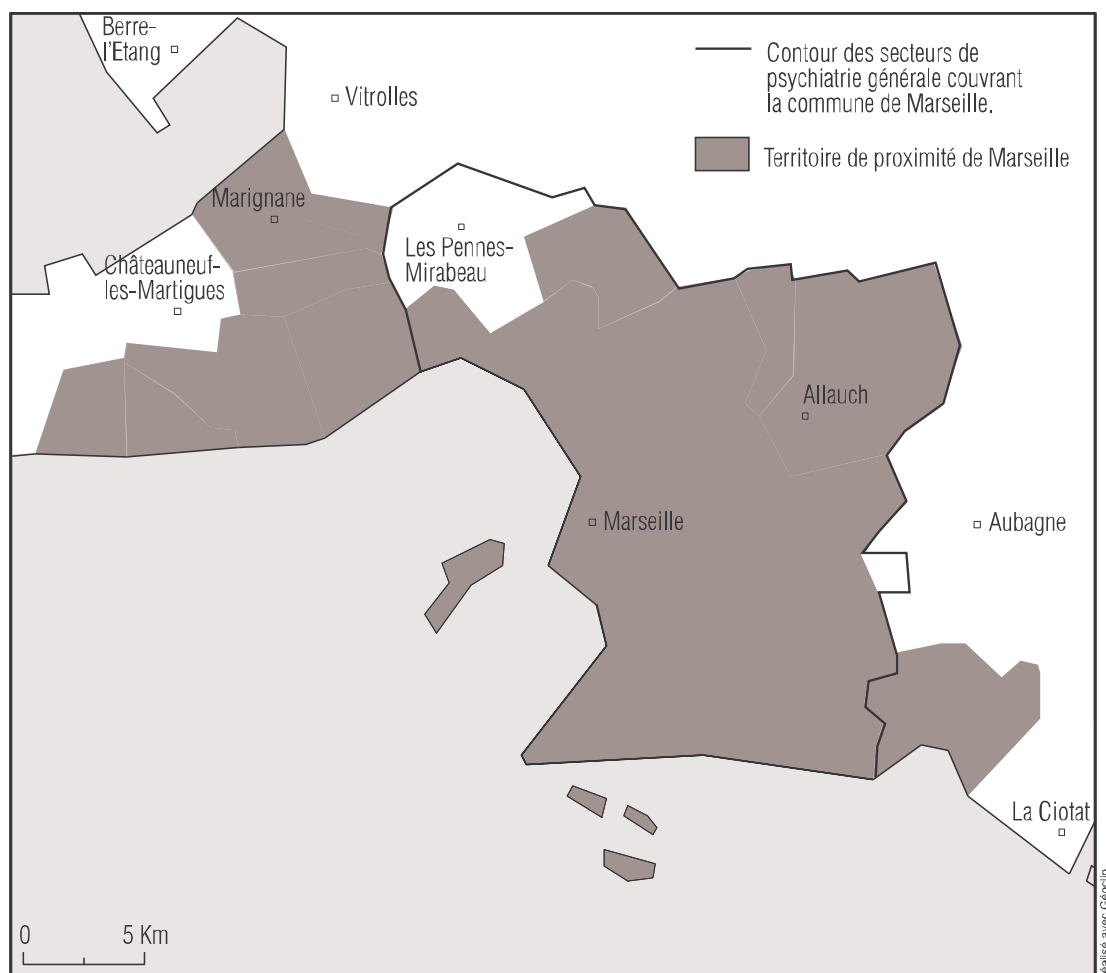
Part de bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) en 2006 (régime général stricto sensu)

Source : URCAM PACA - exploitation ORS PACA

Commune, secteur de psychiatrie générale et territoire de proximité : différents découpages géographiques

Dans le cadre du SROS « psychiatrie » 3^{ème} génération, un bilan de l'offre de soins existante a été réalisé à l'échelle des territoires de « santé mentale » et des territoires de proximité de la région. Dans ce découpage, la commune de Marseille est incluse dans le territoire de proximité « Marseille », composé de 12 communes (Allauch, Carry-le-Rouet, Cassis, Ensues-la-Redonne, Gignac-la-Nerthe, Marignane, Marseille, Plan-de-Cuques, Le Rove, Saint-Victoret, Sausset-les-Pins et Septèmes-les-Vallons), soit près de 920 000 habitants en 1999.

Dans ce tableau de bord, le territoire retenu pour l'étude de l'offre de soins en psychiatrie publique (ensemble des secteurs de psychiatrie générale couvrant la commune de Marseille) est donc plus restreint que celui défini dans le cadre du SROS : il comprend 6 communes (Allauch, Marseille, La Penne-sur-Huveaune, Les Pennes-Mirabeau, Plan-de-Cuques et Septèmes-les-Vallons), soit environ 860 000 en 1999.



© Géoclip - IGN - ORS PACA

Limites des secteurs de psychiatrie générale et du territoire de proximité de Marseille

Sources : ARH, DREES, INSEE - exploitation ORS PACA

4.1.2. Prises en charge ambulatoires : l'accessibilité des CMP pourrait être améliorée

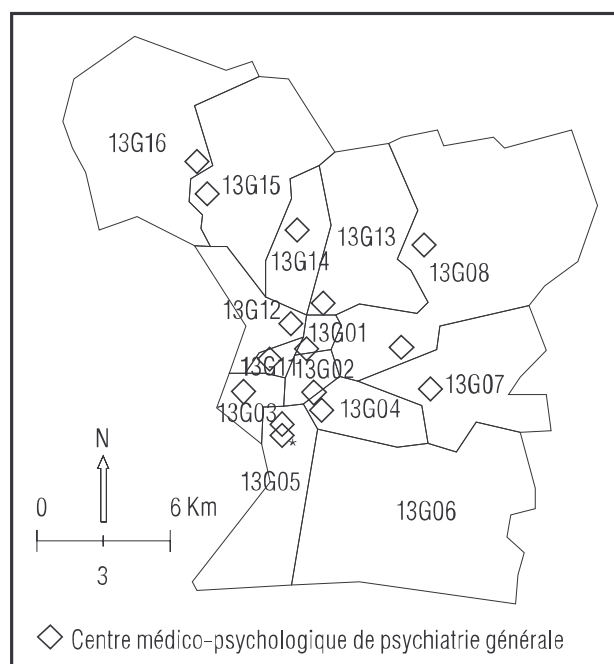
Centre médico-psychologique (CMP)

Les prises en charge ambulatoires en établissements de soins ont des prises en charge sans hospitalisation liée à l'atteinte mentale. Le plus souvent, les malades consultent en Centre médico-psychologique (CMP) qui sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Depuis la circulaire de 1990, le CMP est conçu comme le pivot du dispositif de soins du secteur et il a pour mission de coordonner toutes les actions extra-hospitalières en articulation avec les unités d'hospitalisation. Les CMP coordonnent également les visites à domicile ou en institutions substitutives au domicile (maisons de retraite, établissements pénitentiaires ou autres structures médico-sociales) effectuées par les équipes soignantes attachées aux secteurs (Coldefy, M. et al. 2002a).

16 CMP à Marseille

A Marseille, en 2005, tous les secteurs de psychiatrie générale disposait d'au moins un CMP. L'intersecteur de gérontopsychiatrie disposait également d'un CMP. Tous ces CMP étaient ouverts 5 jours par semaine et étaient situés à l'extérieur de l'hôpital.

Selon l'analyse des rapports de secteur de psychiatrie générale de 2003 (cf. encadré méthodologique), le nombre moyen de CMP par secteur était légèrement plus faible à Marseille (1,1) qu'en PACA (2,3) et



Localisation des CMP dans les secteurs de psychiatrie générale

* CMP situé dans le secteur 13G05 mais dépendant du secteur 13G06
Source : ARH, DRASS PACA, Inventaire des structures de psychiatrie, avril 2005, DREES, INSEE – exploitation ORS PACA

qu'en France (2,6 en 1999). Ceci est probablement lié au caractère urbain de Marseille : du fait de la forte densité de population, chaque secteur s'étend sur une superficie moins importante que dans certains secteurs ruraux. Quelle que soit sa localisation, le CMP du secteur est donc rapidement et facilement accessible, d'autant plus que les transports en commun urbains desservent ces structures. L'existence d'antennes garantissant des soins de proximité est ainsi moins nécessaire que dans certains secteurs ruraux. Le nombre moyen de CMP par secteur à Marseille est d'ailleurs proche de celui de Nice (1,2). Ceci est sans doute aussi à rapprocher de l'importance de l'offre de psychiatrie libérale dans les zones urbaines.

Méthodologie : les rapports de secteur de psychiatrie générale

Le rapport de secteur de psychiatrie générale, généralisé depuis 1983 à l'ensemble des secteurs français, constitue une enquête exhaustive, désormais réalisée tous les trois ans (depuis 2000), qui porte sur (Coldefy, M. et al. 2004) :

- le personnel médical et non médical ;
- l'équipement des secteurs en services et structures d'accueil ;
- l'accessibilité pour les usagers aux structures et services ;
- l'organisation de la réponse à certains problèmes (urgences, situations difficiles auxquelles sont confrontées les équipes soignantes) ;
- la pratique des équipes dans la prise en charge des patients, en interne ou en lien avec des intervenants extérieurs, et dans leurs activités de prévention, formation... ;
- les soins organisés en intersectorialité ;
- la file active définie comme « l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par un des membres de l'équipe du secteur » et ses modalités de prise en charge.

Des équipes majoritairement composées d'infirmiers

A Marseille, tous les CMP ayant répondu à l'enquête régionale sur l'accessibilité des CMP réalisée dans le cadre du SROS (cf. encadré méthodologique) disposaient d'au moins un psychiatre, d'une infirmière et d'une assistante sociale dans son équipe. Hormis le CMP de l'intersecteur de gérontopsychiatrie, tous disposaient également d'un psychologue. Deux CMP disposaient d'un éducateur, un seul d'un psychomotricien et aucun ne disposait d'orthophoniste. L'offre de personnel (en ETP) ne semblait pas liée au nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire (corrélation de Spearman).

L'équipe du CMP ne représente qu'une faible partie de l'équipe du secteur. De façon générale, au sein d'un secteur, la majorité du personnel médical et infirmier travaille dans les unités d'hospitalisation temps plein. Cette répartition varie cependant d'un secteur à l'autre (cf. partie 4.2.3).

Offre en personnel dans les CMP de Marseille

	Psychiatre	Psychologue	Infirmier	Assistante sociale
Nb (%) CMP sans professionnel	0 (0,0)	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Moyenne ETP par CMP disposant au moins d'un professionnel [min ; max]	1,3 [0,3 ; 3,2]	1,2 [0,5 ; 2,3]	3,1 [1 ; 5]	0,7 [0,3 ; 1,5]
Moyenne ETP par secteur* [min ; max]	1,5 [0,75 ; 3,2]	1,4 [0,5 ; 2,3]	3,3 [2,0 ; 5,0]	0,8 [0,5 ; 1,5]

* Ces données ne prennent pas en compte le CMP de l'intersecteur de gérontopsychiatrie

N.B : la CRAM réalise actuellement une analyse comparable à l'échelle de la région.

Source : ARH-CRAM, enquête CMP CMPP – exploitation ORS PACA

Méthodologie : enquête régionale sur l'accessibilité des CMP et CMPP

Dans le cadre du volet « psychiatrie et santé mentale » du SROS 3, une enquête sur l'accessibilité a été menée auprès des CMP et CMPP de la région, en mai 2005. Il s'agissait d'étudier l'accessibilité géographique, les modalités d'accueil, les temps médicaux et les délais de rendez-vous dans ces structures.

A Marseille, 13 des 15 CMP de psychiatrie générale ainsi que le CMP de gérontopsychiatrie ont répondu à l'enquête, permettant d'analyser l'offre de 12 des 14 secteurs de la commune.

Peu de CMP ouverts en soirée, surtout en fin de semaine

Répartition des CMP de psychiatrie générale selon le nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire (en %)

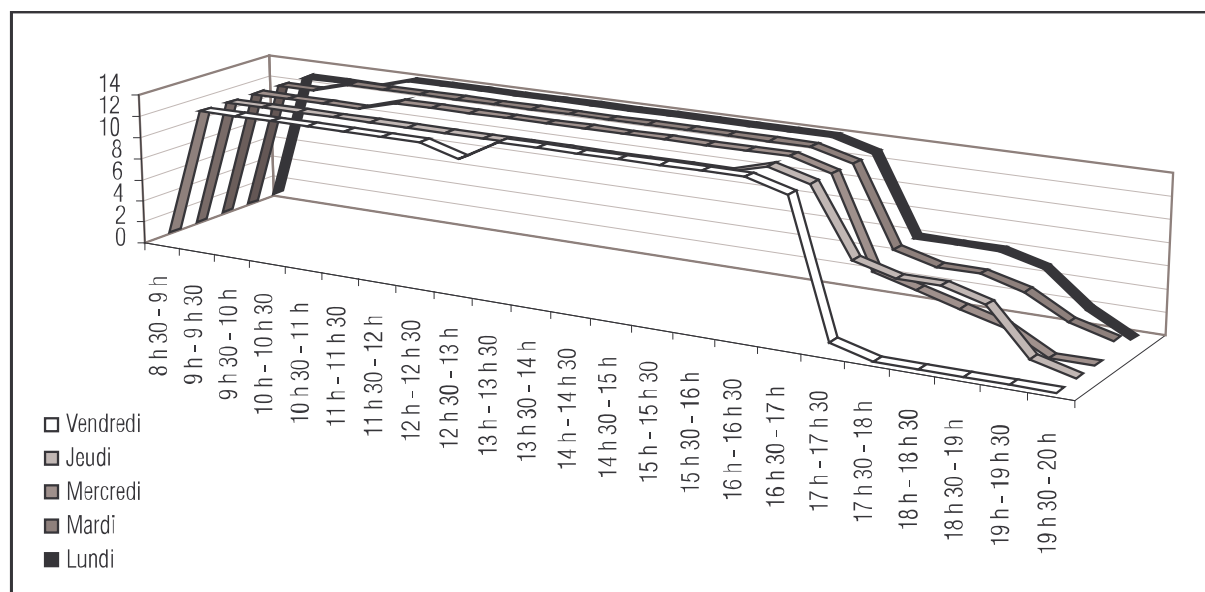
	Marseille (n=14)	PACA (n=115)
2 ≤ et < 16 heures	0,0	14,8
16 ≤ et < 32 heures	0,0	8,7
32 ≤ et < 40 heures	14,3	12,2
40 ≤ et < 48 heures	78,6	55,7
48 heures ou plus	7,1	8,7

Source : ARH-CRAM, enquête CMP CMPP – exploitation ORS PACA

Tous les CMP des secteurs de Marseille sont ouverts 5 jours par semaine, du lundi au vendredi. Aucun n'est ouvert le week-end.

Le nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire est plus important à Marseille que dans la région.

Pour les 12 secteurs de psychiatrie générale concernant la commune de Marseille et dont le ou les CMP ont répondu à l'enquête, il existe une bonne corrélation entre le nombre d'habitants couverts par le secteur (données RP99) et le nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire (corrélation de Spearman : $r=0,70$, $p=0,01$).



Nombre de CMP de psychiatrie générale ouverts selon l'heure et le jour (CMP appartenant à un secteur couvrant la commune de Marseille et ayant répondu à l'enquête, n=14)

Source : ARH, CRAM, enquête CMP CMPP – exploitation ORS PACA

Part des CMP « ouverts » disposant de la présence de psychiatre, psychologue ou d'assistante sociale selon le jour et la tranche horaire (en % des CMP « ouverts »)					
Psychiatre					
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	46,2	50,0	64,3	69,2	57,1
Après-midi	71,4	64,3	64,3	76,9	50,0
Soirée	71,4	60,0	100,0	83,3	/*
Psychologue					
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	61,5	71,4	71,4	76,9	57,1
Après-midi	85,7	71,4	64,3	76,9	64,3
Soirée	57,1	80,0	50,0	83,3	/*
Assistante sociale					
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	23,1	57,1	57,1	61,5	57,1
Après-midi	57,1	78,6	57,1	61,5	57,1
Soirée	14,3	0,0	0,0	16,7	/*
/* : non calculable car aucun CMP n'est ouvert le vendredi en soirée					
Source : ARH-CRAM, enquête CMP CMPP – exploitation ORS PACA					

En soirée (à partir de 17 heures), quel que soit le jour de la semaine, moins de la moitié des CMP sont ouverts. Néanmoins, la majorité de ceux ouverts sur cette tranche horaire dispose de la présence d'un psychiatre et/ou d'un psychologue. La présence d'une assistante sociale en soirée est en revanche peu fréquente.

En dehors de ces heures d'ouverture, un secteur a mis à disposition un répondeur indiquant les numéros à appeler en cas d'urgence (urgences psychiatriques et accueil de l'hôpital) et donnant la possibilité de laisser un message. Dans un autre secteur, il est possible de laisser un message sur un répondeur.

13 jours d'attente en moyenne pour un 1^{er} rendez-vous

Délai d'attente pour une première consultation en CMP		
	Marseille	PACA
Délai moyen (en jours) [Ecart type]	13,2 [11,3]	14,4 [16,7]
Délai maxi (en jours)	48	185
% RDV dans la semaine	41,9	44,9
% RDV dans le mois	88,4	88,3
<i>Nb CMP ayant répondu</i>	12	89
<i>Nb de RDV étudiés</i>	43	472
Source : ARH-CRAM, enquête CMP CMPP – exploitation ORS PACA		

Sur les secteurs de psychiatrie générale concernant la commune de Marseille (y.c. intersecteur de gérontopsychiatrie), le délai d'attente moyen de rendez-vous pour une 1^{ère} consultation dans les CMP est de 13 jours. Le délai maximum relevé lors de l'enquête était de 48 jours. Sur les 42 demandes de rendez-vous enregistrées lors de l'enquête, 42 % ont été satisfaites dans la semaine et 88 % dans le mois.

Pour les rendez-vous pris en urgence, le délai d'attente est réduit : 4,2 jours en moyenne, avec un maximum de 25 jours (données régionales). A Marseille, un seul rendez-vous en urgence a été enregistré lors de l'enquête : le délai a été de 7 jours contre un délai moyen de 25 jours pour les rendez-vous « non urgents » pris dans ce CMP.

Autres prises en charges ambulatoires

Certains secteurs organisent des consultations hospitalières, sur rendez-vous.

Une consultation spécialisée sur le jeu pathologique a été mis en place dans un secteur.

Consultation sur le jeu pathologique

La multiplication de l'offre des jeux de hasard et d'argent a entraîné une augmentation notable du nombre de personnes souffrant d'une dépendance à ces jeux. Ainsi, une consultation spécialisée a été créée.

Elle a pour but d'aider les personnes dépendantes aux jeux de hasard et d'argent à arrêter ou à diminuer cette pratique afin d'en diminuer les conséquences néfastes telles que les problèmes financiers, professionnels et familiaux.

La prise en charge proposée est sociale, psychiatrique et psychologique.

Coordonnées :

Service du Professeur Lançon

Service hospitalo-universitaire de psychologie médicale et de psychiatrie adulte

Centre des addictions

CHU Sainte-Marguerite

270 Bd Sainte-Marguerite

13274 Marseille Cede 09

Médecin référent : Dr Magalon David

Téléphone : 04 91 74 60 23

Fax : 04 9174 62 16

4.1.3. Prises en charge à temps partiel : une offre en développement

Types de prises en charge à temps partiel

Les prises en charge à temps partiel sont des prises en charge de durées inférieures à 24 heures sans hébergement (sauf hôpital de nuit). Quatre types de structures peuvent être distinguées (Coldefy, M. et al. 2002a) :

- Les hôpitaux de jour (HJ) prodiguent des soins polyvalents et intensifs durant tout ou partie de la journée, au cours d'un ou de quelques jours par semaine. Les protocoles thérapeutiques sont individualisés et sont en principe révisés périodiquement pour éviter la chronicisation et préparer la réinsertion dans le milieu de vie.
- Les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ont pour objectif de maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe. Par rapport aux HJ, les venues sont plus discontinues, les activités thérapeutiques et occupationnelles sont en aval, les équipes soignantes sont en général plus réduites et moins médicalisées. Dans les faits, il y a parfois peu de différences.
- Les ateliers thérapeutiques (AT) utilisent des techniques de soins particulières (groupes ergothérapeutiques...) en vue d'un entraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale à partir de la pratique d'activités artisanales, artistiques ou sportives. Il s'agit d'une activité de réadaptation, cherchant à développer les capacités relationnelles des patients. Les intervenants y sont très divers (infirmiers, ergothérapeutes, éducateurs, enseignants, psychologues).
- Les hôpitaux de nuit (HN) permettent une prise en charge en fin de journée et une surveillance médicale de nuit et le cas échéant, en fin de semaine. Ils reçoivent des patients qui ont acquis une certaine autonomie mais qui ont besoin, sur une période donnée, d'une prise en charge la nuit et le week-end (moments de vulnérabilité et d'angoisse).

Une offre en hôpitaux de jour et de nuit plus élevée que dans la région

A Marseille, l'offre de prise en charge à temps partiel est exclusivement publique. En 2005, tous les secteurs de psychiatrie générale, ainsi que certaines structures intersectorielles et fédérations disposaient de places en *hôpitaux de jour*. Au total, il y avait légèrement plus de places en dehors de l'hôpital (188, soit 55 %) qu'à l'intérieur (152, soit 45 %). Dans le SROS, il est noté qu'une externalisation des places en hôpital de jour est à rechercher.

Dix des 14 secteurs de psychiatrie générale et certaines structures intersectorielles et fédérations disposaient de places en *hôpitaux de nuit* (60 places au total).

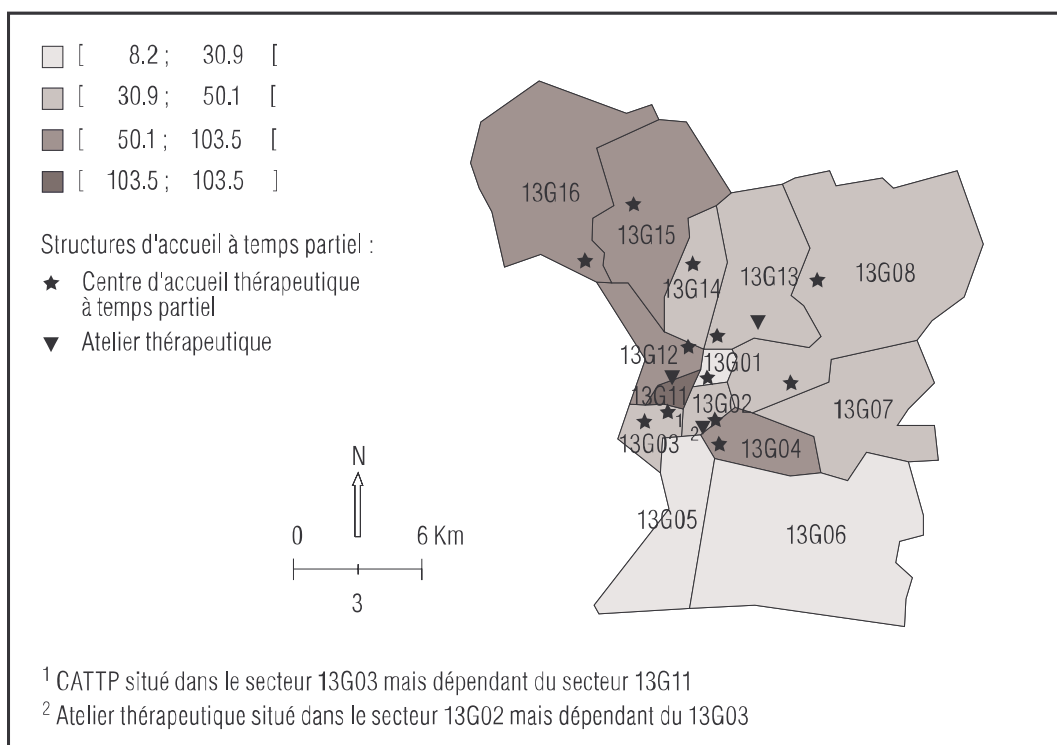
Au total, en 2005, l'offre en *hospitalisation partielle* (HJ et HN) en psychiatrie générale était de 39 places pour 100 000 habitants à Marseille en 2005. Selon les secteurs, cette densité variait de 8 à 104 pour 100 000. L'offre des deux secteurs les moins bien dotés était probablement complétée par l'offre intersectorielle (hôpital de nuit dépendant de l'APHM).

En 2003, selon les rapports de secteurs, la densité de places en hôpital de jour et de nuit était plus élevée à Marseille qu'en PACA.

Une offre en CATTP et ateliers thérapeutiques équivalente à la moyenne régionale

En 2005, selon l'inventaire réalisé par l'ARH et la DRASS, 11 des 14 secteurs de psychiatrie générale de Marseille disposaient d'au moins un *CATTP* (la totalité en dehors de l'hôpital) et 3 secteurs disposaient d'un *atelier thérapeutique* (dont 2 situés en dehors de l'hôpital). Ces structures sont concentrées dans le centre et la moitié nord de la ville. L'offre et les modalités de fonctionnement peuvent varier d'un atelier thérapeutique à un autre.

Selon les données issues des rapports de secteurs de 2003, le nombre de *CATTP* et d'ateliers thérapeutiques pour 100 000 habitants était identique à Marseille et en PACA.



Densité en places d'hospitalisation partielle (hôpitaux de jour et de nuit) dans les secteurs de psychiatrie générale (pour 100 000 habitants) et localisation des CATTP et ateliers thérapeutiques

Sources : ARH, DRASS PACA, Inventaire des structures de psychiatrie, avril 2005, INSEE RP 99, DREES – exploitation ORS PACA

Evolution entre 2002 et 2005

Selon les inventaires réalisés par la DRASS et l'ARH en 2002 et 2005, l'offre de prise en charge à temps partiel a connu les évolutions suivantes :

- hôpitaux de jour : diminution globale du nombre de places correspondant à un transfert de places vers un CATTP. En dehors de ce transfert, création de 7 places ;
- hôpitaux de nuit : diminution du nombre de places correspondant à la fermeture d'une structure (-24 places) ;
- CATTP : pas d'évolution du nombre de structures. Ces inventaires ne permettent pas de savoir si le nombre de places a évolué.

A noter que les chiffres précédents ne tiennent pas compte des places autorisées mais non installées dans 2 structures privées (clinique de l'Emeraude : 20 places ; clinique Saint-Roch Montfleury : 12 places).

Perspectives d'évolution

Dans le cadre du SROS 3^{ème} génération, des objectifs quantifiés, en termes de répartition géographique, d'accessibilité et de volumes d'activités, ont été fixés pour chaque territoire de santé mentale de la région. Ces objectifs doivent être atteints en 2011. Une révision des objectifs quantifiés va avoir lieu en 2008.

Une fourchette du nombre de places en hôpitaux de jour qui devrait être installées en 2011 a été déterminée pour chaque territoire. La borne inférieure correspond au nombre de places installées en 2005 auxquelles ont été ajoutées les autorisations pas encore mises en œuvre. La borne supérieure a été calculée en appliquant le taux d'équipement de 0,56 places pour 1 000 adultes (étape intermédiaire pour atteindre le taux d'équipement de 0,65 pour 1 000 adultes qui avait été fixé dans le SROS de 1999). Ainsi, dans le territoire de santé Bouches-du-Rhône Sud qui comprend les territoires de proximité de Marseille et de Martigues, entre 56 et 107 places en hôpitaux de jour devraient être mises en place d'ici 2011.

Pour les places en hôpitaux de nuit, la borne inférieure correspond au nombre de places actuelles et la borne supérieure à l'application du taux d'équipement régional de 2005 (0,034 places pour 1 000 adultes). Dans le territoire de santé Bouches-du-Rhône Sud, le nombre de places en hôpitaux de nuit ne devrait pas évoluer de façon significative (+3 places au maximum).

Le SROS recommande également d'étudier l'intérêt de développer d'autres modes d'alternatives à l'hospitalisation dans le territoire Bouches-du-Rhône Sud (appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique). L'enquête sur les longs séjours en psychiatrie a en effet mis en évidence un besoin de structures pour accueillir des personnes dont l'état ne justifie pas un maintien en hospitalisation mais nécessite un suivi régulier (cf. partie 4.3.2).

4.1.4. Prises en charge à temps complet : vers davantage d'alternatives à l'hospitalisation

Types de prise en charge à temps complet

Plusieurs types de prise en charge à temps complet peuvent être décrits (Coldefy, M. et al. 2002a) :

Les hospitalisations à temps plein constituent le mode « traditionnel » de prise en charge des malades dans un hôpital qui peut être un Centre hospitalier spécialisé (CHS), un Centre hospitalier général ou régional (CHG, CHR) ou un établissement privé. Les patients y sont placés sous surveillance 24 heures sur 24. Elles sont en principe réservées aux situations aiguës et aux malades les plus « lourds ».

Alternatives à l'hospitalisation à temps plein

Les appartements thérapeutiques visent directement la réinsertion sociale. Par principe, installés en dehors de l'hôpital et intégrés à la cité, ils sont mis à disposition de quelques patients pour une durée limitée. Ils sont censés permettre au patient de mener une vie la plus normale possible mais nécessitent néanmoins le passage quotidien de personnels soignants.

L'Hospitalisation à domicile (HAD) consiste en la prise en charge thérapeutique au domicile du patient, associée s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par son état de dépendance.

L'accueil familial thérapeutique place dans des familles d'accueil des malades mentaux de tous âges, dont le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible. Il offre une prise en charge sociale et affective en complément du suivi thérapeutique.

Autres

Les centres de post-cures sont des unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome.

Plus de la moitié de l'offre en hospitalisation à temps plein installée dans le privé

Etablissements de santé privés

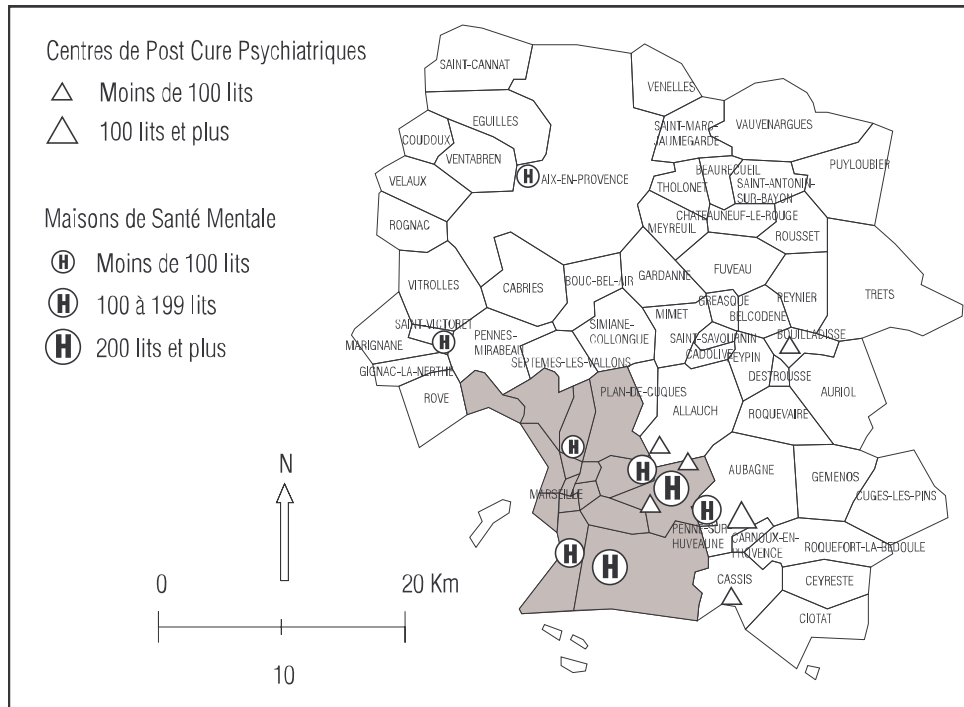
A Marseille, en 2005, 53 % des 1 417 lits d'hospitalisation temps plein se situaient dans le secteur privé, majoritairement dans l'est et le sud de la commune. Les structures privées des Bouches-du-Rhône situées dans des communes alentours prennent certainement en charge des patients marseillais mais les données disponibles ne permettent pas de quantifier ce phénomène. Au niveau régional, des enquêtes réalisées par la DRSM Sud-Est et la CNAMTS de 2001 à 2003 ont estimé que 9 % des patients accueillis dans les établissements d'hospitalisation privée et 29 % de ceux des centres de post-cure psychiatrique n'habitaient pas dans la région PACA.

Etablissements de santé publics

Dans le secteur public, chaque secteur de psychiatrie générale disposait en moyenne de 71 lits pour 100 000 habitants, soit une densité plus élevée que dans la région et qu'en France (selon les données des rapports de secteurs de 2003).

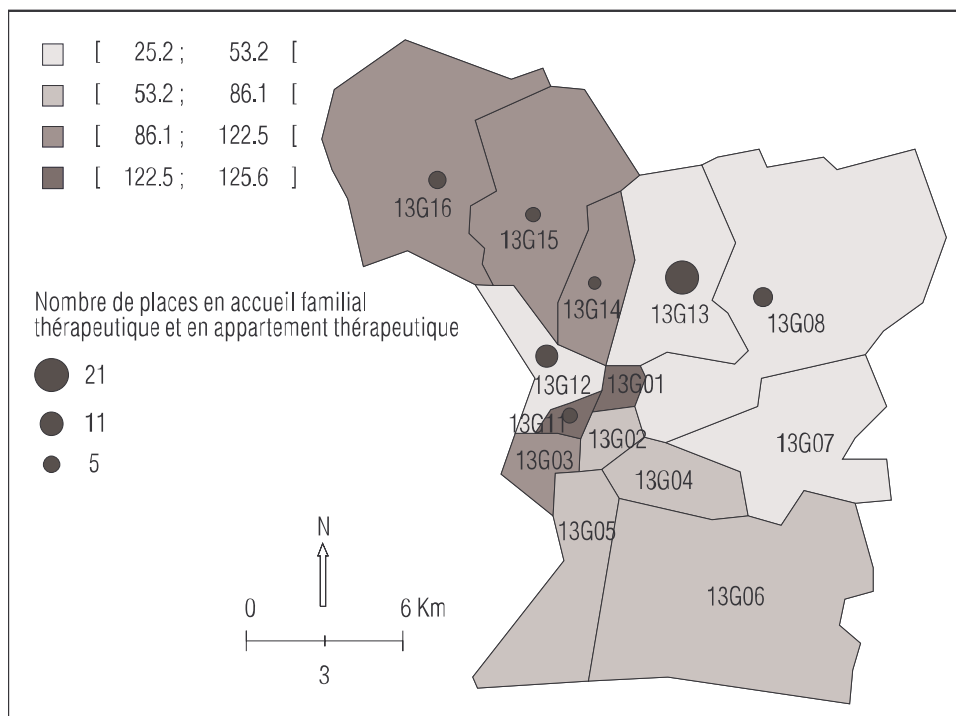
Cette densité variait de 25 à 126 pour 100 000 selon les secteurs. Les densités des deux secteurs les moins bien dotés sont sans doute à prendre avec précaution compte tenu de l'offre disponible dans des structures intersectorielles. La répartition de l'offre publique est également à mettre en regard de la répartition de l'offre privée. A Marseille, l'offre privée en hospitalisation temps plein de psychiatrie est concentrée dans les 8^{ème}, 9^{ème}, 11^{ème} et 12^{ème} arrondissements, correspondant aux secteurs de psychiatrie générale où la densité de lits est la plus faible.

Il ne semble pas exister de corrélation statistique entre l'offre publique en lits d'hospitalisation temps plein et celle en places d'hospitalisation partielle. Cependant, certains professionnels constatent que lorsque l'offre d'hospitalisation partielle se développe, celle d'hospitalisation à temps complet diminue, notamment par redéploiement.



Localisation de l'offre hospitalière en psychiatrie privée à Marseille et dans les communes alentours

Source : ARH, DRASS PACA, Inventaire des structures de psychiatrie, avril 2005 – exploitation ORS PACA



Densité en lits d'hospitalisation complète pour 100 000 habitants (secteur public)

Sources : ARH, DRASS PACA, Inventaire des structures de psychiatrie, avril 2005, INSEE RP99, DREES – exploitation ORS PACA

Une offre d'alternatives à l'hospitalisation à temps plein plus importante que dans la région et inégalement répartie

En 2005, la totalité des places en accueil familial thérapeutique (34) et en appartement thérapeutique (25) se situait dans le secteur public. L'offre était inégalement répartie sur le territoire marseillais et concentrée dans la moitié nord de la ville. L'intersecteur « resocialisation-réinsertion » dépendant du CHS Valvert dispose également de 4 places en appartements thérapeutique.

Concernant les centres de postcures psychiatriques¹⁰, la totalité des lits (182) était en revanche détenue par le secteur privé et installée dans la partie est de Marseille.

En 2003, selon les données des rapports de secteurs, la densité en places alternatives à l'hospitalisation temps plein¹¹ dans le secteur public était plus élevée à Marseille que dans la région et qu'en France (49 contre respectivement 34 et 35 pour 100 000 habitants). Cette densité variait fortement selon les secteurs, allant de 8 à 128 pour 100 000 habitants. Le taux de diversification de l'équipement (nombre de places alternatives rapporté à la totalité des lits et places disponibles) était en moyenne de 39 % à Marseille (37 % en PACA et 31 % en France) et variait de 8 à 71 % selon les secteurs. Il était plus élevé dans les secteurs du nord de Marseille.

Entre 2002 et 2005 : une légère diminution du nombre de lits sans évolution du nombre de places alternatives

Entre 2002 et 2005, selon les inventaires régionaux réalisés par l'ARH et la DRASS, le nombre de lits d'hospitalisation temps plein dans le secteur public sectorisé est passé de 737 à 689, soit une diminution 6 %.

Sur cette période, la fermeture de lits ne semble pas avoir été accompagnée d'une augmentation du nombre de places alternatives. En 2005, 25 places en appartements thérapeutiques et 35 en accueils familiaux thérapeutiques étaient installées sur la commune soit 1 place en accueil familial thérapeutique de plus par rapport à 2002.

L'offre en établissements de soins privés a également diminué entre 2002 et 2005 : diminution de 13 % du nombre de lits en maisons de santé mentale (858 lits en 2002 contre 748 lits en 2005, fermeture de la Clinique Valmont) et de 32 % du nombre de lits en centre de post cure (266 lits en 2002 contre 182 lits en 2005, fermeture du centre La Bruyère).

¹⁰ Dans le SROS, les centres de post cures ne sont pas reconnus comme des alternatives à l'hospitalisation temps plein contrairement au classement réalisé par la DREES lors de l'étude de l'offre de soins en psychiatrie. Afin de pouvoir comparer nos résultats à ceux de cette étude, nous avons suivi la même démarche.

¹¹ Les places alternatives à l'hospitalisation temps plein incluent l'ensemble des places en centre d'accueil permanent, en hôpital de jour, hôpital de nuit, hospitalisation à domicile, centre de crise, appartement thérapeutique, centre de post-cure et en accueil familial thérapeutique (Coldefy, M., F. Bousquet, et al. (2002a). "Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999." Etudes et Résultats - DREES **163**: 1-11.

Perspectives d'évolution

Hospitalisation temps plein

Le recours à l'hospitalisation en psychiatrie dépend de nombreux facteurs liés au patient, au médecin (formation, culture...), au contexte local (diversité et disponibilité des modes de prise en charge, précarité...). Les indices concernant le besoin en lits d'hospitalisation complète pour des patients en phase aiguë devraient ainsi tenir compte des caractéristiques locales. De nombreuses études françaises et internationales recommandent de ne pas descendre sous le seuil de 0,5 lits pour 1 000 habitants adultes pour les patients en phase aiguë. Ce chiffre est toutefois à pondérer en fonction du taux d'occupation, pour lequel la Mission nationale d'appui en santé mentale recommande un objectif cible de 80-85 %. Ce plancher suppose également que les modalités de prise en charge d'amont et d'aval soient suffisamment équipées et efficaces et n'inclut pas les lits pour malades aigus nécessaire à la psychiatrie médico-légale ou sécurisée ni les lits pour les adolescents et les personnes âgées (Mission nationale d'appui en santé mentale 2005).

Dans le territoire de proximité de Marseille, le nombre de lits pour 1 000 habitants (2,04 pour 1 000 adultes) est supérieur au taux régional (1,35 pour 1 000). Le SROS 3^{ème} génération préconise de privilégier le développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein à partir d'un redéploiement des lits, y compris dans le secteur privé à l'instar du projet de la clinique de l'Emeraude.

Les objectifs quantifiés du SROS 3^{ème} génération fixent le nombre de journées d'hospitalisation complète qui devront être réalisées dans chaque territoire de santé en 2011 (objectifs révisés en 2008). Le nombre est calculé en appliquant une diminution de 10 % du taux d'hospitalisation par rapport à l'activité 2003 (corrigée des autorisations non mises en places). Cette diminution du nombre de journées est à mettre en parallèle avec le développement prévu dans le schéma des places d'alternative à l'hospitalisation (hôpitaux de jour et de nuit, appartements thérapeutiques).

Depuis l'inventaire réalisé par la DRASS en 2005, la situation a évolué, en particulier dans les secteurs de psychiatrie générale gérés par le CHS Edouard Toulouse. En décembre 2005 a débuté la 1^{ère} phase d'un projet de réorganisation de l'offre de prise en charge temps plein à l'hôpital. Des lits d'hospitalisation temps plein ont été fermés (38 des 66 lits du secteur 13G15 par exemple) et les moyens ont été réalloués pour ouvrir des « Unités patients séjours prolongés ». Cette réorganisation vise à mieux prendre en compte le parcours de soins, avec une offre de prise en charge dépendant de la gravité de la pathologie. A la fin du projet, chaque secteur devrait disposer d'une unité temps plein destinée à des patients en phase « aiguë » et de places en « Unités patients séjours prolongés » (3 unités pour 6 secteurs) pour des patients stabilisés.

Alternatives à l'hospitalisation temps plein

L'enquête sur les longs séjours en psychiatrie réalisée dans le cadre du SROS 3^{ème} génération ainsi que celle réalisée par le réseau « Habiter ensemble » font apparaître un besoin important de places d'alternative à l'hospitalisation temps plein et de places en structures d'aval médico-sociales (cf. partie 4.3.2).

Concernant les appartements thérapeutiques, les objectifs quantifiés pour 2011 prennent en compte la possibilité de création de tels services dans les établissements ne disposant pas de ce type d'alternative. La clinique « 4 saisons » a le projet de créer 11 appartements thérapeutiques. Il existe également un

projet de création d'appartements de coordination thérapeutique (18 places) grâce à un partenariat entre le secteur public (secteur 12), le secteur privé (clinique « 4 saisons ») et le milieu associatif (association « Maavar »).

Pour les placements familiaux thérapeutiques, il n'est pas envisagé d'évolution.

Centres de post cure

Six centres de post cure psychiatrique sont installés sur le territoire de santé Bouches-du-Rhône Sud. Le SROS recommande qu'un centre soit délocalisé sur le territoire Bouches-du-Rhône Nord. A l'horizon 2011, il est prévu que chaque territoire de santé dispose d'un centre de post cure psychiatrique. Ceci sera fait soit par délocalisation, soit par redéploiement.

Le SROS 3^{ème} génération indique que, dans le cadre des contrats d'activité, il conviendra de conforter les établissements de post cure dans leur mission réglementaire de réinsertion des patients en milieu ordinaire à partir d'un projet individuel établi à l'admission, prenant en compte les soins, l'insertion par le logement et le travail (ou une activité professionnelle). Dans ce cadre, des conventions de partenariat devront être établies, tant avec les structures d'amont (secteur de psychiatrie générale et clinique privées) que les structures d'aval (secteur médico-social).

Un hébergement hôtelier en psychiatrie de meilleure qualité dans les cliniques et les foyers de post-cure que dans les centres hospitaliers spécialisés et les hôpitaux participants au service public hospitalier

A Marseille, l'offre de soins d'hospitalisation à temps complet est répartie dans différents types de structures de soins publiques et privées. Des résultats issus de l'enquête Handicaps, incapacités et dépendance (HID) menée en 1998-2000 par l'INSEE montrent que la qualité de l'offre d'hébergement diffère selon le type d'établissement

Selon cette enquête, une personne hospitalisée en psychiatrie (hors services de psychiatrie des hôpitaux généraux) sur deux est hébergée en chambre commune, cette proportion étant plus élevée dans les centres hospitaliers spécialisés (55 %) et dans les hôpitaux participant au service public hospitalier (48 %) que dans les cliniques et les foyers de post-cure (42 %). Ces proportions sont plus élevées que celle observée pour les personnes en établissements pour adultes handicapés (28 %).

L'équipement des chambres est également inégal selon le type d'établissement : dans l'ensemble, 66 % des personnes hospitalisées en psychiatrie bénéficient d'une salle de bains ou d'un cabinet de toilette dans leur chambre, mais cette proportion est de 50 % dans les centres hospitaliers spécialisés, 75 % dans les hôpitaux participant au service public hospitalier et de 90 % dans les cliniques et les foyers de post-cure. Par ailleurs, la proportion de personnes ne bénéficiant dans leur chambre d'aucun des équipements évoqués dans l'enquête (salle de bains, cabinet de toilette, toilettes, téléphone, télévision, poste de radio individuel) varie de 6 % dans les cliniques et foyers de post-cure à 24 % dans les hôpitaux participant au service public hospitalier et 37 % dans les centres hospitaliers spécialisés. Globalement, les personnes en établissements pour adultes handicapés bénéficient d'un meilleur équipement que celles hospitalisées en psychiatrie : seuls 11 % ne bénéficient d'aucun de ces équipements (Chapireau, F. 2002).

La qualité de vie dans les établissements de soins psychiatriques est en évolution. En effet, le Plan régional d'investissement en santé mentale (PRISM) prévoit l'amélioration de la qualité de l'hébergement. A Marseille, le PRISM a permis la rénovation de plusieurs structures au sein de l'APHM, du CHS Valvert et du CHS Edouard Toulouse.

4.1.5. Urgences : 3 sites d'accueil à Marseille et des services mobiles

Services d'accueil des urgences psychiatriques

A Marseille, l'accueil des urgences psychiatriques est assuré sur 3 sites d'urgences générales :

- l'Unité d'hospitalisation complète de très courte durée (UHTCD) gérée par la fédération des urgences du CHS Edouard Toulouse et installée à l'hôpital nord (15^{ème} arrondissement). Cette structure dispose de 4 lits ;
- le Centre d'accueil permanent (CAP) (Accueil, orientation et traitement des urgences psychiatriques – AOTUP) de l'hôpital de la Conception et situé à la Timone (5^{ème} arrondissement). Le CAP dispose de 7 lits ;
- l'hôpital Sainte Marguerite ne dispose pas d'un dispositif spécifique psychiatrique mais du recours à un psychiatre d'astreinte.

Problèmes liés à l'organisation des urgences psychiatriques soulevés lors des consultations locales du Plan régional de santé publique

Dans le cadre du Plan régional de santé publique (PRSP), des consultations locales ont été réalisées dans chaque territoire de proximité entre octobre et décembre 2004.

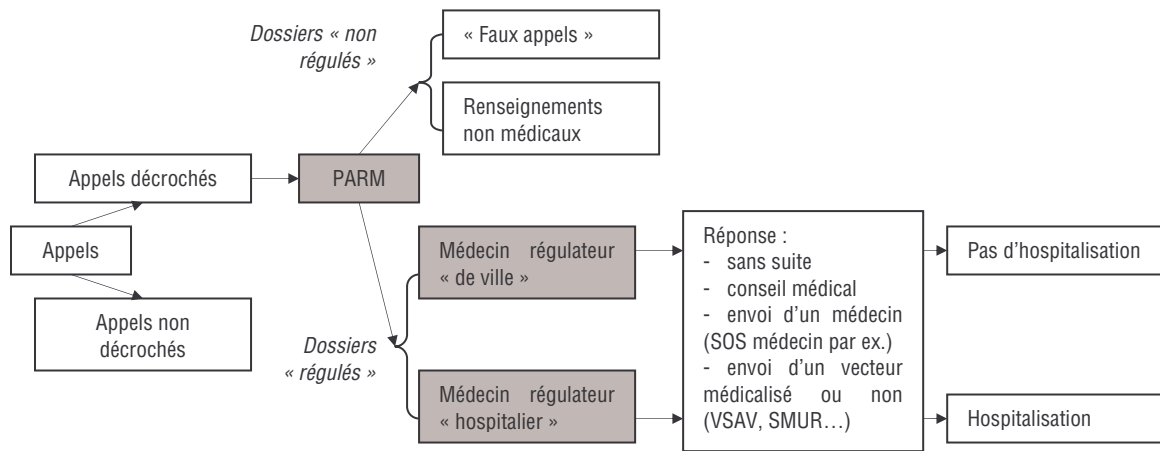
Dans le territoire de proximité de Marseille, a été soulevée la nécessité d'une coordination centrale des urgences psychiatriques autour de trois sites (La Timone, Hôpital Nord et le centre) et de la création d'un centre 15 à orientation psychiatrique, « afin que les patients ne deviennent plus à certaines heures des patates chaudes et qu'ils ne soient pas victimes de loupés ».

Préconisations du SROS pour l'organisation des urgences psychiatriques dans le territoire de santé Bouches-du-Rhône Sud

Concernant l'organisation des urgences psychiatriques, le SROS préconise une association des urgences psychiatriques aux sites d'urgences médico-chirurgicales ainsi qu'une structuration de l'amont et de l'aval de ces urgences avec notamment la participation de psychiatres libéraux à des maisons médicales, la réservation de lits par les cliniques privées pour des patients adressés par les services d'urgences.

SAMU-Centre 15

En amont des services d'accueil des urgences, le **SAMU-centre 15** des Bouches-du-Rhône est également impliqué dans la prise en charge des problèmes de santé mentale. Ce service reçoit des appels en provenance de plusieurs numéros d'urgences : du 18 (affaires sanitaires des pompiers), du 15 (problèmes sanitaires urgents), du 112 (numéro d'urgence européen), du numéro à 10 chiffres du SAMU 13. Dans la salle de régulation, les appels sont pris par un Permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM) qui répond à certaines demandes non médicales (pharmacie de garde par exemple) et renvoie les autres vers des médecins régulateurs de la permanence des soins (médecins de ville qui donnent des conseils médicaux) ou de la partie hospitalière. L'objectif de la réponse est d'adapter au mieux les soins à la pathologie.



Autres

L'association « **SOS Médecins** », qui réceptionne des appels 24 heures sur 24 est également confrontée à la prise en charge de problèmes psychiatriques ou de santé mentale. La grande majorité des appels provient directement des patients.

Les urgences psychiatriques en ville

La psychiatrie des urgences s'inscrit dans un univers de « mobilité », prenant en charge pour un temps variable mais relativement bref, tous ceux (alcooliques, drogués, sans domicile fixe, personnalités suicidaires) dont le voisinage ou l'entourage ne sait plus que faire. Elle reçoit une population hétérogène parfois déjà placée dans le circuit hospitalier et également une population « d'entrants », toujours renouvelée pour laquelle le diagnostic psychiatrique est encore réservé ou entremêlé au diagnostic médical et social.

La majorité des urgences psychiatriques arrivent dans des centres d'urgence médicochirurgicale de type classique ou dans des centres hospitaliers régionaux ou universitaires. Dans le cas des urgences psychiatriques, la sectorisation se reconfigure quelque peu : comme tous les secteurs ne sont pas équipés d'unités urgentistes, les patients traités en urgence sont accueillis dans des services spécialisés qui couvrent les besoins de plusieurs secteurs.

Les Services d'aide médicale urgente (SAMU) sont des lieux où la confrontation à l'urgence psychiatrique est également fréquente. Ces services sont encore cependant peu investis par les psychiatres. Les médecins régulateurs reconnaissent souvent qu'ils abordent les situations psychiatriques avec difficulté, voire avec réticence, d'abord par méconnaissance des réseaux de prise en charge de la crise psychiatrique et surtout parce qu'ils manquent de techniques de communication spécifiques (Joseph, I. 2004).

4.1.6. Equipes mobiles : une équipe mobile en activité et une en projet

Actions des secteurs psychiatriques auprès des publics en situation de précarité sociale ou d'exclusion, notamment des bénéficiaires du RMI : l'Equipe mobile de liaison psychiatrie-précarité

En 1997, la Délégation interministérielle au Revenu minimum d'insertion a initié un programme d'actions pour promouvoir la prise en compte par les professionnels de la psychiatrie de la souffrance psychique et des troubles mentaux corrélés à la précarité sociale. Dans les Bouches-du-Rhône, le Conseil Général a engagé des actions sur plusieurs sites. En particulier à Marseille, une convention a été passée entre la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales et le CHS Edouard Toulouse. Elle impliquait tout d'abord trois secteurs puis, en 2002, a été étendue aux six secteurs adultes de l'établissement (secteurs 11, 12, 13, 14, 15 et 16 correspondant aux 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 13^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements de la ville, Septèmes-Les-Vallons et les Pennes Mirabeau). L'action a tout d'abord bénéficié d'un cofinancement Conseil Général et ARH annuel reconductible. Depuis janvier 2007, elle s'inscrit dans le cadre de la circulaire du 23 novembre 2005 relative à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Son financement (ARH et Conseil Général) a été renforcé et pérennisé. L'équipe comprend désormais 0,3 équivalent temps plein (ETP) de psychiatre des hôpitaux, 2 ETP d'infirmiers, 2 ETP de psychologues cliniciennes et 0,5 ETP de secrétaire.

L'objectif était de « faciliter l'action des secteurs » pour 1) favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ; 2) effectuer un travail de soutien auprès des équipes sociales qui reçoivent en 1^{ère} ligne ces publics ; 3) développer un travail de liaison entre équipes sociales et équipes de secteur de psychiatrie publique.

La rencontre des publics en situation de précarité s'effectue sur les lieux d'accueil social, le plus souvent sur orientation des travailleurs sociaux. Les rencontres ont lieu lors de permanences ou sur rendez-vous, sur le mode d'entretiens individuels ou de groupes de parole. L'équipe effectue une évaluation de l'état psychologique et de la situation sociale des personnes, un travail de prévention et des orientations vers les services de soins si nécessaire. Environ la moitié des personnes rencontrées est ainsi orientée vers les dispositifs de soins, le plus souvent vers les CMP de secteur (70 %) ou des psychiatres privés (10 %). Parmi les personnes orientées vers les CMP, une sur deux bénéficie d'une prise en charge effective (au moins trois rendez-vous honorés).

Le soutien aux équipes sociales est un axe de travail très important. Il permet un croisement des compétences, une réflexion en commun sur les situations difficiles, la prise en compte de la souffrance des travailleurs sociaux liée à leur exercice et facilite les orientations vers le soin. Ce soutien passe par des actions d'information et de formation. Un travail de régulation est aussi mené pour aider les travailleurs à prendre du recul sur les situations difficiles auxquelles ils sont confrontés.

Un travail de réseau a été développé. D'une part, au niveau de chaque secteur, des commissions mensuelles ou bimestrielles d'études de cas et d'échange sur les pratiques ont été créées. D'autre part, à un niveau plus global, une commission intersectorielle mensuelle se tient au CHS Edouard Toulouse. Elle est ouverte un mois sur deux à tous les acteurs sociaux partenaires. Ce travail de liaison vise au développement d'une culture commune et à la mise en place de pratiques renouvelées et adaptées aux problématiques de terrain qui diffèrent entre le centre ville et les secteurs périphériques.

Projet de santé mentale de proximité de Médecins du Monde en partenariat avec l'AP-HM

L'association Médecins du Monde est en cours de montage d'un projet « santé mentale de proximité » destiné à compléter les actions de la mission France – Marseille et à apporter des réponses aux besoins des personnes à la rue en termes de santé mentale. Le partenariat avec l'AP-HM (service du professeur Naudin) garantit une pérennité à ce projet expérimental.

Objectif général : améliorer l'accès aux soins, la santé et la qualité de vie des personnes en grande précarité présentant des troubles psychiatriques.

Objectifs spécifiques :

- Développer une connaissance du terrain et de la pratique permettant de développer des stratégies nouvelles adaptées aux besoins des personnes en errance.
- Proposer une continuité des soins en santé mentale, directement accessibles dans les lieux qu'utilisent les personnes et à l'hôpital.
- Améliorer les mailles du réseau institutionnel (associatif et du service public) par la présence dans l'équipe d'intervenants de ces différentes institutions.
- Avoir une politique de santé mentale se basant sur la prévention primaire (éviter l'apparition des troubles) et secondaire (éviter l'aggravation des troubles) par la mise en place d'un modèle de réduction des dommages en santé mentale.
- Modifier les représentations des soignants tant psychiatriques que somatiques sur la maladie mentale, la grande précarité et le système de soin.
- Elargir la base du savoir et lutter contre la stigmatisation par la présence au sein de l'équipe de travailleurs pairs (issus de l'expérience).

Population cible : les personnes occupant la rue comme espace de vie principal et présentant des troubles psychiatriques graves. Elles seraient au moins 1 000 à Marseille.

Zone géographique d'intervention : tout d'abord la rue et secondairement, les lieux utilisés par la population cible.

Activités

- Travail de rue : explorer la ville à la recherche de la population cible, identifier les pathologies psychiatriques les plus graves et aider la personne malade à élaborer un projet global.
- Consultations de proximité dans un bus : accueil, entretiens psychothérapeutiques, prescription de médicaments.
- Consultations psychiatriques dans les lieux d'accueil « bas seuil » : permanences dans des structures de première ligne réalisant un accueil des personnes en errance présentant des troubles psychiatriques.
- Travail intra-hospitalier : suivi des personnes hospitalisées et définition avec l'équipe soignante hospitalière du projet médico-social, bilans somatiques complets et accès au plateau technique hospitalo-universitaire en fonction des besoins.
- Travail de réseau : travail de lien et de rencontres (réunions d'échange avec les différents intervenants des équipes de rue existantes, rencontres avec les équipes du service public, synthèses mensuelles entre l'équipe mobile Santé mentale et l'équipe intra-hospitalière du service Naudin) et travail de formation des acteurs de première ligne.

4.1.7. Organisation des soins et fonctionnement des secteurs de psychiatrie générale

Depuis 2000, les rapports de secteurs rénovés permettent de décrire les pratiques des secteurs de psychiatrie générale concernant l'accueil et la prise en charge des patients. Les données suivantes sont issues des rapports de secteurs de psychiatrie générale de l'année 2003 pour Marseille et la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur et de l'année 2000 pour la France.

Accueil

En 2003, 6 des 14 secteurs de psychiatrie générale à Marseille (43 %) déclaraient avoir mis en place une permanence téléphonique 24 heures sur 24 (en dehors du standard de l'établissement de rattachement) et seuls 2 proposaient une réelle permanence avec transfert d'appel vers un soignant. En France, en 2000, une part plus importante de secteurs déclarait avoir mis en place une permanence téléphonique (69 %) mais peu avaient organisé le transfert vers un soignant (1 sur 3).

Près de 3 secteurs marseillais sur 4 (71 %) ont répondu pouvoir « souvent » hospitaliser le jour même une personne nécessitant une hospitalisation complète (61 % en PACA).

A Marseille, 86 % des secteurs étaient toujours ou souvent en relation directe avec le médecin traitant des patients (89 % en PACA) et 93 % étaient en relation avec le psychiatre des patients (92 % en PACA).

Psychiatrie de liaison

La psychiatrie de liaison est destinée à apporter des réponses (évaluation, traitement, orientation) aux troubles psychiatriques émergeant à l'occasion d'une hospitalisation somatique d'un patient, ainsi qu'aux questions posées par son entourage ou par les soignants. Elle marque une volonté de rapprochement entre la prise en charge somatique et la psychiatrie, en faisant intervenir des équipes de soins psychiatriques en dehors des établissements ou services spécialisés en santé mentale. Le psychiatre peut être amené à intervenir dans les services de médecine et de chirurgie (Coldefy, M. et al. 2004).

A Marseille, 10 des 14 secteurs de psychiatrie générale (71 %) avaient une activité de psychiatrie de liaison en 2003 (71 % en PACA, 74 % en France). Parmi les secteurs qui ont ce type d'activité, la majorité intervient ponctuellement, sur appel (7 secteurs sur 10 à Marseille comme dans la région). A Marseille, 7 secteurs sur 10 ont également déclaré organiser des réunions régulières avec les services hospitaliers concernés, une pratique beaucoup plus répandue que dans le reste de la région et en France (4 secteurs sur 10 environ).

Partenaires des secteurs de psychiatrie générale

- Conventionnement avec d'autres organismes

A Marseille, 29 % des secteurs avaient passé une convention écrite avec un établissement de santé, 23 % avec un établissement médico-social ou social, 54 % avec un organisme de formation ou de réinsertion professionnelle ou sociale. Les conventions passées avec des établissements de santé ou avec des établissements médico-sociaux étaient moins développées à Marseille qu'en PACA et en France (respectivement 56 et 46 % des secteurs en PACA et 54 et 50 % en France). Par contre, les conventions passées avec un organisme de formation ou de réinsertion sociale étaient plus fréquentes (54 % contre 35 % des secteurs de PACA et 20 % des secteurs français).

Les secteurs peuvent aussi travailler en collaboration avec d'autres structures sans qu'une convention soit signée. Ceci est notamment le cas de la commission psychiatrie/précarité qui organise régulièrement des réunions de travail sans que les participants aient signé de convention.

Dans le cas où des difficultés sont rencontrées, la signature d'une convention peut être utile pour mieux réguler l'intervention et améliorer la collaboration.

Même dans le cas où une collaboration fonctionne bien, la signature d'une convention peut être utile pour fixer les modalités d'intervention de chacun, avec des points réguliers sur sa mise en oeuvre et les ajustements à y apporter. Elle représente un engagement des institutions et peut aider à maintenir la collaboration lors du départ d'une ou de plusieurs personnes « moteurs » du partenariat.

- Travail en partenariat avec les établissements de santé privé

Selon certains professionnels, les collaborations entre les secteurs de psychiatrie et les établissements de santé privés seraient de plus en plus fréquentes. Les CMP sont de plus en plus amenés à développer l'hospitalisation dans les établissements de soins privés, dès lors que le patient a une bonne couverture maladie et que la pathologie dont il est atteint peut être prise en charge dans le privé. Ils témoignent du fait que dans le secteur public les lits sont principalement occupés par des personnes en situation de précarité ou des personnes hospitalisées sous contrainte. Un CMP peut aussi travailler avec d'autres secteurs qui disposent de places disponibles.

- Réseaux

Des réseaux de santé formalisés étaient présents dans 29 % des secteurs de Marseille (19 % en PACA). Le rôle fondamental des réseaux est de permettre pour une personne donnée, quelle que soit la porte d'entrée, de bénéficier d'une prise en charge adaptée (médico-psycho-sociale) et d'une orientation facilitée et coordonnée, donc cohérente. Le réseau constitue à un moment donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures à un ou des problèmes de santé précis (C. Peyrebrune, Médecin généraliste et enseignante à la faculté de Médecine Paris XIII).

Démarches d'accompagnement des patients ou des familles

Pour la totalité des secteurs de Marseille et de PACA, l'aide aux démarches administratives et l'accompagnement social des patients étaient assurés par un membre de l'équipe du secteur (conjointement ou non avec les services sociaux). Dans 8 % des secteurs marseillais, l'aide aux démarches administratives et l'accompagnement social des patients étaient assurés systématiquement conjointement par un membre de l'équipe du secteur et un travailleur social extérieur au secteur (18 % en PACA, 19 % en France).

A Marseille, 77 % des secteurs animaient ou participaient à des associations à visée réadaptative ou culturelle dans le prolongement des soins (63,5 % en PACA).

Dans 36 % des secteurs, les associations ou familles d'usagers étaient représentées dans le fonctionnement du secteur (25 % en PACA). Les données disponibles, issues des rapports de secteurs de psychiatrie générale, ne permettent de connaître plus précisément la façon dont les « associations ou familles d'usagers » peuvent participer au fonctionnement des secteurs, ni quelles sont ces associations, qui sont les usagers.

4.2. Professionnels de la psychiatrie/santé mentale

Contexte national

Les psychiatres, infirmiers et psychologues sont les principaux professionnels exerçant dans le champ de la psychiatrie. Les infirmiers sont les plus nombreux et leur répartition est étroitement liée à celle des capacités d'hospitalisation. Le nombre total de psychologues exerçant en France n'est pas encore connu. La majorité des psychologues salariés (80 %) exerce dans le secteur public. Ils sont environ 4 000 en France (soit un pour quinze infirmiers) dans les services de psychiatrie des établissements de santé. Au 1^{er} janvier 2006, sur les 13 601 psychiatres exerçant en France, 52,5 % étaient exclusivement salariés et 47,5 % libéraux (exclusifs ou mixtes). Les psychiatres sont les spécialistes dont le nombre a le plus augmenté depuis 1973 et pourtant le taux de vacance des postes de psychiatres hospitaliers reste un des plus élevés (10 % en 1997) par rapport aux autres disciplines médicales. Le nombre de psychiatres hospitaliers tend à se stabiliser depuis quelques années et va probablement diminuer à l'avenir : sous l'hypothèse du maintien du nombre d'internes, d'un *numerus clausus* à 4 700 et de la stabilité des comportements des médecins, les estimations évaluent une diminution du nombre de psychiatres de 41 % entre 2001 et 2020 (Cases, C. et al. 2004b). Certains experts soulignent que cette évolution est d'autant plus inquiétante que les demandes adressées à la psychiatrie ne cessent d'augmenter : le nombre de personnes prises en charge par les secteurs de psychiatrie générale a augmenté de 62 % entre 1989 et 2000 et le nombre de consultations de psychiatres de ville aurait augmenté de 19 % entre 1992 et 2001 (Alezzrah, C. et al. 2004; Cases, C. et al. 2004b; Coldefy, M. et al. 2004).

En France, il existe de fortes disparités départementales concernant les densités de psychiatres. On observe un gradient nord-sud croissant, qu'il s'agisse de la densité de psychiatres dans leur ensemble ou de celle de psychiatres libéraux uniquement. Il semble que la répartition des médecins relevant de la psychiatrie publique ne parvienne pas à compenser totalement la propension des psychiatres libéraux à s'installer dans les zones urbaines et le sud du pays. Les disparités observées dans la répartition des psychiatres libéraux ne sont toutefois pas spécifiques et se rapprochent de celles observées pour l'ensemble des spécialistes libéraux, lesquels se concentrent dans les zones urbaines ainsi que dans le sud de la France (Coldefy, M. 2005). L'offre de personnel infirmier varie également selon les secteurs et les types d'établissements. On compte en moyenne 91,5 équivalents temps plein d'infirmiers psychiatriques dans les secteurs rattachés à des centres hospitaliers spécialisés, 116 dans les secteurs rattachés à des hôpitaux privés psychiatriques, 61,6 dans les secteurs rattachés à des centres hospitaliers généraux et régionaux (Cases, C. et al. 2004b).

Dans son dernier rapport sur la santé mentale dans le monde, l'Organisation mondiale de la santé recommande l'implication croissante des médecins généralistes dans la prévention et les soins primaires en santé mentale. La question de l'offre de professionnels dans le champ de la santé mentale relève ainsi de la démographie des médecins généralistes mais elle pose, du coup, le problème de l'amélioration de la formation initiale et continue de ces derniers dans ce champ (texte PV Mire/drees ?).

Faits marquants

- Au 1^{er} janvier 2005, 424 psychiatres étaient installés sur la commune de Marseille, dont 68 % exerçaient en libéral (48 % en France). Près de 4 sur 10 était âgés de 55 ans ou plus, soit une proportion légèrement plus élevée qu'en France. La propension des psychiatres libéraux à s'installer dans les zones urbaines et dans le sud de la France se traduit par une densité de psychiatres libéraux 3 fois plus élevée à Marseille qu'en France et 2 fois plus élevée que dans la région. Au sein de la région, le territoire de proximité de Marseille est l'un des mieux dotés. La densité de psychiatres salariés est également plus élevée que dans le département, la région et en France, mais les différences sont beaucoup moins marquées. A l'image des autres spécialistes libéraux, les psychiatres sont plus nombreux dans le centre ville de Marseille (1^{er} et 6^{ème} arrondissements) et dans le 8^{ème} arrondissement que dans le reste de la commune. A l'opposé, très peu de psychiatres libéraux sont installés dans les arrondissements du nord de Marseille. Pour certaines personnes peu mobiles (état de santé, raisons économiques, culturelles...), cette répartition pourrait, avec d'autres facteurs, représenter un obstacle à l'accès aux soins. L'existence d'un effet de seuil pour l'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) représente également un obstacle à l'accès aux soins. Tous les bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé et du Minimum Vieillesse sont touchés par cet effet de seuil : le montant de l'allocation est en effet légèrement supérieur au seuil d'attribution de la CMUC. Dans cette situation, certaines personnes renoncent à l'allocation et privilégient le droit à la CMUC ; d'autres sont amenées à renoncer aux soins en raison de leur coût.
- Parmi les autres professionnels du champ de la psychiatrie et de la santé mentale, Marseille disposait, au 1^{er} janvier 2005, de 1 271 infirmiers psychiatriques, exclusivement salariés dont 88 % dans le secteur public. De plus, 262 psychologues étaient installés sur la commune, dont 12 % étaient libéraux, 40 % salariés du public et 46 % salariés d'un établissement privé. L'enregistrement des psychologues étant récent, ces chiffres sont cependant certainement sous-estimés. Par ailleurs, selon le décompte réalisé dans le cadre du SROS 3 à partir de l'annuaire de la Poste en 2004, 39 psychanalystes libéraux non psychiatres et 112 psychologues ou psychothérapeutes libéraux étaient installés sur le territoire de proximité de Marseille.
- En 2003, chaque secteur de psychiatrie générale disposait en moyenne de 7,5 médecins psychiatres ou internes, 53 infirmiers et 3 psychologues en équivalents temps plein. Selon ces données, les secteurs de Marseille seraient légèrement mieux dotés en personnels que la moyenne régionale et nationale. De fortes disparités existent entre les secteurs, en nombre d'équivalents temps plein mais aussi en termes de répartition entre les services. En moyenne, environ la moitié du personnel médical (de 27 à 76 % selon les secteurs) et les ¾ du personnel infirmier (48 à 96 %) exerçaient dans les unités d'hospitalisation temps plein. Malgré l'attractivité du sud de la France, il existe un certain nombre de postes vacants depuis plus d'un an au sein des secteurs de psychiatrie générale de Marseille en 2003 : au moins 2 postes de psychiatres (sur plus de 105 ETP de personnel médical) et 40 postes d'infirmiers à temps plein. L'existence de postes vacants de psychiatres hospitaliers serait un phénomène récent dans la région. Cette situation fait échos aux problèmes de démographie médicale observés au niveau national et fait craindre à certains professionnels locaux que la situation régionale devienne de plus en plus difficile, notamment pour assurer les gardes dans les services des urgences.

4.2.1. Psychiatres libéraux et salariés : une offre importante à Marseille

A Marseille, au 1^{er} janvier 2005, 424 psychiatres étaient installés, dont 357 en psychiatrie générale (84 %), 37 en neuropsychiatrie (9 %) et 30 (7 % en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent).

Une forte proportion de psychiatres libéraux à Marseille

A Marseille, 67,7 % de l'ensemble des psychiatres étaient libéraux (les deux tiers exerçant exclusivement en libéral), soit une proportion plus élevée que dans le département, la région ou la France métropolitaine.

Parmi les salariés, plus de 90 % exerçaient dans le secteur public.

Nombre de psychiatres (neuropsychiatrie, psychiatrie générale, psychiatrie enfants adolescents) au 1er janvier 2005								
	Marseille		BDR		PACA		France métropolitaine	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Libéraux	287	67,7	405	63,1	759	58,7	6 465	47,6
<i>dont libéraux exclusifs</i>	<i>188</i>	<i>65,5</i>	<i>271</i>	<i>66,9</i>	<i>494</i>	<i>65,1</i>		
Salariés	137	32,3	237	36,9	534	41,3	7 129	52,4
<i>dont secteur public</i>	<i>126</i>	<i>92,0</i>	<i>221</i>	<i>93,2</i>	<i>455</i>	<i>85,2</i>		
Total	424	100,0	642	100,0	1 293	100,0	13 594	100,0

Source : ADELI au 01/01/2005 – exploitation ORS PACA

Des psychiatres plus âgés à Marseille

Répartition des psychiatres (neuropsychiatrie, psychiatrie générale, psychiatrie enfants adolescents) selon le sexe et l'âge au 1er janvier 2005				
	Marseille	BDR	PACA	France métropolitaine
Part 55 ans ou plus				
Libéraux	41,1	38,8	37,5	40,8
Salariés	31,4	27,4	31,6	31,4
Ensemble	38,0	34,6	35,1	35,8
Part hommes				
Libéraux	67,6	66,2	66,3	62,6
Salariés	59,1	52,7	54,7	51,6
Ensemble	64,9	61,2	61,5	56,8

Source : ADELI au 01/01/2005 – exploitation ORS PACA

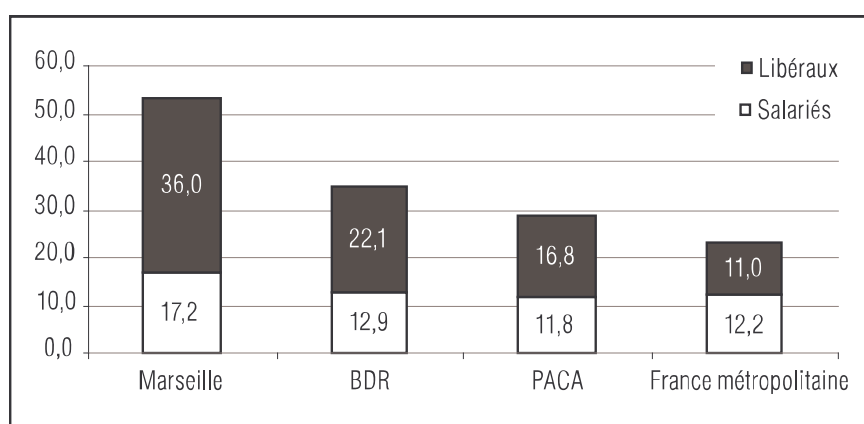
A Marseille, 41,1 % des psychiatres étaient âgés de 55 ans ou plus au 1^{er} janvier 2005, soit une proportion plus élevée que dans le département, la région ou la France. Les psychiatres libéraux étaient plus âgés que les salariés, notamment à Marseille.

En moyenne, près de 2 psychiatres sur 3 étaient des hommes et la part de psychiatres masculins est plus élevée parmi les libéraux que parmi les salariés.

Une densité de psychiatres libéraux très élevée à Marseille par rapport à la région et à la France

A Marseille, au 1^{er} janvier 2005, la densité de psychiatres (libéraux et salariés) était 1,5 fois plus élevée que dans le département, presque 2 fois plus élevée que dans la région et 2,3 fois plus élevée que la moyenne nationale. Les différences étaient bien plus marquées au niveau de l'offre libérale : la densité de psychiatres libéraux était 3 fois plus élevée à Marseille qu'en France métropolitaine.

Toutefois, la densité marseillaise, rapport du nombre de psychiatres installés à Marseille sur la population totale de la commune, est très certainement surestimée. En effet, les patientèles des médecins marseillais comprennent très certainement des personnes résidant dans les communes voisines de Marseille. Selon le bilan de l'existant réalisé dans le cadre du SROS 3^{ème} génération, le territoire de proximité de Marseille fait partie des territoires de forte densité de psychiatres libéraux (> 20 pour 100 000), avec Nice et Avignon.



Densité de psychiatres au 1^{er} janvier 2005 (pour 100 000 habitants)

Sources : ADELI au 01/01/2005, INSEE RP99 – exploitation ORS PACA

Une offre en psychiatrie libérale concentrée dans le centre ville

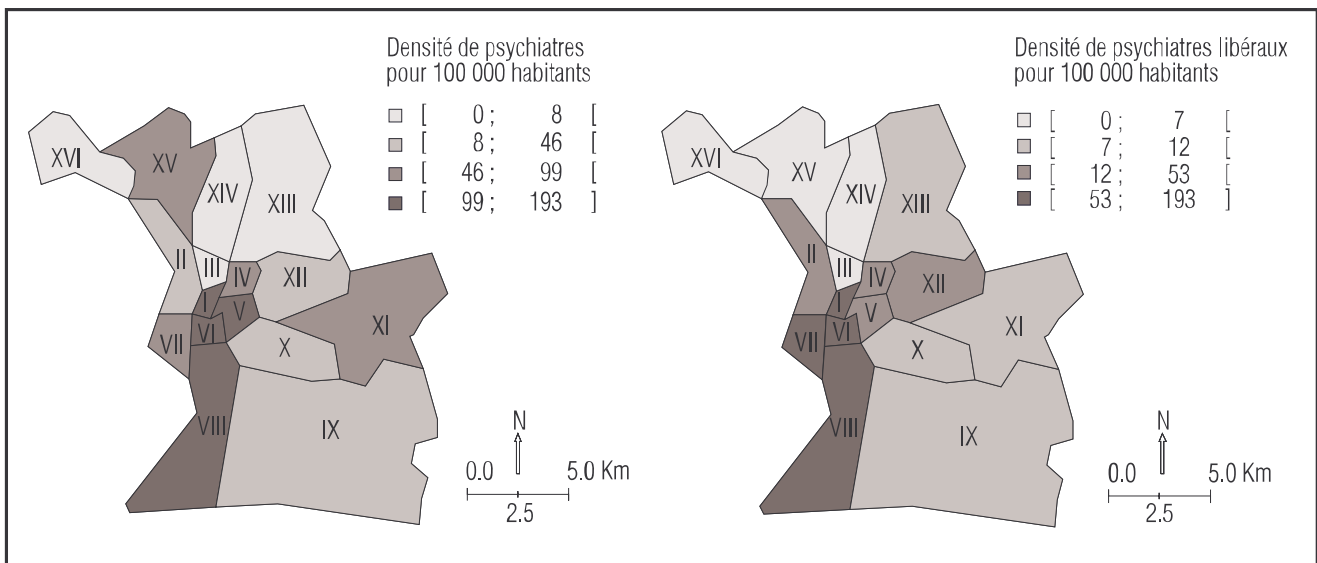
A Marseille, au 1^{er} janvier 2005, la densité de psychiatres variait de 0 (dans le 16^{ème}) à 193 pour 100 000 habitants (dans le 1^{er}).

Dans les trois arrondissements les mieux dotés (1^{er}, 6^{ème} et 8^{ème}), l'offre de soins était quasiment exclusivement libérale. A l'inverse, dans les suivants (5^{ème}, 15^{ème} et 11^{ème}) ainsi que dans le 9^{ème}, l'offre de soins en psychiatrie était essentiellement liée à la présence de centres de soins du secteur public : hôpital de la Timone (5^{ème}), CHS Edouard Toulouse (15^{ème}), CHS Valvert (11^{ème}) et hôpital Sainte-Marguerite (9^{ème}).

En psychiatrie libérale, l'offre de soins est concentrée dans les arrondissements du centre de Marseille : les 5 arrondissements les mieux dotés (1^{er}, 6^{ème}, 8^{ème}, 7^{ème} et 4^{ème}) regroupent 84 % de l'ensemble des psychiatres libéraux de la commune. La répartition de l'offre en psychiatrie libérale est à l'image de celle de l'offre globale de spécialistes libéraux pour laquelle les densités étaient maximales dans les 1^{er}, 6^{ème} et 8^{ème} arrondissements en 2003 et minimales dans ceux du nord de la ville (Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur et al. 2004). En particulier, aucun psychiatre n'est installé dans le 16^{ème} arrondissement, un seul dans le 3^{ème} et deux dans le 14^{ème}.

Cette répartition soulève la question de la mobilité des patients et de l'impact de l'offre sur l'accès aux soins. Pour des personnes habitant les quartiers nord et qui sont peu mobiles du fait de leur état de santé ou pour d'autres raisons économiques ou culturelles, la répartition de l'offre de soins actuelle pourrait, avec d'autres facteurs (coût de la consultation à avancer, dépassement d'honoraire...), représenter un obstacle à l'accès aux soins. Pour ces personnes, le CMP représente la seule voie d'accès aux soins psychiatriques de proximité. Néanmoins, pour certains usagers, l'anonymat du centre ville peut être vue comme un avantage.

N.B. : La méthodologie utilisée pour la constitution du fichier ADELI au niveau régional a été modifiée en 2002, ce qui rend délicat la réalisation d'évolutions temporelles.



Densité de psychiatres au 1^{er} janvier 2005 dans les arrondissements de Marseille (pour 100 000 habitants)
 Sources : ADELI au 01/01/2005, INSEE RP99 – exploitation ORS PACA

4.2.2. Autres professionnels (infirmiers, psychologues...) : Marseille est bien dotée

Infirmiers psychiatriques et psychologues libéraux et salariés

Au 1^{er} janvier 2005, 1 271 infirmiers psychiatriques étaient inscrits au fichier ADELI à Marseille, la totalité étant salariée, à 88 % dans le secteur public. Ceci représente une densité de 159,4 infirmiers psychiatriques pour 100 000 habitants, supérieure à la densité départementale et régionale.

A Marseille, 262 psychologues étaient par ailleurs inscrits. Quasiment 90 % d'entre eux étaient salariés dont près de la moitié dans le secteur public. La densité de psychologues salariés était plus élevée à Marseille que dans le département et la région. L'inscription des psychologues au niveau départemental auprès des DDASS ne datant que de 2003 (circulaire DHOS/P2/DREES n°2003-143 du 31 mars 2003), il est probable que le fichier ADELI ne soit pas exhaustif.

Nombre d'infirmiers psychiatriques et de psychologues au 1er janvier 2005 et densité pour 100 000 habitants									
	Marseille			BDR			PACA		
	Nombre	%	Densité	Nombre	%	Densité	Nombre	%	Densité
Infirmiers psychiatriques									
Libéraux	0	0,0		0	0,0		0	0,0	
Salariés	1 271	100,0		2 014	100,0		4 485	100,0	
<i>dont secteur public</i>	1 119	88,0		1 760	87,4		3 724	83,0	
Total	1 271	100,0	159,4	2 014	100,0	109,7	4 485	100,0	99,5
Psychologues									
Libéraux	32	12,2	4,0	68	15,9	3,7	171	14,6	3,8
Salariés	228	87,0	28,6	358	83,4	19,5	996	85,1	22,1
<i>dont secteur public</i>	107	46,9		181	50,6		538	54,0	
Autre (bénévole...)	2	0,8		3	0,7		4	0,3	
Total	262	100,0	32,9	429	100,0	23,4	1 171	100,0	26,0

Source : ADELI au 01/01/2005 – exploitation ORS PACA

Autres professionnels libéraux

Dans le cadre du SROS Psychiatrie 3^{ème} génération, une approche de l'offre libérale de prise en charge par les psychanalystes non psychiatres et les psychologues ou psychothérapeutes a été réalisée à partir des annuaires départementaux de la Poste (Editions 2004).

Dans cette étude, seuls les professionnels figurant dans sous leur nom aux rubriques « psychanalyste », « psychologues » ou « psychothérapeutes » ont été décomptés. Les intitulés variés sans nom de professionnel, les cabinets de psychologues scolaires figurant parfois dans l'annuaire et les médecins psychanalystes (comptabilisés dans les psychiatres libéraux) n'ont pas été pris en compte. Les doubles ou triples inscriptions n'ont été comptées qu'une seule fois.

Effectifs des psychanalystes, psychologues et psychothérapeutes libéraux dans le territoire de proximité de Marseille, dans les Bouches-du-Rhône et en PACA en 2004			
	Psychanalystes non psychiatres	Psychologues et psychothérapeutes	Total
Territoire de proximité de Marseille	39	112	151
Bouches-du-Rhône	81	230	311
PACA	221	620	841
<i>Source : Annuaire de la Poste Editions 2004 (exploitation dans le cadre du SROS 3) – exploitation ORS PACA</i>			

4.2.3. Personnel des secteurs de psychiatrie générale : les secteurs marseillais bien dotés

Personnel médical : 7,5 ETP en moyenne par secteur, dont la moitié dans les unités d'hospitalisation temps plein

Selon les rapports de secteurs de psychiatrie générale de 2003, chaque secteur de Marseille disposait en moyenne de 7,5 équivalents temps plein [ETP] de médecins (psychiatres, autres médecins et internes). Rapportée à la taille de la file active, l'offre en personnel médical était plus élevée à Marseille qu'en PACA et qu'en France.

En moyenne, sur les 8 secteurs marseillais pour lesquels l'information était disponible, 52 % du personnel médical (en ETP) travaillaient dans les unités d'hospitalisation temps plein. La situation est équivalente au niveau régional.

Deux postes de psychiatres à temps plein et 1 poste à temps partiel étaient vacants depuis plus d'un an dans les 11 secteurs ayant répondu à cette question. Le bilan de l'offre existante réalisée dans le cadre du SROS 3^{ème} génération souligne que l'existence de postes médicaux vacants dans les hôpitaux publics est un phénomène relativement nouveau dans la région PACA.

Personnel infirmier : 53 ETP en moyenne par secteur dont les ¾ en unités d'hospitalisation temps plein

En moyenne, en 2003, chaque secteur de Marseille disposait de 53 ETP d'infirmiers. Rapportée à la file active, les secteurs marseillais étaient mieux dotés que la moyenne régionale et nationale.

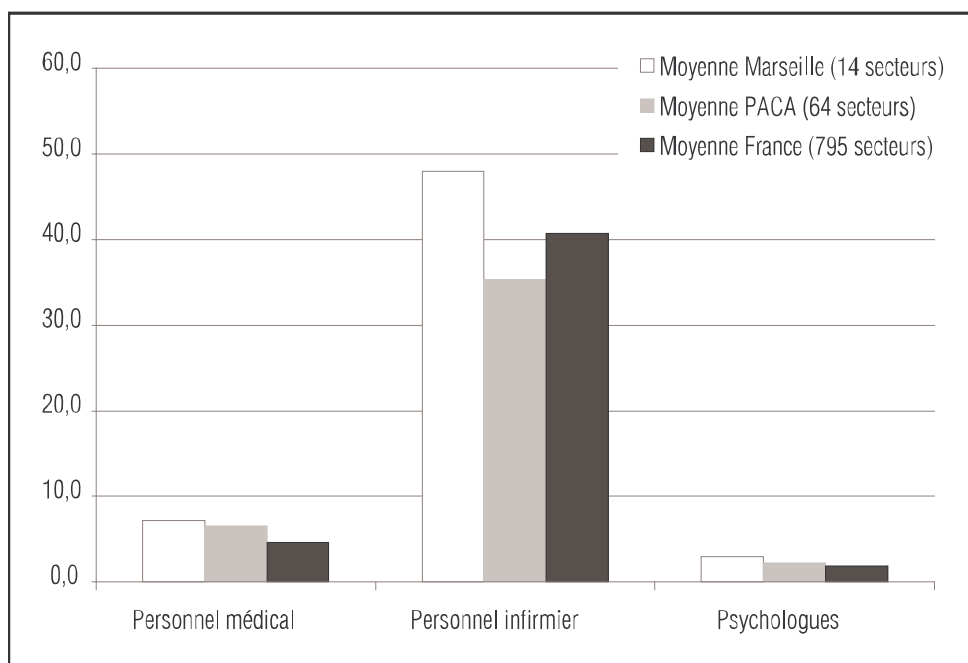
En moyenne, sur les 10 secteurs pour lesquels l'information était disponible, 76 % des infirmiers (en ETP) travaillaient dans les unités d'hospitalisation temps plein. Cette proportion était plus élevée que la moyenne régionale (66 %).

A Marseille (sur 10 des 14 secteurs) il y avait de plus 40 postes d'infirmiers à temps plein vacants depuis plus d'un an. En 2001, le rapport « De la psychiatrie vers la santé mentale » réalisé par les Dr Piel et Roeland à la demande du gouvernement soulignait la pénurie d'infirmiers dans services de psychiatrie. Cette situation s'aggraverait, suivant en cela la tendance générale française et européenne. Il rappelait également que la psychiatrie manquait de plus en plus d'attractivité pour les jeunes infirmiers. En moyenne moins de 1 étudiant sur 30 choisissait cette voie à la fin de ses études (Piel, E. et al. 2001).

Autres professionnels

En 2003, à Marseille, chaque secteur disposait en moyenne de 3 ETP de psychologues. Rapportée à la file active, les secteurs marseillais étaient mieux dotés que la moyenne régionale et nationale.

Le personnel socio-éducatif et le personnel de rééducation-réinsertion (éducateurs spécialisés, kinésithérapeutes, orthophonistes...) paraissaient très réduits par rapport à la file active, mais les données n'étaient pas exploitables en raison du nombre élevé de données manquantes.



Comparaison des effectifs (en ETP pour 1 000 patients) du personnel à Marseille, en PACA (2003) et en France (1999)

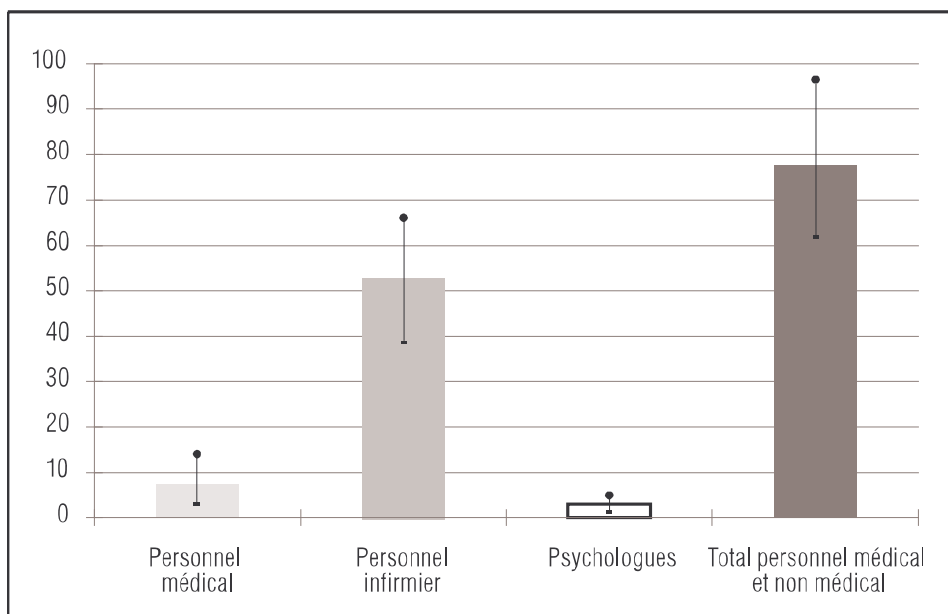
Sources : rapports de secteurs de psychiatrie générale 2003, DREES, INSEE – exploitation ORS PACA

Variabilité entre les secteurs de psychiatrie générale à Marseille

Selon les secteurs de Marseille, l'offre de **personnel médical** variait de 3 à 13 ETP (écart type : 3,2). Rapportée à la taille de la file active, l'offre variait du simple au double selon les secteurs mais les différences étaient moins marquées (écart type : 1,8). Au sein des 8 secteurs pour lesquels l'information était disponible, la part du personnel médical travaillant dans les unités d'hospitalisation temps plein variait de 27 à 76 % selon les secteurs. Aucun lien statistique n'existait entre cette répartition et l'importance de l'offre de personnel médical (en ETP ou ETP pour 1 000 patients).

Pour les **infirmiers**, l'offre variait de 39 à 65 ETP (écart type : 7,5). Rapportée à la taille de la file active, l'offre variait également considérablement selon les secteurs (écart type : 17). Au sein des 10 secteurs sur lesquelles l'analyse a pu être réalisée, la part du personnel infirmier travaillant dans les unités d'hospitalisation temps plein variait de 48 à 96 %. Aucun lien statistique n'existait entre cette répartition et l'importance de l'offre de personnel infirmier (en ETP ou ETP pour 1 000 patients).

Aucune corrélation ne semblait exister entre les différents types de personnels (ETP pour 1 000 patients) : les secteurs les mieux dotés en médecins n'étaient pas les mieux dotés en infirmiers ou en psychologues. L'offre en personnel n'était pas non plus corrélée au taux d'équipement en lits d'hospitalisation temps plein ou au taux de recours (nombre de patients pour 1 000 habitants). En revanche, l'offre en personnel médical était positivement corrélée à la part de patients pris en charge à temps complet (corrélation de Spearman : 0,59, $p=0,02$). Cette corrélation n'était pas observée avec les autres professionnels.



Personnel des secteurs de psychiatrie générale à Marseille (moyenne par secteur, minimum (-) et maximum (•) en ETP en 2003

Source : *Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie 2003 - DREES – Ministère de la santé et de la protection sociale – exploitation ORS PACA*

Part du personnel des secteurs de psychiatrie générale travaillant dans une unité temps plein (en %) en 2003				
	Minimum	Marseille		Moyenne PACA
		Maximum	Moyenne	
Personnel médical	27,1	76,3	51,6 (8 secteurs)	53,0 (45 secteurs)
Personnel infirmier	47,8	95,8	76,4 (10 secteurs)	65,9 (52 secteurs)

Source : *Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie 2003 - DREES – Ministère de la santé et de la protection sociale – Exploitation ORS PACA*

N.B. : Les données disponibles ne permettent pas de comparer la structure des équipes entre le secteur public et le secteur privé.

4.3. Services médico-sociaux, sociaux

Contexte national

A côté de la psychiatrie générale et de ses différents types de structures, d'autres lieux de prise en charge se sont peu à peu développés, comme ceux du secteur médico-social associatif, né après la seconde guerre mondiale pour prendre en charge les enfants et adolescents handicapés. Ce secteur s'est investi dans la prise en charge des enfants atteints de retards très importants, jusqu'alors assurée par un accueil caritatif ; et aussi dans prise en charge des enfants et adolescents dits « caractériels », faisant nouvellement l'objet de mesures de protection. Les textes fondateurs du secteur médico-social datent de 1956-1957 et, jusqu'au milieu des années 70 ce secteur a connu un développement considérable lié au progrès de la réadaptation, de l'intervention précoce, de la pluridisciplinarité et également du refus des parents de voir leurs enfants « placés » à l'asile. Simultanément, les hôpitaux psychiatriques commençaient à supprimer leurs lits d'enfants et d'adolescents. En 1989, un décret, réactualisant celui de 1956, a globalement amoindri la place dévolue aux soins, aux médecins et aux psychiatres, au profit de « l'éducation spéciale » et de « l'intégration sociale ».

Ce sont donc essentiellement des institutions pour enfants qui ont d'abord été créées, accueillant des déficients sensoriels, moteurs ou mentaux. Puis, les enfants ayant vieilli, les associations gestionnaires ont du créer des établissements pour adultes (maisons d'accueil spécialisées - MAS, centres d'aide par le travail - CAT, foyers, foyers à double tarification). Dans le même temps, la fermeture progressive de lits psychiatriques a conduit de nombreux patients à avoir recours à d'autres types de structures de prise en charge et/ou de logement. En conséquence, le secteur médico-social s'est considérablement alourdi de malades psychiatriques et a également intégré des structures de diagnostic et de soins, pour les enfants notamment. L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance a en effet montré qu'il existait des flux significatifs de patients entre les services d'hospitalisation en psychiatrie et les établissements pour personnes handicapées. Parmi les patients hospitalisés en 1998, 43 % étaient toujours accueillis dans le même établissement deux ans plus tard et 11 % l'étaient dans un autre établissement (dont pour adultes ou enfants handicapés, pour personnes âgées) (Chapireau, F. 2004).

En janvier 2002, une nouvelle loi a rénové l'action sociale et médico-sociale, avec pour principaux axes : le développement des droits des usagers, le développement de l'auto-évaluation et de l'évaluation externe et le développement et le renforcement des outils de contrôle sur le plan des actions mais aussi de l'organisation et du financement.

Selon certains auteurs, trois dangers guettent le secteur médico-social : 1) la démedicalisation, comme d'autres secteurs ; 2) la mise en concurrence d'un projet de soins et d'un projet d'intégration/réadaptation et non leur complémentarité ; 3) un risque de « psychiatrisation » excessive des difficultés sociales, au détriment des soins nécessaires aux malades psychiatriques chroniques ou pour combattre la souffrance psychique des personnes handicapées (Salbreux, R. 2004).

Le secteur médico-social intervient donc également dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, avec des actions en amont, en aval ou en parallèle de la prise en charge sanitaire pour les personnes présentant un handicap résultant de ces troubles. Tandis que le secteur sanitaire a pour vocation « d'évaluer et de traiter « les troubles psychiques », le médico-social a pour mission « d'étayer la personne dans sa vie quotidienne, palliant incapacité et désavantage social ». Concernant

les adultes, différents types d'établissements sont concernés, sachant que ceux-ci n'ont pas pour vocation unique d'accueillir des personnes présentant un handicap résultant de troubles mentaux mais également, voire principalement, des personnes atteintes de handicaps liés à d'autres causes. Ainsi, en 2001, 20 % des places en établissements et services d'aide par le travail (ESAT), en foyers d'hébergement et en foyers de vie étaient occupées par des adultes souffrant de déficiences du psychisme en déficience principale ou associée¹². Dans les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM) cette proportion était de l'ordre de 10-14 % (Coldefy, M. 2005).

Faits marquants

- Il ne s'agit pas ici de faire un inventaire exhaustif des structures médico-sociales ou sociales offrant une prise en charge à des personnes souffrant de troubles psychiques. L'état des lieux suivant inclut les principales structures qui accueillent des personnes présentant un handicap résultant de troubles psychiques, sachant que ces structures prennent en charge également, voire principalement, des personnes atteintes d'autres handicaps. Cet inventaire sera complété par les résultats de l'enquête sur les structures susceptibles d'être confrontées aux souffrances psychiques et aux maladies mentales sur Marseille, réalisée par l'ORS PACA à la demande de la ville de Marseille.
- Pour les adultes handicapés qui peuvent exercer une activité professionnelle, Marseille dispose sur son territoire de 1 159 places en établissements et services d'aide par le travail et de 281 places en foyers d'hébergement, offrant un hébergement et un suivi médico-social. Rapporté au nombre d'habitants de 20 à 59 ans, cette offre est plus faible que la moyenne nationale.
- Pour les adultes handicapés qui ne peuvent exercer une activité professionnelle mais qui disposent d'une certaine autonomie physique et intellectuelle, 368 places en foyers de vie sont installées à Marseille. Cette offre est là encore bien inférieure à la moyenne nationale.
- Les personnes lourdement handicapées qui nécessitent une surveillance médicale et des soins constants peuvent être accueillis dans les 2 foyers d'accueil médicalisé (75 lits) et les 7 maisons d'accueil spécialisé (238 lits) situés sur la commune. L'offre de prise en charge pour les adultes lourdement handicapés est globalement plus faible à Marseille qu'en France.
- En 2005, de nouveaux dispositifs ont été mis en place en France pour aider les personnes handicapées à réaliser leur projet de vie, par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité (services d'accompagnement à la vie sociale - SAVS). Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) prévoient de plus un accompagnement médico-social adapté et des prestations de soins. A Marseille, en 2006, 5 SAVS (dont un service expérimental) et 3 SAMSAH (57 places) sont installés.
- Outre les structures d'accueil pour personnes handicapées et les alternatives à l'hospitalisation temps plein disponibles dans le secteur sanitaire (appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique), d'autres structures sociales ou médico-sociales offrent un hébergement/logement

¹² Déficiences du psychisme en rapport avec les troubles psychiatriques graves (troubles de la personnalité et des capacités relationnelles), troubles de la conduite et du comportement, troubles psychologiques ou relationnels sans connotation de gravité.

avec éventuellement un accompagnement ou des soins aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. Aujourd'hui, le nombre de places disponibles dans ce type de structures n'est pas connu précisément.

- Des projets sont actuellement en cours pour développer l'offre d'hébergement thérapeutique et social en santé mentale, tant dans le champ sanitaire dans le cadre du SROS que dans le champ social et médico-social. Une enquête réalisée auprès des services hospitaliers de psychiatrie publics et privés a estimé à environ 210 le nombre de places « d'hébergement thérapeutique et social » (incluant les structures sanitaires et sociales ou médico-sociales) supplémentaires nécessaires pour des patients ayant des problèmes de santé mentale à Marseille. Selon une autre enquête, réalisée uniquement auprès des établissements publics, le nombre de places nécessaire serait *a minima* de 140 à 210.

Au-delà du nombre de places, il existe des besoins d'accompagnement, de services (avance de caution...), etc. Ces besoins n'ont pas été évalués.

4.3.1. Bilan de l'existant et perspectives : un déficit de structures pour personnes handicapées

Etablissement et service d'aide par le travail : 1 159 places à Marseille, concentrées dans le sud et l'est

Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT)

Les Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT), anciennement nommés Centres d'aide par le travail (CAT) permettent à des adultes handicapés d'exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à leur handicap. Les adultes accueillis ont une capacité de travail inférieure au tiers de celle d'un travailleur valide. En 2001, en France, 20 % des places en CAT étaient occupées par des adultes souffrant de déficiences du psychisme en déficience principale ou associée¹³ (Coldefy, M. 2005).

En Marseille, 13 ESAT étaient installés en 2006, offrant 1 159 places, soit un taux d'équipement équivalent à celui du département et de la région et légèrement inférieur à la moyenne nationale. Au sein de la commune, ces structures sont majoritairement implantées dans les arrondissements périphériques du sud et de l'est de la commune : plus de 60 % des places se trouvent dans 4 arrondissements (9, 10, 11 et 12^{ème}).

Equipement en Etablissement et service d'aide par le travail en 2006				
	Marseille	Bouches-du-Rhône*	PACA*	France métropolitaine*
Nombre d'établissements	13	33	91	1 392
Nombre de places	1 159	2 761	6 723	99 257
Taux d'équipement**	2,72	2,75	2,84	3,13

* Données au 1er janvier 2005
** Nombre de places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans (au RP 99)

Sources : DRASS, FINESS, INSEE RP99 – exploitation ORS PACA

Foyer d'hébergement : 281 places à Marseille, un taux d'équipement plus faible qu'en France

Foyer d'hébergement

Les foyers d'hébergement offrent aux travailleurs handicapés (en milieu ordinaire ou protégé) un hébergement et un suivi médico-social adapté. En 2001, en France, 21 % des places en foyers d'hébergement étaient occupées par des adultes souffrant de déficiences du psychisme en déficience principale ou associée (Coldefy, M. 2005).

En 2006, 8 foyers d'hébergement étaient installés à Marseille, offrant 281 lits ou places. Le taux d'équipement de 0,66 pour 1 000 habitants de 20-59 ans était légèrement plus faible à Marseille que dans l'ensemble du département et la région et beaucoup plus faible qu'en France métropolitaine. La majorité de ces places est installée dans le 9^{ème} arrondissement (60 %), près d'un tiers dans le 4^{ème} et une vingtaine dans le 14^{ème} arrondissement.

¹³ Déficiences du psychisme en rapport avec les troubles psychiatriques graves (troubles de la personnalité et des capacités relationnelles), troubles de la conduite et du comportement, troubles psychologiques ou relationnels sans connotation de gravité.

Equipement en Foyer d'hébergement (y compris foyers d'hébergements éclatés et accueil de jour) en 2006				
	Marseille	Bouches-du-Rhône	PACA*	France métropolitaine*
Nombre d'établissements	8	22	49	1 303
Nombre de lits/places	281	832	1 723	38 333
Taux d'équipement**	0,66	0,83	0,73	1,21
* Données au 1er janvier 2005				
** Nombre de places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans (au RP 99)				
<i>Sources : Conseil général des Bouches-du-Rhône, STATISS, INSEE RP99 – exploitation ORS PACA</i>				

foyer de vie : 368 places à Marseille, une offre plus faible que dans le département et qu'en France

Foyer de vie

Les foyers occupationnels ou foyers de vie accueillent des adultes handicapés qui ne peuvent exercer d'activités professionnelles mais qui disposent d'une certaine autonomie physique et intellectuelle. En 2001, en France, 20 % des places en foyers occupationnels étaient occupées par des adultes souffrant de déficiences du psychisme en déficience principale ou associée (Coldefy, M. 2005).

En 2006 à Marseille, 6 foyers de vie étaient installés, offrant 368 lits ou places, soit 0,9 pour 1 000 habitants. Ce taux était plus faible que celui observé dans le département et en France métropolitaine. Ces foyers sont répartis sur 5 arrondissements du sud (7 et 9^{ème}), de l'est (11^{ème}) et du nord (13 et 14^{ème}).

Equipement en Foyer de vie en 2006				
	Marseille	Bouches-du-Rhône	PACA*	France métropolitaine*
Nombre d'établissements	6	22	67	1 203
Nombre de lits/places	368	1 108	2 091	39 010
Taux d'équipement**	0,86	1,11	0,88	1,23
* Données au 1er janvier 2005				
** Nombre de places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans (au RP 99)				
<i>Sources : Conseil général des Bouches-du-Rhône, STATISS, INSEE RP99 – exploitation ORS PACA</i>				

Foyer d'accueil médicalisé et Maison d'accueil spécialisé : respectivement 75 et 238 places à Marseille

Maison d'accueil spécialisé et foyer d'accueil médicalisé

Les maisons d'accueil spécialisé et les foyers d'accueil médicalisé accueillent des adultes lourdement handicapés et qui nécessitent une surveillance médicale et des soins constants. En 2001, en France, respectivement 10 % et 14 % des places dans ces structures étaient occupées par des adultes souffrant de déficiences du psychisme en déficience principale ou associée (Coldefy, M. 2005).

En 2006, deux foyers d'accueil médicalisés étaient installés à Marseille, disposant au total de 75 lits ou places soit 0,18 pour 1 000 habitants de 20-59 ans. Ce taux d'équipement est équivalent à celui du département et de la région mais légèrement inférieur à celui observé en France. Ces structures sont installées dans les 9 et 12^{ème} arrondissements.

Les 7 maisons d'accueil spécialisé installées à Marseille en 2006 offraient au total 238 lits ou places soit un taux d'équipement de 0,6 pour 1 000 habitants de 20-59 ans, équivalent à celui du département, de la région et de la France métropolitaine. Les places en MAS sont réparties sur 5 arrondissements du sud (7^{ème} et 9^{ème}), du centre (4^{ème}) et du nord (14 et 15^{ème}).

Equipement en Foyer d'accueil médicalisé en 2006				
	Marseille	Bouches-du-Rhône	PACA*	France métropolitaine*
Nombre d'établissements	2	6	16	376
Nombre de lits/places	75	221	366	10551
Taux d'équipement**	0,18	0,22	0,15	0,33
* Données au 1er janvier 2005				
** Nombre de places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans (au RP 99)				
<i>Sources : Conseil général des Bouches-du-Rhône, STATISS, INSEE RP99 – exploitation ORS PACA</i>				

Equipement en Maison d'accueil spécialisé en 2006				
	Marseille	Bouches-du-Rhône	PACA*	France métropolitaine*
Nombre d'établissements	7	17	38	428
Nombre de lits/places	238	550	1182	16508
Taux d'équipement**	0,56	0,55	0,50	0,52
* Données au 1er janvier 2005				
** Nombre de places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans (au RP 99)				
<i>Sources : FINESS, INSEE RP99 – exploitation ORS PACA</i>				

SAVS et SAMSAH : de nouveaux dispositifs

Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

Le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 a décrit les conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Les SAVS ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité (Art. D. 312-155-5 du code de l'action sociale et des familles). Leurs missions consistent en l'assistance et l'accompagnement dans tout ou partie des actes essentiels de l'existence ainsi qu'en un accompagnement social en milieu ouvert.

Les SAMSAH assurent des missions identiques à celles des SAVS dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté, auxquelles s'ajoutent des prestations de soins. Ces services s'adressent à des personnes plus lourdement handicapées afin de leur apporter une réponse pluridimensionnelle intégrant une dimension thérapeutique.

La prise en charge et l'accompagnement des personnes adultes handicapées se fait de façon permanente, temporaire ou selon un mode séquentiel, sur décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. Les prestations sont délivrées au domicile de la personne ainsi que dans tous les lieux où s'exercent ses activités sociales, de formation, y compris scolaire et universitaire, et ses activités professionnelles, en milieu ordinaire ou protégé, et également dans les locaux du service.

Source : Ministère de la santé et des solidarités

Equipement en SAVS et SAMSAH en 2006		
	Marseille	Bouches-du-Rhône
SAVS		
Nombre de structures	4 + 1 expérimentale	10 + 1 expérimentale
Nombre de places	130 + 150 personnes ?	244 + 150 personnes ?
SAMSAH		
Nombre de structures	3	4
Nombre de places	57	88
SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale SAMSAH : service d'aide médico-sociale pour adultes handicapés		
<i>Source : Conseil général des Bouches-du-Rhône – exploitation ORS PACA</i>		

A noter que le CHS Edouard Toulouse a déposé un projet de SAMSAH de 20 places, réparties en 3 secteurs.

La clinique 4 saisons a également le projet de créer un SAVS.

Autres structures d'hébergement thérapeutique et social individuel et collectif en santé mentale à Marseille

Outre les structures d'accueil des personnes handicapées précédemment décrites et les alternatives à l'hospitalisation temps plein disponibles dans le champ sanitaire (34 places en accueil familial thérapeutique et 25 places en appartements thérapeutiques en 2005, cf. partie 4.1.4), d'autres structures peuvent offrir un hébergement/logement et éventuellement un accompagnement et des soins aux personnes ayant un problème de santé mentale.

Par exemple, en 2006, l'association « Alternatives 11 » qui intervient spécifiquement dans le champ de la santé mentale dans les 2^{ème}, 3^{ème} et une partie du 14^{ème} arrondissement, gérait 17 places en appartements associatifs, 2 places en appartements relais et une chambre dans le cadre d'une convention avec la Sonacotra. L'ARISMM (Association de Réadaptation et d'Insertion Sociale des Malades Mentaux) dispose également de 13 places en appartements associatifs.

Le « Réseau Habiter Ensemble » a mené une « enquête » auprès de quelques structures d'hébergement/logement susceptibles d'accueillir des personnes ayant des troubles de santé mentale. Elle a montré qu'un certain nombre de places en CHRS, foyers de jeunes travailleurs et autres structures (associations...) étaient occupées par des personnes ayant des troubles de la santé mentale. Le nombre de places exact n'est toutefois pas connu.

Perspectives

Des projets sont actuellement en cours pour développer le nombre de places en hébergement thérapeutique et social.

Dans le champ sanitaire, le développement du nombre de places en appartements thérapeutiques est prévu par le SROS (cf partie 4.1.4).

Plusieurs autres structures ont également la volonté de développer l'offre d'hébergement thérapeutique et social en santé mentale.

4.3.2. Besoins en matière « d'hébergement thérapeutique et social » à Marseille

Enquête sur les besoins non satisfaits relatifs aux longs séjours en psychiatrie

Méthodologie : Enquête « séjours longs en psychiatrie » réalisée dans le cadre du SROS 3

De juin à septembre 2005, une enquête déclarative a été réalisée auprès de tous les établissements de psychiatrie publics et privés de la région afin d'estimer les besoins non satisfaits en matière de soins, de logement et d'activité pour les patients susceptibles de sortir après une hospitalisation complète en psychiatrie.

Pour chaque patient inclus dans l'enquête (séjour d'au moins un an) étaient renseignés les besoins en terme de soins, d'hébergement, d'accompagnement social, de travail ou d'activité occupationnelle et les décisions éventuelles déjà prononcées par la COTOREP en terme d'orientation et/ou de travail.

Une enquête, s'intéressant aux patients effectuant des séjours de longue durée dans les services de psychiatrie des hôpitaux publics et des cliniques a été réalisée dans le cadre du SROS 3^{ème} génération.

Note préliminaire : dans cette enquête, les besoins en termes « d'hébergement » font référence aux besoins de places dans des structures sociales ou médico-sociales (maison d'accueil médicalisé, foyers de vie, appartements associatifs...). Les besoins de places en appartements thérapeutiques ou en accueil familial thérapeutique ont été qualifiés de besoins en termes de « soins » car ces dispositifs dépendent du secteur sanitaire. Pour faciliter la lecture et la compréhension des résultats, nous regrouperons l'ensemble de ces besoins sous le terme « besoins d'hébergement thérapeutique et social ». Ces structures sont cependant très différentes les unes des autres et ne relèvent pas des mêmes modes de financement.

Sur le territoire de santé Bouches-du-Rhône Sud (2 100 lits d'hospitalisation temps plein), les besoins ont été estimés à 40 places en maison d'accueil spécialisée (soit 1 MAS), 94 places en foyers occupationnels/foyers d'hébergement (soit 2 foyers), 95 places en appartement associatif ou maison relais, 8 places en foyers d'accueil médicalisé et 32 places en appartements thérapeutique ou accueil familial thérapeutique. Au total, 269 places « d'hébergement thérapeutique et social » supplémentaires seraient nécessaires sur ce territoire. A Marseille, ces besoins sont estimés à 207 places.

Estimation des besoins en soins et en hébergement dans le territoire de santé Bouches-du-Rhône Sud et dans la commune de Marseille (en nombre de places) en 2005

	Territoire de santé des Bouches-du-Rhône Sud		Commune de Marseille	
	Réel	Extrapolé*	Réel	Extrapolé*
Besoins en soins				
Hôpital de jour, de nuit	38	50	28	38
CATTP, CMP	37	53	29	39
Appartement thérapeutique, accueil familial thérapeutique	22	32	20	27
Besoins en hébergement				
Maison d'accueil spécialisée	28	40	22	30
Foyer d'accueil médicalisé	6	8	6	8
Foyer occupationnel, foyer d'hébergement	65	94	54	73
Appartement associatif, maison relais, foyer logement	66	95	51	69

* Le nombre de places extrapolé a été calculé à partir du nombre « réel » de places recueilli lors de l'enquête et du taux de réponse à l'enquête en termes du nombre de lits.

Source : enquête « séjours longs en psychiatrie » ARH-CRAM – exploitation ORS PACA

Enquête du réseau « Habiter Ensemble »

Le réseau « Habiter ensemble » a réalisé une enquête auprès des secteurs de psychiatrie générale afin d'estimer les besoins en matière « d'hébergement thérapeutique et social ». Chaque responsable de secteur devait indiquer le nombre de places dont il avait besoin au sein de son service.

Note préliminaire : cette enquête ne permet pas de connaître de façon plus précise le type de structure « d'hébergement thérapeutique et social » pour lesquels il existe des besoins (appartements thérapeutiques, maisons d'accueil spécialisé, appartements associatifs...).

A Marseille, 10 des 14 secteurs de psychiatrie générale ainsi que l'intersecteur de pharmacodépendance ont répondu à cette enquête. Au total, les structures de soins publiques ayant répondu à l'enquête auraient besoin de 140 à 210 places en « hébergement thérapeutique et social » supplémentaires.

Les résultats de ces deux enquêtes sous-estiment probablement les besoins. En effet, ces deux enquêtes sont limitées aux besoins des services de psychiatrie et ne prennent pas en compte les besoins des personnes qui sont en dehors du système de soins mais qui seraient susceptibles d'y entrer.

Ces deux enquêtes permettent d'estimer le nombre de places « d'hébergement thérapeutique et social » supplémentaires nécessaires mais seule l'enquête réalisée par la CRAM et l'ARH précise dans quel type de structure ces places sont nécessaires. Par ailleurs, au-delà du nombre de places, il existe des besoins d'accompagnement, de services (avance de caution...), etc. Aucune de ces deux enquêtes ne permet de connaître précisément ces besoins.

Au-delà des questions « d'hébergement », de nombreuses autres structures, notamment associatives, accueillent et « prennent en charge » des personnes en souffrances psychiques. Face à ces problèmes, certaines d'entre elles ont probablement développé des stratégies particulières qui ne relevaient pas de leurs missions initiales (travail en réseau avec d'autres structures, formation de personnel spécifique...). Le projet de répertoire des structures ressources dans le domaine de la santé mentale commandité à l'ORS par la ville de Marseille, en complément de ce tableau de bord et de la réalisation d'une étude qualitative a pour objectif de repérer et décrire ces structures afin d'améliorer la connaissance de l'offre de prise en charge des problèmes de santé mentale à Marseille. Ce répertoire n'a pas pour objectif de quantifier l'offre « d'hébergement thérapeutique et social ».

4.4. Dispositifs agissant auprès de groupes de population spécifiques

4.4.1. Education nationale

Contexte

De nombreuses enquêtes montrent, de façon convergente, l'existence de symptômes de détresse psychologique dans une proportion relativement importante au sein de la population estudiantine. Les prévalences seraient plus importantes chez les étudiants les plus jeunes. Cependant, pour des raisons méthodologiques (types d'outils utilisés) et probablement de faisabilité, les études ne fournissent pas de résultats selon les catégories diagnostiques habituellement utilisées en santé mentale (par exemple, épisode dépressif majeur, phobies, troubles obsessionnels compulsifs, anorexie mentale...). Leurs résultats sont donc d'une portée limitée car ils ne permettent pas de distinguer des symptômes non spécifiques révélant plutôt un mal être, de problèmes de santé mentale caractérisés pouvant nécessiter une prise en charge spécifique.

Certaines études épidémiologiques réalisées à l'étranger ont suggéré que la prévalence des troubles psychologiques était plus importante chez les étudiants que dans la population active de même âge. Selon les instruments utilisés (General Health Questionnaire – GHQ - ou State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger - STAI), les estimations de prévalence de la détresse psychologique varient entre 21 % et 40 % (Carson, A. J. et al. 2000; Adlaf, E. M. et al. 2001; Humphris, G. et al. 2002; Kurupparachchi, K. A. et al. 2002; Edwards, T. C. et al. 2003). Dans une étude multicentrique européenne, utilisant une échelle de dépression (Beck Depression Inventory - BDI), 23,5 % des étudiants de l'Europe de l'ouest (Australie, Belgique, Suisse, Allemagne de l'ouest et les pays bas) et 43,2 % des étudiants de l'Europe de l'est (Allemagne de l'est, Hongrie et Pologne) avaient un épisode dépressif majeur probable au moment de l'enquête (Steptoe, A. et al. 2001). En France, dans une étude réalisée en Rhône-Alpes ayant utilisé le GHQ-12, 12 % des étudiants de sciences (8 % des garçons et 17 % des filles) avaient un score supérieur au seuil retenu pour dépister les troubles psychologiques ; une enquête similaire chez des étudiants en sciences sociales utilisant le même instrument et le même seuil montrait des prévalences plus élevées (14 % chez les garçons et 24 % chez les filles) (Brachet, S. et al. 1998).

Les conduites suicidaires représentent un problème de santé publique chez les jeunes et chez les étudiants en particulier. Le suicide constitue la deuxième cause de décès des adolescents après les accidents de la circulation. Entre 15 et 24 ans, il représentait 13 % des décès, cette proportion atteignant presque 20 % entre 25 et 29 ans (région PACA, 2001-2003) (ORS PACA 2007). Il est plus difficile d'estimer la fréquence des tentatives de suicide chez les jeunes en particulier (absence de système d'enregistrement). Entre 15 et 24 ans, il y aurait 22 tentatives de suicide pour un suicide chez les garçons et 160 tentatives pour 1 suicide chez les filles. Selon le Baromètre Santé 2000, la fréquence déclarée des tentatives de suicide au cours de la vie augmente avec l'âge ; chez les jeunes de 20-24 ans en population générale, elle serait de 4,4 % et de 7,7 %, chez les garçons et les filles respectivement (Guilbert, P. et al. 2000).

Faits marquants

- A Marseille, un Bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU) et trois Services de médecine préventive universitaires (SMPU) sont à disposition des étudiants. Selon certains professionnels, le BAPU serait cependant saturé.
- Une enquête réalisée auprès des étudiants de la région en 2005-2006 par l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur devrait prochainement fournir des éléments sur les problèmes de santé mentale rencontrés par les étudiants primo-inscrits dans les universités de Marseille.

Les **Bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU)** offrent la possibilité à tous les étudiants souffrant de difficultés d'ordre personnel (affectives ou relationnelles) ou présentant des troubles psychiques importants, de bénéficier d'un soutien psychologique sous forme d'entretiens ponctuels ou d'une prise en charge à plus ou moins long terme. L'équipe thérapeutique est constituée de psychanalystes qu'ils soient psychiatres ou psychologues de formation.

↳ A Marseille, un BAPU est installé dans le 4^{ème} arrondissement.

Selon certains professionnels, cette structure serait saturée.

Les **Services de médecine préventive universitaires (SMPU)**. En France, les SMPU composés de médecins, de psychologues et d'infirmières ont trois missions obligatoires, conformément aux dispositions du décret n°88-520 du 3 mai 1988. La première mission est celle de la visite médicale pour les étudiants s'inscrivant pour la première fois à l'université, les étudiants des formations de santé et les étudiants en cursus à risque, comme ceux qui manipulent des produits toxiques en chimie ou en pharmacie. La seconde mission concerne les soins d'urgence. La troisième est le contrôle des vaccinations. Outre ces trois missions obligatoires, les SMPU ont des fonctions facultatives qui sont les consultations spécialisées, les activités de prévention et la participation à des enquêtes épidémiologiques.

↳ Dans la région il y a 7 SUMPPS dont 3 sont situés à Marseille : centre Virgile Marron, centre de Luminy et centre de Saint-Jérôme.

4.4.2. Services de santé au travail

Contexte

La souffrance morale au travail fait partie des problématiques émergentes en santé au travail. Elle peut être liée à des situations de stress, épuisement professionnel, voire violence ou harcèlement. Celles-ci peuvent avoir des répercussions sur le bien-être psychologique mais aussi l'état de santé physique des travailleurs. Les dernières enquêtes sur les conditions de travail font état, entre 1991 et 1998, d'une augmentation générale des facteurs de pénibilité mentale et psychologique, alors même que les pénibilités physiques n'ont dans l'ensemble pas ou peu régressé. Les salariés sont de plus en plus souvent contraints, dans l'exercice de leur activité, par des délais à respecter, des normes de production, ou par les exigences de la clientèle. D'après la troisième enquête européenne sur les conditions de travail réalisée en 2000, 28 % des salariés européens déclarent que leur travail est source de stress (Chouaniere, D. 2006).

Des études ont mis en évidence qu'une forte demande psychologique au travail (faisant référence à la charge de travail, aux exigences mentales et aux contraintes de temps), associée à une faible latitude décisionnelle et à un faible soutien social au travail (manque d'aide ou de soutien de part des collègues ou des supérieurs), constituent un facteur de risque de dépression, chez les hommes et chez les femmes (Chouaniere, D. 2006). Une récente étude épidémiologique réalisée par l'INSERM fait état d'une prévalence élevée de salariés exposés à la violence psychologique (1 salarié sur 10) et d'effets importants (symptômes dépressifs) sur la santé mentale que ce soit pour les victimes ou les témoins de violence (DRTEFP PACA et al. 2006). Sur le plan somatique, les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur sont reliés aux sollicitations biomécaniques au travail (mouvements répétitifs) mais aussi au manque de soutien social ou à l'insatisfaction dans le travail. Une étude réalisée en France estime le coût social du stress au travail pour l'année 2000 compris entre 830 et 1 656 millions d'euros, soit 10 à 20 % des dépenses de la branche Accidents du travail / Maladies professionnelles de la Sécurité sociale (Chouaniere, D. 2006).

Rôle du médecin du travail

Le médecin du travail a un rôle essentiellement préventif qui consiste à éviter toute altération de la santé physique et psychique des travailleurs du fait de leur travail (code du travail, article L241-2). Il intervient dans le respect des secrets médical et professionnel. Il a en charge l'aptitude et les propositions d'aménagement du poste de travail des salariés. Sur le plan collectif au sein de l'entreprise, il peut avoir une action de prévention primaire, c'est-à-dire intervenir afin de limiter le stress professionnel et la souffrance liée au travail).

Sur le plan individuel, au cabinet médical et/ou en entreprise, le médecin du travail a également un rôle à jouer pour repérer le risque suicidaire, effectuer la prise en charge initiale et orienter la personne concernée vers une structure de soins appropriée afin de prévenir le passage à l'acte. Enfin, il joue un rôle dans l'accompagnement de l'entourage professionnel en cas de passage à l'acte (ORS PACA et al. 2005).

4.4.3. Dispositifs agissant auprès des populations précaires

Contexte national

Favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion est un des axes du « Plan psychiatrie santé mentale » engagé en France pour la période 2005-2008 (Ministère de la Santé et des Solidarités 2005). La précarisation sociale peut être consécutive à des troubles psychiques traités ou non, qui ont invalidé les habiletés sociales de la personne et ses possibilités d'adaptation. Ces troubles peuvent eux-mêmes être aggravés par des conditions de vie rendant en soi difficiles la conduite et la continuité d'un projet thérapeutique. L'exclusion, la précarité participent également à la fragilisation de l'équilibre mental des personnes qui présentent alors les marques d'une souffrance psychique parfois intense aggravant leur condition sociale et leur état de santé somatique et gênant ainsi toute mesure d'insertion.

L'importance de ces besoins a fait émerger la nécessité de rapprochements et de synergies institutionnels ainsi que de pratiques professionnelles innovantes dans le champ de la santé mentale pour prendre en compte la spécificité des personnes en situation d'exclusion ou de précarité, peu demandeuses de soins. En référence au rapport « Souffrance psychique et exclusion sociale » du Pr Parquet dans le cadre du programme national de renforcement de la lutte contre les exclusions et suite au Comité interministériel de lutte contre l'exclusion de juillet 2004, le « Plan psychiatrie santé mentale » soutient des actions visant à améliorer l'accès aux soins et la continuité de la prise en charge de ces personnes.

Les objectifs sont notamment d'améliorer le diagnostic, l'orientation et la prise en charge des personnes sans domicile fixe présentant des troubles psychiques en allant au-devant d'elles ; d'améliorer la continuité des soins lorsque l'état de santé des personnes, sans nécessiter leur maintien à l'hôpital, exige du repos et des soins ; d'apporter un soutien méthodologique à des programmes locaux pluri-partenariaux de prise en charge de ces publics et de sensibiliser les travailleurs sociaux à leur rôle dans le champ de la santé mentale face aux publics en souffrance psychique.

Le « Plan psychiatrie santé mentale » décline les moyens pour atteindre ces objectifs et prévoit notamment la création ou le renforcement de 50 équipes mobiles psychiatriques spécialisées.

La Haute autorité de santé (HAS), dans son rapport d'orientation de mai 2006 concernant la prise en charge de la psychopathie, consacre également un chapitre spécifique à la question des personnes sans domicile fixe. Elle préconise en particulier de conduire des études épidémiologiques pour mieux évaluer les problèmes de santé rencontrés dans cette population, de développer les équipes mobiles et d'aller au delà d'une simple mise à l'abri pour l'hiver.

Faits marquants

- Depuis 1989, dans les Bouches-du-Rhône, les bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI) qui présentent un problème de santé constituant un frein pour leur insertion ont la possibilité de rencontrer un médecin du dispositif RMI. La mission de ces médecins n'est pas de délivrer des soins mais d'orienter les personnes vers le dispositif ou le parcours de soins le plus adapté, en fonction du diagnostic posé. En 1996, une enquête réalisée en interne par les médecins du RMI a montré que les problématiques liées à la santé mentale constituaient un élément essentiel dans les difficultés d'insertion des bénéficiaires. Face à ce constat, en 1997, certains points d'accueil ont pu obtenir des vacations de spécialistes en psychiatrie pour aller à la rencontre des bénéficiaires ayant besoin de ce type de prise en charge et apporter un soutien aux professionnels de l'insertion. Depuis, cette démarche s'est généralisée. En 2006, des conventions ont été passées entre le dispositif RMI et les 3 établissements gestionnaires des secteurs de psychiatrie générale de Marseille. En 2005-2006, grâce à un co-financement ARH-Conseil général des Bouches-du-Rhône, 26,5 vacations (de 3 heures environ) d'infirmières ou de psychologues ont été réalisées chaque semaine au sein du dispositif RMI.
- A Marseille, le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde œuvre depuis 1987 pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins des populations en situation précaire. Son équipe, composée de 120 bénévoles et 4 salariés dispense gratuitement aux personnes en situation de précarité un accueil social, des consultations de médecine générale et spécialisée, des consultations paramédicales, des soins infirmiers, des consultations d'assistantes sociales et des entretiens de prévention. De plus en plus souvent confronté aux problèmes de santé mentale, le CASO intervient dans ce champ (consultations de psychiatres, de psychologues) et travaille en partenariat avec les professionnels de la psychiatrie publique et privée et d'autres associations.
- La mission auprès des personnes sans abri de Médecins du Monde, autonome depuis 2005, a pour objectif général de faciliter l'accès aux soins des personnes sans abri à Marseille. Son équipe de bénévoles (travailleurs pairs, médecins généralistes et psychiatres, infirmiers et infirmiers psychiatriques, psychologues, anthropologues...) rencontre fréquemment des personnes souffrant de troubles neuropsychiatriques ou présentant une souffrance psychologique induite par leurs conditions de vie (parmi une cinquantaine de personnes suivies régulièrement, 8 sur 10 présentent une dépendance alcoolique et près d'1 sur 2 une dépression caractérisée). Dans la rue, l'équipe établit un contact avec les personnes sans abri et les oriente vers les dispositifs sociaux et médicaux adaptés. Elle travaille également « hors rue » pour échanger avec d'autres structures, organiser des formations, etc.
- Depuis 1997, l'Equipe mobile de liaison psychiatrie-précarité (rattachée au CHS Edouard Toulouse) intervient auprès des publics précaires en se rendant sur les lieux sociaux, avec pour objectif d'améliorer l'accès aux soins de ces personnes. Elle assure également un soutien aux équipes sociales et réalise un travail d'articulation et de liaison entre les services sociaux et ceux de santé mentale. Son action concerne les secteurs de psychiatrie générale du nord de la commune correspondant aux 1er, 2ème, 3ème, 13ème, 14ème, 15ème et 16ème arrondissements de la ville ainsi que Septèmes-Les- Vallons et les Pennes Mirabeau.

A l'heure actuelle, Médecins du Monde, en partenariat avec l'APHM est en cours de montage d'un projet « santé mentale de proximité » visant à améliorer l'accès aux soins, la santé et la qualité de vie des personnes en grande précarité (celles vivant à la rue principalement) présentant des troubles psychiatriques. Son projet est d'effectuer un travail de rue, d'offrir des consultations de proximité dans un bus et dans les lieux d'accueil. Son objectif est aussi de travailler avec les équipes hospitalières en cas d'hospitalisation d'une personne et d'effectuer un travail de mise en réseau et de formation des différents acteurs impliqués.

Dispositif « Revenu minimum d'insertion » : consultations médicales et actions dans le champ de la santé mentale

Des consultations médicales proposées aux bénéficiaires pour qui l'existence d'un problème de santé constitue un frein pour l'insertion

Depuis 1989, le dispositif du Revenu minimum d'insertion (RMI) du Conseil général des Bouches-du-Rhône s'est doté de médecins, dont la mission n'est pas de délivrer des soins mais d'orienter les personnes vers le dispositif ou le parcours de soins le plus adapté, en fonction du diagnostic posé. Les travailleurs sociaux proposent ces consultations aux personnes pour qui l'existence d'un problème de santé constitue un frein pour l'insertion. Cette orientation est réalisée selon les déclarations des personnes reçues. Moins d'un tiers des personnes reçues par les travailleurs sociaux seraient orientées vers les médecins du dispositif RMI.

Le dispositif RMI est organisé autour de pôles d'insertion, chaque pôle disposant en principe d'au moins un médecin. La commune de Marseille est divisée en 5 pôles d'insertion et, au total, 9 médecins assurent des consultations sur un ou plusieurs arrondissements (1^{er} ; 5-6 et 7^{ème} ; 2^{ème} ; 3^{ème} ; 4-11 et 12^{ème} ; 8, 9 et 10^{ème} ; 13^{ème}-Allauch-Plan de Cuques ; 14^{ème} ; 15-16^{ème}).

Revenu minimum d'insertion

Le RMI peut être alloué à toute personne résidant en France, âgée d'au moins 25 ans ou âgée de moins de 25 ans à condition d'attendre un enfant ou d'assumer la charge d'un ou de plusieurs enfants, dont les ressources sont inférieures au montant du RMI et concluant un contrat d'insertion.

Dans le cadre de la décentralisation, le pilotage du dispositif RMI a été attribué aux Conseils généraux. Le versement est assuré par la caisse d'allocations familiales du bénéficiaire (Caisse d'allocations familiales - CAF - ou Mutualité sociale agricole - MSA). A Marseille, en juillet 2006, près de 49 000 personnes bénéficiaient du RMI (41 045 payés, 7 805 suspendus) selon les données de la CAF.

Un partenariat avec les secteurs de psychiatrie générale pour aller à la rencontre des bénéficiaires et soutenir les équipes sociales

Une enquête réalisée en 1996 par les médecins du dispositif RMI (cf partie 5.6.1) a montré que les problématiques liées à la santé mentale constituaient un élément essentiel dans les difficultés d'insertion des allocataires du RMI : selon les médecins du dispositif, 19 % des personnes reçues en consultation durant la période d'enquête présentaient des difficultés de santé liées à la santé mentale. En 2002, une nouvelle enquête conduite selon la même méthodologie a confirmé le poids de ces problèmes (22 %).

En 1997, grâce au soutien financier de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), certaines Commissions locales d'insertion (devenues des pôles d'insertion en 2004) ont pu obtenir des vacations de spécialistes en psychiatrie pour une approche plus spécifique. Très rapidement, le Conseil Général a cofinancé cette action innovante qui avait pour objectif de :

- rapprocher les structures de soins existantes des dispositifs sociaux assurant le suivi des bénéficiaires du RMI pour faciliter l'accès aux soins des personnes refusant la prise en charge médicale alors qu'elles en avaient besoin. Il s'agissait « d'aller vers », de se rendre sur les lieux de vie, de rencontre des bénéficiaires, les lieux de contractualisation, de stages et de tout mettre en œuvre pour qu'une prise en charge puisse avoir lieu si nécessaire ;

- faire se rencontrer et travailler ensemble les différents professionnels et, par une meilleure connaissance mutuelle, de faciliter les orientations vers le milieu psychiatrique pour une prise en charge lorsqu'elle s'avérait nécessaire.

En 2005-2006, 26 vacations hebdomadaires de psychologues et d'infirmières au sein du dispositif RMI de Marseille

A Marseille, en 2006, des conventions ont été passées entre le dispositif RMI et les 3 établissements gestionnaires des secteurs de psychiatrie générale (CHS Edouard Toulouse, APHM et CHS Valvert).

En 2005-2006, grâce à un co-financement ARH-Conseil général des Bouches-du-Rhône, 26,5 vacations hebdomadaires (de 3 heures environ) d'infirmières ou de psychologues ont été réalisées au sein du dispositif RMI, soit 5,4 vacations pour 10 000 bénéficiaires du RMI en moyenne sur la commune. Selon les pôles d'insertion, cette offre variait de 2,1 à 10,4 vacations pour 10 000 bénéficiaires, en fonction de l'existant mais aussi des caractéristiques du public du quartier (par exemple présence de lieux d'accueils pour des personnes sans abri) (Conseil général des Bouches-du-Rhône Direction de l'insertion 2006).

Nombre de vacations hebdomadaires d'infirmières ou de psychologues au sein du dispositif RMI à Marseille en 2005-2006			
Pôle d'insertion (arrondissements)	Nb total de bénéficiaires	Nb de vacations	Tx de vacations pour 10 000 bénéficiaires
1er	5 162	3	5,8
5, 6, 7èmes	6 063	3	4,9
2ème	2 878	3	10,4
3ème	5 295	2,5	4,7
4, 11, 12èmes	5 762	3	5,2
8, 9, 10èmes	5 591	5	8,9
13ème	5 443	2	3,7
14ème	4 786	1	2,1
15, 16ème	7 870	4	5,1
Marseille	48 850	26,5	5,4

Sources : CAF (juillet 2006), Conseil général des Bouches-du-Rhône – exploitation ORS PACA

Différents types d'interventions ont été réalisés dans le cadre de ces actions :

A l'attention des bénéficiaires

- consultations individuelles pour des personnes adressées par les référents sociaux ou le médecin de pôle ;
- rencontre du public sur les sites d'accueil social, lors de visites à domicile, dans la rue pour le public sans domicile, dans les CMP ;
- accompagnement physique au CMP dans certains cas.

Les patients peuvent être orientés vers le CMP du secteur, des psychiatres privés, la médecine libérale spécialisée, divers services spécialisés (alcoologie, toxicomanie).

A l'attention des professionnels

- réunions avec les secteurs de psychiatrie ;
- échanges et réflexions autour des pratiques avec les référents sociaux de tous les lieux d'accueil du public ;
- participation aux commissions santé du territoire.

Quelques activités spécifiques menées dans le champ de la santé mentale à Marseille

Le pôle d'insertion des 13 et 14^{ème} arrondissements a mis en place « **Le lieu de paroles** ». Il s'agit de réunions d'échanges hebdomadaires pour les bénéficiaires du RMI en présence d'intervenants de l'Equipe de liaison psychiatrie précarité (ELPP). L'objectif est de permettre à des personnes qui présentent des difficultés en santé mentale et qui refusent ce diagnostic d'entrer en contact avec des professionnels de psychiatrie dans un lieu neutre, en collectif, sur un temps régulier et suffisamment long pour permettre une prise de conscience du besoin de soins si nécessaire. La dédramatisation de la prise en charge par la psychiatrie est un des éléments clé de cette initiative.

Un travail de **partenariat** a été développé dans le pôle d'insertion du 8 et 9^{ème} arrondissements, avec l'intervention d'un psychologue clinicien. Ce travail est réalisé en direction des référents sociaux (rencontre collective puis individuelle, réunion mensuelle), des accompagnateurs à l'emploi (groupe de travail mensuel) et des réseaux de santé.

Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) et mission auprès des personnes sans abri de Médecins du Monde Marseille

Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO)

Le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde Marseille s'inscrit dans la stratégie globale de la Mission France de l'association. Il a été créé en 1987 et a pour objectif général d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des populations en situation précaire sur la ville de Marseille (Médecins du Monde 2005a).

Le CASO comporte deux grands pôles d'actions : un centre de santé situé dans le 3^{ème} arrondissement ainsi que des actions mobiles ou hors centre (veille sanitaire auprès des travailleurs agricoles de Berre l'Etang). Depuis 2005, la mission auprès des personnes sans abri est autonome.

La prise en charge médicale est destinée aux personnes qui n'ont pas accès au système de droit commun, essentiellement des patients qui n'ont pas de couverture maladie : patients qui n'ont aucun droit (résidant en France depuis moins de 3 mois...), patients qui ont des droits théoriques mais non effectifs, patients en cours d'ouverture de droits à la couverture maladie universelle (CMU) et à l'aide médicale d'Etat (AME). Le CASO reçoit également une minorité de personnes ayant des droits à une couverture de base ou à l'AME, soit parce qu'elles ne savent pas s'orienter dans le système de santé, soit parce que celui-ci leur est difficilement accessible (stigmatisation sociale, peur de l'institution...), soit parce qu'elles sont victimes de refus de soin de la part de professionnels de santé.

Le CASO dispose d'une équipe de 120 bénévoles et 4 salariés. Des professionnels de santé et des travailleurs sociaux dispensent gratuitement aux personnes en situation de précarité : un accueil social, des consultations de médecine générale, des soins infirmiers, des consultations d'assistantes sociales et des entretiens de prévention. Des consultations de médecine spécialisée (y compris des consultations de psychiatrie) sont réalisées certains jours sur rendez-vous. Une prise en charge est également effectuée sur rendez-vous par des psychologues, un kinésithérapeute, une sage-femme et un pédicure-podologue.

La prise en charge des problèmes de santé mentale au CASO

Le CASO est très souvent confronté aux problèmes de santé mentale (cf. partie « Utilisation du système de soins »). Compte tenu de la complexité de ces problèmes de santé, le CASO s'est fixé comme objectif de réaliser une prise en charge « globale » :

- *Sur le plan médical* : les médecins généralistes ou spécialistes sont consultés pour l'expression somatique des troubles. La difficulté consiste alors à ne pas passer à côté de la demande qui s'exprime à travers le symptôme en le renvoyant uniquement à son caractère fonctionnel.

- *Sur le plan social* : la dimension d'accueil et d'écoute du patient est une première étape fondamentale. Les travailleurs sociaux jouent ensuite un rôle essentiel : elles orientent le patient, lui font connaître ses droits, lui indiquent les démarches à accomplir et les moyens légaux pour résoudre ses difficultés.

- *Sur le plan psychologique* : une écoute individualisée par des psychologues ou des psychiatres est offerte aux patients qui le souhaitent, à partir de demandes spontanées ou après orientation par le personnel accueillant ou médical du centre.

En 2005, 2 à 3 vacations hebdomadaires de psychiatres et 4 vacations de psychologues étaient assurées au CASO.

Un travail en partenariat avec d'autres structures

Dans le champ de la santé mentale, le CASO travaille en partenariat (réunions, coordination sur des dossiers individuels, etc.) avec diverses structures :

- les services d'urgences et structures hospitalières psychiatriques ;
- les Centres Médico-Psychologiques de Marseille ;
- quelques médecins psychiatres libéraux ;
- l'association Osiris, spécialisée dans l'aide thérapeutique (santé mentale et kinésithérapie) pour les personnes victimes de traumatismes liés à des violences politiques et des tortures.

Mission auprès des personnes sans abri

L'objectif de cette mission est de faciliter l'accès aux soins des personnes sans abri à Marseille (Médecins du Monde 2005b).

Elle effectue :

- un travail de rue (contact, rencontre, écoute, établissement d'un lien avec éventuellement des soins, des conseils sur le plan médical et sanitaire ; distribution de produits d'hygiène, de nourriture, de duvets, apport de médicaments ; orientations vers les dispositifs sociaux et médicaux adaptés) ;
- un travail « hors rue » comme par exemple un travail de réseau auprès des institutions de soins et des associations, de formation, de réflexion et de théorisation (réunion hebdomadaire comprenant un travail de synthèse et un travail clinique), des échanges de pratiques auprès d'autres équipes de rue.

En 2005, cette mission était constituée de 38 bénévoles, dont 15 bénévoles permanents et 23 personnes qui l'ont renforcée de manière ponctuelle. L'équipe était notamment composée de travailleurs pairs, de médecins généralistes et psychiatres, d'infirmiers et infirmiers psychiatriques, de psychologues et d'anthropologues. Ces bénévoles rencontrent fréquemment des personnes souffrant de troubles neuropsychiatriques ou présentant une souffrance psychologique induite par leurs conditions de vie (cf partie 5.6.2).

4.4.4. Dispositifs de prise en charge des personnes détenues

Contexte national

Selon une étude récente (2003-2004) menée par les directions générales de la santé et de l'administration pénitentiaire, la fréquence des troubles mentaux chez les détenus est particulièrement élevée et serait même en augmentation (OIP 2003; OIP 2005). Selon cette étude, plus d'un quart (27,4 % \pm 4,5) des hommes détenus présenterait un trouble de santé mentale (au sens du DSM-IV). Les troubles de l'humeur seraient les plus fréquents (21,4 % des détenus seraient touchés), suivis par les troubles anxieux (21,2 %), les troubles liés à l'utilisation de substances (14 %) et les schizophrénies (3,8 %) (Falissard, B., Loze, JY., Gasquet, I., Duburc, A., De Beaurepaire, C., Fagnani, F., Rouillon, F. 2006). Certains symptômes sont le fait de la détention, d'autres peuvent s'être manifestés avant et avoir été à l'origine de l'acte délinquant. Mal dépistés, ces malades sont nombreux à arriver en prison. Avant leur incarcération, plus du tiers des détenus avaient déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un médecin généraliste pour un motif d'ordre psychiatrique et près de 20 % auraient été précédemment hospitalisés pour des raisons psychiatriques. Le risque suicidaire est particulièrement élevé dans cette population, il concernerait 40 % des hommes et 62 % des femmes incarcérées. En l'occurrence, la France détient le triste record européen du nombre de suicides en prison (avec 22,4 suicides pour 10 000 détenus, en 2002) (OIP 2005).

La prise en charge sanitaire des personnes détenues est confiée au service public hospitalier. Des Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) sont installées au sein de chaque prison et leur équipe de soins somatiques est chargée de la prise en charge des problèmes de médecine générale. Sur le plan de la prise en charge psychiatrique, il existe, dans chaque région pénitentiaire, au moins un Service médico-psychologique régional (SMPR), structure de base du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Doté d'une équipe pluridisciplinaire, il assure une mission de (ORS PACA et al. 2005) :

- prévention, diagnostic et de soins des troubles mentaux ;
- lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ;
- coordination régionale des prestations psychiatriques délivrées à la population pénale de la région desservie.

Les SMPR disposent d'une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, pour la plupart psychiatres, d'infirmiers, de psychologues, de personnels socio-éducatifs (assistants du service social, éducateurs, animateurs) et de personnels de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens). Néanmoins, la structure du personnel exerçant dans les SMPR diffère de celle observée en psychiatrie générale. La part du personnel médical, des psychologues et des personnels socio-éducatifs y est relativement plus élevée contrairement à celle des personnels infirmiers et autres personnels soignants qui y est moins élevée. Cette différence de structure est en grande partie liée à la nature des prises en charge proposées par les SMPR (essentiellement ambulatoires) (Coldefy, M. et al. 2002b).

Comme en psychiatrie générale, chaque secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire propose une offre de soins diversifiée : unité d'hospitalisation au sein même du SMPR, prises en charge ambulatoires et temps partiel. En France, les rapports d'activité des SMPR 2000 montrent que parmi les 26 SMPR, 20 (80 %) disposent d'un service d'hospitalisation psychiatrique à plein temps (15 lits par SMPR en moyenne), 5 (19 %) de places d'hospitalisation de jour (19 places en moyenne) et 17 (65 %) ont mis en place un centre spécialisé de soins aux toxicomanes.

Faits marquants

- A Marseille, il existe un Service médico-psychologique régional (SMPR) qui est rattaché à l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (APHM).
- Comme la majorité des SMPR de France, il dispose d'une unité d'hospitalisation complète. La capacité de cette unité est plus élevée que la moyenne nationale (32 lits contre 15 lits) mais le SMPR est implanté dans l'un des deux plus importants établissements pénitentiaires français (Les Baumettes). Il existe également une structure de prise en charge à temps partiel installée au centre pénitentiaire. Parmi les dispositifs de prise en charge ambulatoire, il existe un centre spécialisé de soins pour toxicomanes au sein du centre pénitentiaire.

Offre de soins pour les personnes détenues à Marseille en 2005		
Type de structure	Localisation géographique	Capacité
Prise en charge à temps complet		
Unité d'hospitalisation complète	Centre pénitentiaire des Baumettes	32 lits
Prise en charge à temps partiel		
CATTP	Centre pénitentiaire des Baumettes	
Prise en charge ambulatoire		
Consultations SMPR	Centre pénitentiaire des Baumettes	
Consultations CSST (toxicomanie)	Centre pénitentiaire des Baumettes	
Consultations post-pénales	Boulevard Michelet	
Unité de préparation à la sortie	Centre pénitentiaire des Baumettes	

Source : ARH, DRASS PACA, Inventaire des structures de psychiatrie, avril 2005 – exploitation ORS PACA

5. Utilisation du système de soins en santé mentale à Marseille

Contexte national

Selon la synthèse bibliographique réalisée dans le cadre de ce tableau de bord, peu de données sont actuellement disponibles sur la prévalence et l'incidence des problèmes de santé mentale au sein de la population marseillaise (cf. synthèse bibliographique). L'étude de la consommation médicamenteuse et du recours aux soins ne remplace pas les données épidémiologiques car, notamment, une proportion non négligeable des personnes souffrant de problèmes de santé mentale n'est pas reconnue ni traitée pour ceux-ci ; en particulier, certains groupes de population ne recourent pas aux soins pour des raisons financières, culturelles, d'accès, etc. (Cases, C. et al. 2004a). Elle renseigne, néanmoins au moins partiellement, sur les besoins de services en santé de la population.

En regard de la diversité de l'offre de prise en charge des problèmes de santé mentale, les types de recours aux soins sont multiples et variés : recours en urgence auprès des services hospitaliers, des services mobiles ou de la médecine générale de ville ; prises en charge en ambulatoire dans le secteur public ou en médecine générale ou spécialisée libérale ; prises en charge à temps complet plus ou moins fréquentes selon les secteurs de psychiatrie générale et de durée variable selon les établissements.

5.1. Activité des structures hospitalières

Contexte national

En 2000, 1,1 million de personnes ont été pris en charge par les secteurs de psychiatrie générale en France, soit 62 % de plus qu'en 1989 et 11 % de plus qu'en 1997. Cette évolution est majoritairement due à une augmentation du nombre de patients suivis en ambulatoire. En 10 ans, les structures de psychiatrie ont en effet connu d'importants changements (diminution du nombre de lits, développement des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, meilleure accessibilité aux centres médico-psychologiques) ayant un impact sur leur activité. Les soins sont désormais réalisés à 85 % en ambulatoire et 11 % en temps partiel. Un quart des patients est encore pris en charge à temps complet mais les hospitalisations tendent à être moins longues : la durée moyenne de séjour est passée de 86 jours en 1989 à 45 jours en 2000 (Coldefy, M. et al. 2004).

Tous types d'établissements confondus, le nombre de journées en hospitalisation complète en psychiatrie diminue mais cette tendance est très disparate selon le type d'établissement. La diminution est particulièrement prononcée dans le secteur privé sous dotation globale, en lien avec une forte réduction du nombre de lits dans ce secteur. Ce phénomène pourrait en partie s'expliquer par un transfert de capacités vers le secteur médico-social. Ceci permettrait également d'expliquer la forte diminution de la durée moyenne de séjour, le transfert de patients au long court vers des structures médico-sociales conduisant à un renouvellement des patients pris en charge (Carrasco, V. et al. 2005).

Selon le type d'établissement auquel est rattaché le secteur, le taux de recours aux soins psychiatriques peut sensiblement varier ainsi que les modalités de prise en charge des patients (Coldefy, M. et al. 2004). Les caractéristiques des patients varient également selon les catégories d'établissements de psychiatrie. Par exemple, les établissements de soins privés prennent davantage en charge les dépressions et le secteur public les troubles délirants. La patientèle des cliniques se rapproche de celle que les secteurs prennent en charge en ambulatoire : vie de couple, activité professionnelle plus fréquentes. Les populations suivies à temps partiel et temps plein par les secteurs et par les établissements de postcure privés ont en commun une forte proportion de jeunes adultes de sexe masculin présentant des pathologies invalidantes et cumulant des difficultés socioprofessionnelles et un isolement affectif (Boisguerin, B. et al. 1999). En termes d'évolution, la part des dépressions parmi l'ensemble des motifs de recours aux soins en établissement semble augmenter et celles des retards mentaux diminuer (Cases, C. et al. 2004b).

Faits marquants

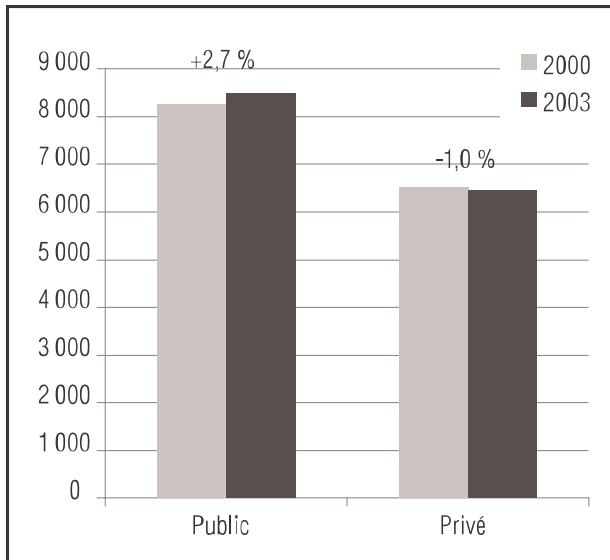
- En 2003, près de 15 000 entrées en hospitalisation complète ont été enregistrées dans les services de psychiatrie générale des établissements de santé publics et privés de Marseille, dont 56 % dans le secteur public. Selon la Statistique annuelle des établissements de santé, ce nombre aurait peu évolué depuis 2000. Dans ces services, le taux d'occupation était de 86 % dans le secteur public et plus élevé dans le secteur privé à but lucratif très représenté à Marseille (96 %). Ces taux d'occupation sont plus élevés que dans tous les autres services hospitaliers (hors soins de longue durée). La psychiatrie accueillant des soins programmés et non programmés, ces taux d'occupation élevés ont des répercussions négatives sur la prise en charge des patients (difficultés pour être hospitalier le jour même, temps d'attente...).
- En 2003, selon les rapports de secteurs de psychiatrie générale, près de 15 000 Marseillais auraient été pris en charge par la psychiatrie publique. Ceci correspond à un taux de recours de 17 patients pour 1 000 habitants, légèrement plus faible que dans la région et qu'en France. Les secteurs ont pris en charge autant d'hommes que de femmes et quasiment un patient sur deux avait entre 25 et 44 ans. Comme en France, le suivi ambulatoire est de loin le mode de prise en charge le plus fréquent (67 % des patients suivis exclusivement en ambulatoire en 2003). Le Centre médico-psychologique occupe une place majeure dans ce suivi et la part de patients suivis en CMP est encore plus importante à Marseille qu'en France. Le temps partiel apparaît surtout comme une modalité complémentaire à d'autres modes de prises en charge, soit à la suite d'une prise en charge à temps complet, soit au contraire en complément d'un suivi ambulatoire. Concernant la prise en charge à temps complet, à peine 1 % des patients a bénéficié d'alternatives à l'hospitalisation temps plein, à Marseille comme ailleurs. Ce dernier résultat ne comptabilise pas les patients vivant en appartement associatif, relais, etc. car ces structures ne relèvent pas du secteur sanitaire. Elles peuvent cependant offrir un accueil à temps complet et un accompagnement à des personnes souffrant de troubles de la santé mentale.
- Au sein de la commune, le volume et le type d'activité varient fortement d'un secteur à l'autre. Le nombre de patients pris en charge varie de 400 à plus de 2 000. L'importance relative des différents modes de prise en charge varie également significativement. Néanmoins, par rapport à la diversité des secteurs de psychiatrie générale français, les secteurs de Marseille paraissent relativement homogènes. En effet, selon une typologie des secteurs de psychiatrie générale réalisée au niveau national, 10 secteurs marseillais sur 14 sont spécialisés dans les consultations en CMP (3 secteurs sur 10 en France) et 2 sont spécialisés dans l'intervention en unité de soins somatiques (3 sur 10 en France). En France, les secteurs spécialisés dans l'hospitalisation temps plein sont aussi assez fortement représentés (2 sur 10).
- La durée moyenne de séjour dans les secteurs de psychiatrie générale serait d'environ 50 jours à Marseille, soit légèrement plus élevée qu'en France. Lors d'une enquête réalisée dans le cadre du Schéma régional d'organisation sanitaire « psychiatrie » (3^{ème} génération), près de 30 % des patients présents dans les services de psychiatrie des établissements de santé publics et privés étaient des patients « long séjour » (hospitalisés depuis au moins un an). Selon cette enquête, près de ¾ des patients « long séjour » dans la région et 2/3 à Marseille restent en hospitalisation complète en raison d'un déficit de solution d'hébergement et d'accompagnement en dehors de l'hôpital. Ils

pourraient être suivis selon un autre mode de prise en charge et vivre dans d'autres structures si, en aval, les places nécessaires étaient disponibles.

- Concernant les procédures d'hospitalisation sans consentement, environ 1 000 hospitalisations sur demande d'un tiers et 110 à 160 hospitalisations d'office ont été enregistrées chaque année dans les hôpitaux de Marseille entre 2002 et 2005. Sur cette période, le nombre d'HDT a eu tendance à diminuer tandis qu'aucune évolution nette du nombre de HO a été observée. Par ailleurs, entre 1991 et 2005, entre 21 et 62 hospitalisations d'office « urgentes » ont été signées chaque année par le maire de Marseille. Bien que ce chiffre varie d'une année sur l'autre, la tendance générale est à l'augmentation.

Certains professionnels témoignent du détournement de la procédure d'HDT qui est parfois utilisée pour faire hospitaliser des patients consentants mais pour lesquels il n'y a pas de places dans les services.

5.1.1. Un nombre d'entrées relativement stable entre 2000 et 2003



Nombre d'entrées en hospitalisation complète en psychiatrie générale à Marseille

Source : SAE, DREES – exploitation ORS PACA

En 2003, 14 951 entrées en hospitalisation complète ont été enregistrées dans les services de psychiatrie générale à Marseille, dont 56 % dans le secteur public, alors que celui-ci ne rassemble que 44 % du nombre de lits disponibles.

Entre 2000 et 2003, le nombre d'entrées a augmenté d'environ 3 % dans le secteur public et diminué de 1 % dans le secteur privé. En France métropolitaine, sur la même période, le nombre d'entrées est resté quasiment stable dans le public (-0,4 %) et a diminué de 2,5 % dans le privé, de façon plus marquée dans le privé non PSPH que dans le privé PSPH.

Méthodologie : la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

La Statistique annuelle des établissements de santé publics et privés (SAE) est une enquête administrative réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Elle décrit l'activité des établissements (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances...) et leurs facteurs de production (lits, places, équipements, personnels). Elle a été rénovée en 2000 pour améliorer la complémentarité avec le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

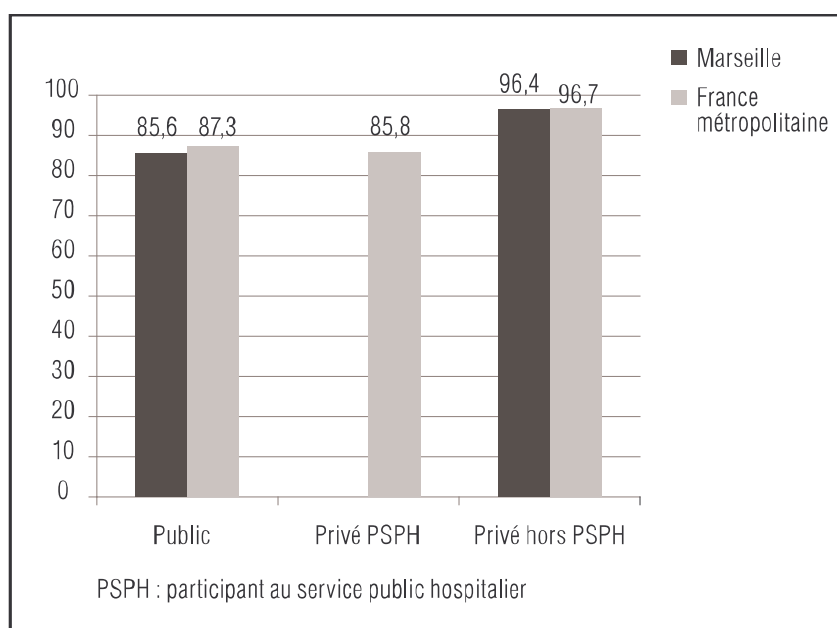
Avant 2000, elle ne permettait pas de distinguer la psychiatrie générale de la psychiatrie infanto juvénile. Dans le champ de la psychiatrie, elle fournit des résultats agrégés par établissement et non par secteur de psychiatrie.

5.1.2. Un taux d'occupation plus élevé dans les établissements de soins privés ne participant pas au service public hospitalier

Le Coefficient d'occupation (CO) est égal au rapport entre le nombre de journées effectivement réalisées et le nombre de « journées-lits exploitables », exprimé en pourcentage. Le nombre de « journées-lits exploitables » sur l'année est égal à la somme des lits en état d'accueillir des malades pour chaque journée de l'exercice.

En 2003, le CO dans les services d'hospitalisation complète (y compris de semaine) de psychiatrie générale était plus élevé dans les établissements de soins privés à but lucratif que dans le secteur public, à Marseille comme en France. Un CO moyenné sur un an doit refléter des situations variées d'un établissement à l'autre et tout au long de l'année.

Entre 2000 et 2003, le CO a augmenté de 2,5 points dans les établissements publics à Marseille (+3,3 points en France) et est resté quasiment stable dans les établissements privés à but lucratif.



Taux d'occupation dans les services d'hospitalisation complète de psychiatrie générale en 2003 (en %)

Source : SAE, DREES – exploitation ORS PACA

Quel que soit le type d'établissement, en France, les taux d'occupation en psychiatrie sont en moyenne plus élevés que dans tous les autres services hospitaliers (hors soins de longue durée). La psychiatrie devant accueillir des soins programmés et non programmés, ces taux d'occupations élevés ont des répercussions sur la prise en charge des patients. Les équipes ont parfois du mal à faire hospitaliser un patient le jour même : en France, seuls 35 % des équipes de secteurs de psychiatrie générale déclarent toujours pouvoir hospitaliser un patient le nécessitant le jour même et 82 % des équipes déclarent être

amenées à faire prendre en charge des patients de leur secteur par d'autres secteurs psychiatriques ou établissements privés en raison d'un manque de lits ou de délais d'attente trop longs (Carrasco, V. et al. 2005). A Marseille, tous les secteurs déclarent avoir recours à d'autres établissements (4 sur 14 « souvent » et 10 sur 14 « parfois »).

A Marseille, les médecins témoignent parfois devoir recourir à une procédure d'HDT pour obtenir une place en hospitalisation de patients qui le demandent.

La Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM) recommande que le taux d'occupation en psychiatrie se situe entre 80 et 85 %.

5.1.3. 15 000 Marseillais pris en charge dans les secteurs de psychiatrie générale en 2003

Un taux de recours légèrement plus faible que la moyenne nationale

En 2003, selon les rapports de secteur de psychiatrie générale (Cf. encart méthodologique), 14 822 patients ont été pris en charge dans les secteurs de psychiatrie générale à Marseille.

Rapporté au nombre d'habitants, ce nombre correspond à un taux de recours de 17 pour 1 000 habitants, taux légèrement inférieur aux moyennes régionale et nationale (19 pour 1 000)¹⁴.

Méthodologie : les rapports de secteur de psychiatrie générale

Le rapport de secteur de psychiatrie générale, généralisé depuis 1983 à l'ensemble des secteurs français, constitue une enquête exhaustive, désormais réalisée tous les trois ans (depuis 2000), qui porte sur (Coldefy, M. et al. 2004) :

- le personnel médical et non médical ;
- l'équipement des secteurs en services et structures d'accueil ;
- l'accessibilité pour les usagers aux structures et services ;

l'organisation de la réponse à certains problèmes (urgences, situations difficiles auxquelles sont confrontées les équipes soignantes) ;

- la pratique des équipes dans la prise en charge des patients, en interne ou en lien avec des intervenants extérieurs, et dans leurs activités de prévention, formation... ;

les soins organisés en intersectorialité ;

- la file active définie comme « l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par un des membres de l'équipe du secteur », et ses modalités de prise en charge.

Une file active relativement jeune, qui se renouvelle fréquemment

Parmi les 14 822 patients pris en charge par les secteurs de psychiatrie générale de Marseille, la moitié était des femmes, 46 % avaient entre 25 et 44 ans et 32 % entre 45 et 64 ans. Ces proportions étaient proches de celles observées dans l'ensemble des secteurs de la région.

Le renouvellement de la population suivie par un secteur de psychiatrie générale est important, puisqu'en moyenne, 42 % des patients d'un secteur avaient consulté pour la première fois en 2003 à Marseille (47 % en PACA et 43 % en France en 2000).

Une majorité de patients prise en charge en ambulatoire

A Marseille, comme dans la région ou en France, le suivi ambulatoire est de loin le mode de prise en charge le plus fréquent. En 2003, 84 % des patients des secteurs de psychiatrie générale de Marseille ont été pris en charge en ambulatoire. Pour 80 % d'entre eux, il s'agissait du seul mode de prise en charge. Les autres ont également été suivis à temps complet ou à temps partiel durant l'année. Les soins ambulatoires sont le plus souvent réalisés en Centre médico-psychologique (CMP), encore plus fréquemment à Marseille que dans la région ou en France.

En 2003, 12 % des patients ont bénéficié d'une prise en charge à temps partiel. Seuls 2 % ont été pris en charge exclusivement sous ce mode durant l'année. Le temps partiel apparaît donc surtout comme une modalité complémentaire, soit à la suite d'une prise en charge plus lourde à temps complet, soit au

¹⁴ Le taux de recours est calculé en rapportant la file active du secteur à la population couverte par le secteur (au recensement de 1999).

contraire en complément à un suivi ambulatoire. L'accueil en Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou en hôpital de jour constitue le principal mode de prise en charge à temps partiel.

Un quart des patients a été suivi à temps complet en 2003. Parmi eux, près de la moitié n'a connu que ce type de suivi, tout du moins dans le cadre du secteur psychiatrique de rattachement. Il est en effet possible que certains patients aient bénéficié d'un autre type de prise en charge dans un dispositif intersectoriel ou en médecine de ville. Les alternatives à l'hospitalisation (appartement thérapeutique, accueil familial thérapeutique) ont concerné moins d'1 % des patients à Marseille (1,1 % en France). Toutefois, le nombre de patients ayant bénéficié d'une alternative à l'hospitalisation temps plein est plus important puisque ces données ne prennent pas compte les usagers hébergés dans des structures ne relevant pas du secteur sanitaire (appartements associatifs, appartements relais, etc.).

Comparaison de l'activité des secteurs de psychiatrie générale à Marseille, en PACA (en 2003) et en France (en 1999) (en % du total)			
	Moyenne Marseille	Moyenne PACA	Moyenne France
Part des patients pris en charge en ambulatoire (en % du total)	84	88	86
vus exclusivement en ambulatoire	67	72	66
vus en CMP	71	66	62
vus en unités somatiques	13	21	20
ayant reçu des soins à domicile ⁽¹⁾	7	11	17
vus en soins ambulatoires autres	11	11	10
Part des patients pris en charge à temps partiel (en % du total)	12	9	11
exclusivement à temps partiel	2	1	2
en hospitalisation de nuit	1	0	0,7
en hôpital de jour ou CATTP	10	9	10
à temps partiel autre ⁽²⁾	4	1	3
Part des patients pris en charge à temps complet (en % du total)	25	23	27
exclusivement à temps complet	14	11	12
en hospitalisation plein temps en psychiatrie	25	23	26
à temps complet autre ⁽³⁾	0,4	0,5	1,1
<i>(1). Incluant les soins à domicile ou en institution substitutive au domicile.</i>			
<i>(2). Incluant les prises en charge à temps partiel autres et les ateliers thérapeutiques.</i>			
<i>(3). Incluant les prises en charge à temps complet autres, les centres de post-cure, les appartements thérapeutiques, l'accueil familial et l'hospitalisation à domicile.</i>			
<i>Source : rapports de secteurs de psychiatrie générale 2003, DREES – exploitation ORS PACA</i>			

Une forte variabilité du taux de recours et des modes de prise en charge selon les secteurs

En 2003, à Marseille, chaque secteur de psychiatrie générale a suivi en moyenne 1 059 patients. La taille de la file active variait de 425 à 2 440. Le taux de recours, de 17 pour 1 000 en moyenne, variait de 7 à 34 pour 1 000 habitants. Le taux de recours est moins important dans les secteurs du quart nord-est de Marseille que dans les autres.

Comme ce qui est observé au niveau national, le taux de recours est plus élevé dans les secteurs les mieux équipés dans le domaine de l'hospitalisation temps plein (corrélation de Spearman $r=0,63$, $p=0,01$). En revanche, le taux de recours n'est pas significativement associé à l'offre de prise en charge à

temps partiel, contrairement à ce qui est observé en France. Bien que les résultats statistiques ne montrent pas de corrélation positive significative entre le taux de recours et l'activité du secteur dans le domaine de la psychiatrie de liaison, ces deux indicateurs sont probablement liés. En effet, un patient vu une fois en consultation de liaison est comptabilisé de la même façon qu'un patient rencontré chaque jour en hôpital de jour. Le taux de recours est en effet positivement corrélé à la part de patients vus une seule fois (corrélation de Spearman $r=0,82$, $p<0,001$).

Il existe également une forte variabilité des modes de prise en charge selon les secteurs. En 2003, la part des patients pris en charge en ambulatoire variait de 48 à 88 %, celle de patients pris en charge à temps partiel de 4 à 32 % et celle de patients hospitalisés à temps plein de 3 à 35 %.

La part des patients hospitalisés à temps plein est négativement corrélée à celle de patients pris en charge en ambulatoire (coefficient de corrélation de Spearman = -0.837 , $p<0,001$).

En revanche, il ne semble pas y avoir de corrélation entre la part des patients pris en charge à temps complet et la densité de lits d'hospitalisation temps plein, ni entre la part des patients pris en charge à temps partiel et le nombre total de structures à temps partiel du secteur pour 100 000 habitants.

Activité des CMP

Méthodologie : enquête régionale sur l'accessibilité des CMP et CMPP

Dans le cadre du volet « psychiatrie et santé mentale » du SROS 3, une enquête sur l'accessibilité a été menée auprès des CMP et CMPP de la région, en mai 2005. Il s'agissait d'étudier l'accessibilité géographique, les modalités d'accueil, les temps médicaux et les délais de rendez-vous dans ces structures.

A Marseille, 13 des 15 CMP de psychiatrie générale ainsi que le CMP de gérontopsychiatrie ont répondu à l'enquête, permettant d'analyser l'offre de 12 des 14 secteurs de la commune. Tous les CMP n'ont pas répondu aux questions sur l'activité.

File active du CMP et taux de recours par secteur en 2004		
Secteur	File active	Taux de recours*
13G01	NR	NR
13G02	901	15,8
13G03	370	6,0
13G04	546	11,1
13G05	148	2,0
13G06	NR	NR
13G08 (St Barnabé)	NR	NR
13G08 (Plan de Cuques)	383	NR
13G11	1 057	22,3
13G12	1 099	19,5
13G13	908	11,3
13G14	555	9,8
13G15	767	12,0
13G16	864	16,4

* Nombre de patients pour 1 000 habitants (INSEE RP99)
 NR : non réponse
 Source : ARH-CRAM, enquête CMP CMPP – exploitation ORS PACA

Au total, 11 CMP ont indiqué leur file active lors de l'enquête. En moyenne, elle s'élevait à 691 patients et variait de 148 à 1 099 selon les CMP.

Le taux de recours variait de 2 à 22 pour 1 000. Il ne prend toutefois pas en compte la répartition inégale des personnes sans abri entre les différents secteurs de la commune.

Activité des CMP en 2004				
	Psychiatre	Psychologue	Infirmier	Assistante sociale
Nb de consultations au CMP \pm écart type [min-max]	2 615 \pm 1 190 [517-4 102]	1 378 \pm 755 [398-2 571]	2 375 \pm 1 612 [186-5 138]	538 \pm 477 [12-1 830]
Nb de CMP intervenant à domicile*	10	6	13	10
Nb de CMP intervenant dans des services sociaux*	1	2	3	5
Nb de CMP intervenant dans des services médico-sociaux*	5	2	7	4
* Sur les 13 CMP ayant répondu à l'enquête, hors CMP de gérontopsychiatrie Source : ARH-CRAM, enquête CMP CMPP – exploitation ORS PACA				

Au total, 13 CMP ont répondu aux questions d'activité. En moyenne, en 2004, chaque CMP a réalisé 2 615 consultations de psychiatre. Dans le CMP de gérontopsychiatrie, 618 consultations de psychiatre ont été réalisées. Dans la majorité des CMP, les psychiatres interviennent également à domicile. Les interventions dans des établissements sociaux ou médico-sociaux sont en revanche plus rares.

Environ 1 400 consultations de psychologues ont été réalisées dans chaque CMP en moyenne en 2004. Ces professionnels interviennent à domicile dans moins de la moitié des CMP.

Après les consultations de psychiatre, celles d'infirmier sont les plus nombreuses. Dans le CMP de gérontopsychiatrie, 219 consultations d'infirmiers ont été réalisées. Dans tous les CMP, le personnel infirmier intervient à domicile.

Les « consultations » d'assistante sociale sont les moins nombreuses. Dans le CMP de gérontopsychiatrie, 70 consultations ont eu lieu. Une activité à domicile est réalisée dans la majorité des CMP.

En rapportant le nombre de consultations à la file active (analyse sur 11 CMP), on enregistre en moyenne 4 consultations de psychiatre, 2 consultations de psychologue, 4 consultations d'infirmier et 1 « consultation » d'assistante sociale par patient. Ces chiffres masquent sans doute une forte variabilité selon les patients, certains n'étant vu qu'une seule fois et d'autre bénéficiant qu'une prise en charge régulière.

Typologie : les ¾ des secteurs de Marseille spécialisés dans les consultations en CMP

D'après une étude réalisée par la DREES à partir des rapports de secteurs de 1999, il existe en France cinq types de secteurs de psychiatrie générale se distinguant par la spécialisation de leur activité :

- Groupe 1 : spécialisé dans les consultations en CMP ;
- Groupe 2 : spécialisé dans l'intervention en unité de soins somatiques ;
- Groupe 3 : spécialisé dans l'hospitalisation temps plein.
- Groupe 4 : spécialisé dans l'extra hospitalier, activités visant à la réinsertion et à la réadaptation des patients ;
- Groupe 5 : secteurs généralistes, non spécialisés.

Selon cette typologie, la majorité des secteurs de Marseille était spécialisée dans les consultations en CMP (groupe 1). Ils se situent principalement dans le nord de la commune. Selon cette typologie établie à partir de l'ensemble des secteurs français, les secteurs de ce groupe accueillent en général moins de patients que la moyenne et disposent de moyens plus réduits en équipement et en personnel.

En PACA, la répartition des secteurs ressemblait plus à celle de la France, avec une majorité de secteurs dans les groupes 1 et 2. Le groupe 4, constitué de peu de secteurs surtout concentrés en l'Île-de-France et en Ile-et-Vilaine, n'était pas représenté en PACA.

Comparaison de la typologie des secteurs à Marseille, en PACA, et en France						
	Marseille		PACA		France	
	Nombre de secteurs	% de secteurs	Nombre de secteurs	% de secteurs	Nombre de secteurs	% de secteurs
Groupe 1 CMP	10	71,4	22	34,4	231	29,1
Groupe 2 Unité somatique	2	14,3	27	42,2	215	27,0
Groupe 3 Temps plein	0	0,0	10	15,6	139	17,5
Groupe 4 Extra-hospitalier	0	0,0	0	0,0	32	4,0
Groupe 5 Général	2	14,3	5	7,8	178	22,4

Sources : DREES, INSEE – exploitation ORS PACA

Les personnes hospitalisées en psychiatrie et les différences entre types d'établissements

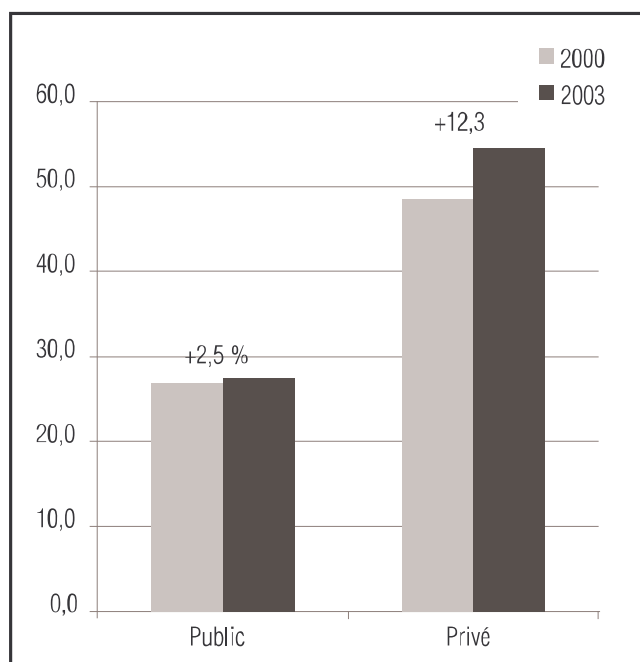
Les données issues des rapports de secteur de psychiatrie générale ne fournissent que très peu d'informations sur les patients suivis (âge, sexe). Afin de donner un éclairage sur les caractéristiques des personnes prises en charge en psychiatrie, il nous a semblé intéressant d'intégrer à ce tableau de bord des résultats issus de l'enquête Handicap-Incapacités-Dépendance (HID) de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Cette enquête permet de comparer les caractéristiques des patients selon le type d'établissement (public, privé...), ce qui est particulièrement intéressant compte tenu de la forte implantation du secteur privé à Marseille.

Selon l'enquête HID réalisée en 1998, la majorité des personnes hospitalisées en psychiatrie (hors services de psychiatrie des hôpitaux généraux) avaient entre 20 et 59 ans, était de sexe masculin et célibataire. Deux sur trois étaient en dehors du marché de l'emploi (n'exerçant aucune profession, n'étant ni chômeur, ni étudiant ou élève, ni militaire, ni retraité ou retiré des affaires, ni femme au foyer) et la même proportion bénéficiait d'une reconnaissance administrative d'incapacité. Par ailleurs, ces personnes souffrent plus de limitations intellectuelles et scolaires que la population générale : 19 % déclarent ne pas savoir lire et 46 % ont un diplôme (Chapireau, F. 2002). Selon cette enquête, les personnes soignées en centre hospitalier spécialisé (CHS) et en hôpital participant au service public hospitalier (PSPH) ont des caractéristiques socio-démographiques proches et se distinguent de celles soignées en cliniques et en foyers de post-cure. Ces dernières sont plus souvent des femmes, viennent plus souvent d'un domicile personnel (versus de chez leurs parents ou d'un autre établissement), ont plus souvent un diplôme, sortent plus souvent de l'établissement sans aide ou sont plus souvent indépendantes pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Les personnes soignées en CHS ou en hôpital PSPH souffrent en revanche plus souvent de limitation intellectuelle ou de mobilité, ont plus fréquemment une reconnaissance administrative d'incapacité et perçoivent plus souvent l'allocation adulte handicapé (AAH) (Chapireau, F. 2002).

Ces résultats confirment ceux d'une enquête menée en 1998 sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, les cliniques privées et les établissements de réadaptation et de postcure qui montrait l'existence de différences au niveau des pathologies et des patients pris en charge selon le type d'établissement. Selon cette étude, le privé prend davantage en charge les dépressions et le public les troubles délirants. La patientèle des cliniques se rapproche de celle que les secteurs prennent en charge en ambulatoire : vie de couple, activité professionnelle plus fréquentes. Les populations suivies à temps partiel et temps plein par les secteurs et par les établissements de postcure privés ont en commun une forte proportion de jeunes adultes de sexe masculin présentant des pathologies invalidantes et cumulant des difficultés socioprofessionnelles et un isolement affectif. Dans l'ensemble des établissements, les pathologies varient selon le sexe, les femmes étant deux fois plus traitées pour dépression que les hommes, souffrant quant à eux deux fois plus de schizophrénies et de troubles mentaux dus à l'alcool que les femmes (Boisguerin, B. et al. 1999).

5.1.4. Durée moyenne de séjour et hospitalisations de longue durée

Une durée moyenne de séjour plus élevée et en augmentation dans le secteur privé



Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en psychiatrie générale (en jours)

Source : SAE, DREES – exploitation ORS PACA

En 2003, selon la SAE, la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en psychiatrie générale était de 27,5 jours dans le public et de 54,5 jours dans le privé (non PSPH uniquement). Par rapport à la moyenne nationale, la durée moyenne de séjour est identique dans le public mais plus élevée dans le privé (36,3 jours en France métropolitaine dans le privé non PSPH).

Entre 2000 et 2003, à Marseille, cette durée est quasiment restée stable dans le public alors qu'elle a augmenté de 12 % dans le privé. Néanmoins, ceci semble caractéristique du secteur privé non PSPH : en France métropolitaine, la durée moyenne de séjour a en effet augmenté de 9 % dans le secteur privé non PSPH mais a diminué de 6 % dans le privé PSHP. Dans le secteur public, une légère diminution de 3 % a été observée.

Les résultats des rapports de secteurs de psychiatrie générale fournissent des résultats très différents probablement en raison d'une différence de méthodologie. Selon ces données, la durée moyenne des séjours en hospitalisation à temps plein est de 53 jours dans les secteurs de Marseille, 43 jours dans la région et 49 jours en France.

Près d'1 lit sur 10 occupé par un patient hospitalisé depuis plus d'un an

Selon les rapports d'activité des secteurs de psychiatrie générale, 1,4 % des patients pris en charge en 2003 à Marseille étaient hospitalisés depuis plus d'un an (nombre de patients présents en hospitalisation à temps plein depuis plus d'un an rapporté au nombre de patients ayant été hospitalisés à temps plein en psychiatrie durant l'année). En raison de nombreuses non réponses, cette moyenne n'a été calculée que sur 7 des 14 secteurs de Marseille. Cette proportion pouvait atteindre 10 % dans certains secteurs.

Une autre méthode consiste à rapporter le nombre de patients hospitalisés depuis plus d'un an à la capacité d'accueil en hospitalisation temps plein du secteur. En moyenne, sur les 7 secteurs ayant répondu, 9,2 % des lits étaient occupés par des patients hospitalisés depuis plus d'un an en 2003. Selon les secteurs, ce pourcentage variait de 0 à 48 %.

Cette proportion est très inférieure à celle observée dans l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance ou dans l'enquête sur les besoins non satisfaits relatifs aux séjours long en psychiatrie menée en Provence-Alpes-Côte d'Azur (de l'ordre de 30 %). Cette différence pourrait être due à des différences de méthode pour définir la durée de séjour (cf. encadré).

Part des patients hospitalisés depuis plus d'un an* dans les secteurs de psychiatrie générale en 2003		
	Nombre de secteurs ayant répondu / nombre total de secteurs	Part des patients hospitalisés depuis plus d'un an* (minimum ; maximum)
Marseille	7 / 14	1,4 (0,0 ; 10,1)
PACA	51 / 64	2,4 (0,0 ; 10,0)
France (1999)	/	3,9

* Nombre de patients présents en hospitalisation à temps plein depuis plus d'un an rapporté au nombre de patients ayant été hospitalisés à temps plein en psychiatrie durant l'année.
Source : Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie 2003 - DREES – Ministère de la santé et de la protection sociale – exploitation ORS PACA

Proportion de lits occupés par des patients hospitalisés depuis plus d'un an* dans les secteurs de psychiatrie générale en 2003		
	Nombre de secteurs ayant répondu / nombre total de secteurs	% (minimum ; maximum)
Marseille	7 / 14	9,2 (0,0 ; 48,4)
PACA	51 / 64	20,3 (0,0 ; 72,5)

* Nombre de patients présents en hospitalisation à temps plein depuis plus d'un an rapporté au nombre de lits d'hospitalisation temps plein.
Source : Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie 2003 - DREES – Ministère de la santé et de la protection sociale – exploitation ORS PACA

Les durées de présence en psychiatrie – enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance 1998, 2000

Parmi les personnes hospitalisées en psychiatrie interrogées lors de l'enquête HID en 1998 (hors services de psychiatrie des hôpitaux généraux), près de la moitié était présente depuis moins de 3 mois et plus d'une sur trois depuis plus d'un an (dont la moitié depuis plus de 5 ans). Les durées de présence varient fortement selon le type d'établissement : la proportion de patients hospitalisés depuis plus d'un an est plus beaucoup plus élevée dans les centres hospitaliers spécialisés et dans les hôpitaux participant au service public hospitalier que dans les cliniques et les foyers de post-cure (respectivement 42 et 43 % contre 17 %). Cette durée de présence en établissement est fortement corrélée au lieu où vivait la personne avant d'entrer en soins psychiatriques (domicile, chez ses parents, en établissement) correspondant sans doute à des degrés différents de la capacité d'autonomie : plus ces capacités sont faibles, plus la durée de présence à l'hôpital est longue. Notons que l'enquête tend, par sa méthode, à sur-représenter les présences longues. Le nombre de patients hospitalisés depuis plus d'un an estimé à partir de cette enquête est supérieur à celui indiqué dans les rapports de secteurs. Cette différence pourrait être due à la façon dont la date d'entrée est déterminée : dans les rapports de secteurs, ce pourrait être la dernière entrée administrative (après toute sortie de plus de 48 heures en hospitalisation libre) alors que dans l'enquête, elle correspondrait à l'entrée du séjour en cours, considéré comme un tout, même s'il y a eu des interruptions administratives (Chapireau, F. 2002).

Le devenir des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique

Les personnes hospitalisées en centre hospitalier spécialisé ou dans un hôpital participant au service public hospitalier interrogées en 1998 l'ont également été deux ans plus tard afin de connaître leur devenir. Parmi ces patients, 34 % vivaient dans un domicile indépendant, 43 % étaient toujours accueillis dans le même établissement, 11 % l'étaient dans un autre établissement (pour adultes ou enfants handicapés, pour personnes âgées) et 7 % étaient décédés. Les personnes hospitalisées très jeunes (avant 20 ans) et celles qui vivaient déjà en établissement avant leur admission sont plus souvent hospitalisées en psychiatrie « au long cours ». La fréquence des sorties est très liée à l'ancienneté d'hospitalisation, même si certains patients de longue date ou venant d'un autre établissement parviennent à retrouver un domicile indépendant : par exemple, 7 % des patients hospitalisés depuis plus de 4 ans en 1998 vivaient en domicile ordinaire en 2000.

Cette enquête tend à confirmer l'hypothèse de Daniel Ruffin et Françoise Casadebaig selon laquelle « les patients au long cours ne forment pas un groupe hérité d'une tradition asilaire passée : [...] au contraire, cette population se renouvelle en permanence ». L'enquête HID montre en effet que le groupe de patients hospitalisés durablement se renouvelle de façon lente (Chapireau, F. 2004).

Sur 10 patients hospitalisés au long cours en psychiatrie, 7 ne nécessitent pas un maintien en hospitalisation complète

Dans le cadre du SROS3, deux problématiques concernant les « séjours longs » en psychiatrie sont apparues comme majeures :

- l'insuffisance de lieux d'hébergement sociaux pouvant accueillir des personnes hospitalisées en psychiatrie mais dont l'état pourrait permettre une prise en charge en ambulatoire ;
- l'insuffisance de structures d'aval pouvant accueillir des personnes qui restent hospitalisées dans les services en psychiatrie par défaut de réponses médico-sociales.

Méthodologie : Enquête « séjours longs en psychiatrie » réalisée dans le cadre du SROS 3

De juin à septembre 2005, une enquête déclarative a été réalisée auprès de tous les établissements de psychiatrie publics et privés de la région afin d'estimer les besoins non satisfaits en matière de soins, de logement et d'activité pour les patients susceptibles de sortir après une hospitalisation complète en psychiatrie.

Pour chaque patient inclus dans l'enquête (séjour d'au moins un an) étaient renseignés les besoins en terme de soins, d'hébergement, d'accompagnement social, de travail ou d'activité occupationnelle et les décisions éventuelles déjà prononcées par la COTOREP en terme d'orientation et/ou de travail.

Note préliminaire : dans cette enquête, les besoins en termes « d'hébergement » font référence aux besoins de places dans des structures sociales ou médico-sociales (maison d'accueil médicalisé, foyers de vie, appartements associatifs...). Les besoins de places en appartements thérapeutiques ou en accueil familial thérapeutique ont été qualifiés de besoins en termes de « soins » car ces dispositifs dépendent du secteur sanitaire.

Dans les établissements ayant répondu à l'enquête, en moyenne, 27 % des patients présents étaient des patients « long séjour », soit 1 119 patients. Cette proportion était plus élevée dans le public (32 %) que dans le privé (22 %). Des résultats très proches étaient observés dans le territoire de santé Bouches-du-Rhône Sud et à Marseille. La durée de séjour de ces patients variait de 8 mois à plus de 25 ans. Parmi eux, 40 % étaient hospitalisés depuis moins d'un an, 23 % depuis 1 à 5 ans, 15 % depuis 6 à 10 ans et 22 % depuis plus de 10 ans.

Parmi les patients « long séjour » de la région, 73 % seraient réorientables, c'est-à-dire qu'ils ne nécessiteraient pas un maintien en hospitalisation complète. Dans les Bouches-du-Rhône Sud et à Marseille, cette proportion était légèrement inférieure (69 et 64 %).

Part de patients « long séjour » dans les établissements de soins en 2005					
	Public	PACA Privé	Total	Bouches-du- Rhône Sud	Marseille
Taux de réponse (en terme de nb de lits, en %)	75	75	75	69	64
% de patients « long séjour »	32	22	27 (n=1 119)	27 (n=396)	28 (n=307)
% de patients réorientables parmi les patients « long séjour »	70	79	73	69	64

Source : enquête « séjours longs en psychiatrie » ARH-CRAM

Au niveau régional, 55 % des patients « long séjour » ne justifiant pas un maintien en hospitalisation à temps plein pourraient être **réorientés en termes de soins** (prise en charge en ambulatoire, à temps partiel ou en appartement thérapeutique ou accueil familial thérapeutique). Selon les réponses obtenues dans la précédente enquête, la majorité des patients réorientables en terme de soins pourraient être pris en charge en ambulatoire (40 % en CMP ou en CATTP et 26 % par un psychiatre libéral). Une prise en charge à temps partielle en hôpital de jour ou de nuit est proposée pour 18 % des patients et une alternative à l'hospitalisation complète dans 13 % des cas.

N.B. : la forte proportion de patients « long séjour réorientables » pour laquelle aucune réorientation en termes de soins n'a été proposée s'explique par le fait que certaines réorientations en termes « d'hébergement » inclut une prise en charge médicale. Par exemple, les patients réorientés vers une maison d'accueil spécialisé ou un foyer d'accueil médicalisé bénéficieront de soins sur le lieu d'hébergement et ne seront pas pris en charge médicalement dans un CATTP ou un CMP par exemple.

Concernant les **réorientations en terme d'hébergement**, indiquées pour 71 % des patients « long séjour réorientables », les principales structures citées sont les foyers occupationnels, les foyers d'hébergement (33 %), les maisons d'accueil spécialisées (24 %) et les appartements associatifs, maisons relais ou foyers logements. Les SAMSAH étant apparus récemment dans le paysage réglementaire (décret de mars 2005), leurs missions et possibilités d'accompagnement sont sans doute encore mal connues.

Propositions de réorientations en terme de soins	
Réponses pour 439 patients (55 % des réorientables)	
Type de prise en charge	%
CATTP, CMP	42
Psychiatre libéral	26
Hôpital de jour, de nuit	18
Appartement thérapeutique, accueil familial thérapeutique	13
<i>Source : enquête « séjours longs en psychiatrie » ARH-CRAM</i>	

Propositions de réorientations en terme d'hébergement	
Réponses pour 620 patients (71 % des réorientables)	
Type d'hébergement	%
Foyer occupationnel, foyer d'hébergement	33
Maison d'accueil spécialisée	24
Appartement associatif, maison relais, foyer logement	24
Foyer d'accueil médicalisé	11
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	7
SAMSAH, SAVS	2
SAMSAH : service d'aide médico-sociale pour adultes handicapés	
SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale	
<i>Source : enquête « séjours longs en psychiatrie » ARH-CRAM</i>	

5.1.5. Hospitalisations sans consentement

Hospitalisation sur demande d'un tiers et hospitalisation d'office

La loi n°90-527 du 27 juin 1990 « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation » a remplacé la loi du 30 juin 1838 qui organisait les différents modes de placement des malades mentaux dans les établissements psychiatriques.

L'Hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) remplace l'ancienne notion de Placement volontaire (PV). Elle ne peut être envisagée que si le patient présente des « troubles mentaux rendant impossible son consentement » et si l'état de celui-ci impose des soins « immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier ».

- *Procédure ordinaire (articles L.3212-1 à L.3212-12 du Code de la Santé Publique, sauf l'article L.3212-3)*. Pour que l'admission soit valide, trois documents doivent être présentés : une demande d'admission rédigée par le tiers (un membre de la famille, un proche ou une personne agissant pour son intérêt à l'exclusion du personnel soignant, de la direction de l'établissement hospitalier qui l'accueillera) et deux certificats médicaux concordants et circonstanciés (le 1^{er} ne pouvant être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil). Cette procédure ne se justifie pas pour les patients mineurs (moins de 18 ans).

- *Procédure extraordinaire (article L.3212-3 du Code de la Santé Publique)*. Cette mesure ne s'applique que dans le cas où un « péril imminent » menace la santé du patient. L'hospitalisation peut alors être réalisée sans disposer du premier certificat médical.

L'Hospitalisation d'office (HO) remplace l'ancienne notion de Placement d'office (PO) et est indiquée pour les individus dont les troubles mentaux « compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes ». L'HO est possible pour les mineurs.

- *Procédure ordinaire (articles L.3213-1 à L.3212-10 du Code de la Santé Publique, sauf l'article L.3213-2)*. L'HO est prononcée par arrêté préfectoral. Cet arrêté est pris au vu d'un certificat médical circonstancié (ne pouvant être établi par un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil).

- *Procédure d'urgence (article L.3213-2 du Code de la Santé Publique)*. En cas de « danger imminent pour la sûreté des personnes », attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire arrête, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires. Il leur incombe d'en référer au Préfet sous 24 heures. Si ce dernier n'intervient pas en statuant expressément par un arrêté d'HO, les mesures provisoires seront considérées comme caduques 48 heures plus tard.

Environ 1 000 HDT enregistrées chaque année dans les hôpitaux de Marseille

Nombre d'hospitalisations sur demande d'un tiers (HDT) selon l'établissement	2002				2003				2004				2005			
Timone	304				267				279				285			
Valvert	314				255				234				224			
E. Toulouse	468				404				384				332			
Ste Marguerite	204				163				107				109			
Total hôpitaux de Marseille	1 290				1 089				1 004				950			
<i>Total hôpitaux situés dans les Bouches-du-Rhône</i>	<i>2 171</i>				<i>1 954</i>				<i>1 711</i>				<i>1 781</i>			
<i>Source : DDASS 13 – exploitation ORS PACA</i>																

En moyenne sur la période 2002-2005, 1 904 HDT ont été enregistrées chaque année dans les hôpitaux des Bouches-du-Rhône dont plus de la moitié dans les hôpitaux situés à Marseille.

Alors qu'entre 1999 et 2003 le nombre d'HDT enregistrées dans le département s'était stabilisé autour de 2 000 par an, ce chiffre est en diminution en 2004 et 2005. Cette tendance à la baisse s'observe également dans les hôpitaux de Marseille.

Entre 110 et 160 HO enregistrées chaque année dans les hôpitaux de Marseille

Nombre d'hospitalisations d'office (HO) selon l'établissement				
	2002	2003	2004	2005
Timone	32	38	24	49
Valvert	33	41	31	40
E. Toulouse	49	61	40	58
Ste Marguerite	16	8	17	16
Total hôpitaux de Marseille	130	148	112	163
<i>Total hôpitaux situés dans les Bouches-du-Rhône</i>	<i>230</i>	<i>265</i>	<i>210</i>	<i>299</i>
<i>% HO « détenus »</i>	<i>28,3</i>	<i>23,0</i>	<i>35,2</i>	<i>33,4</i>

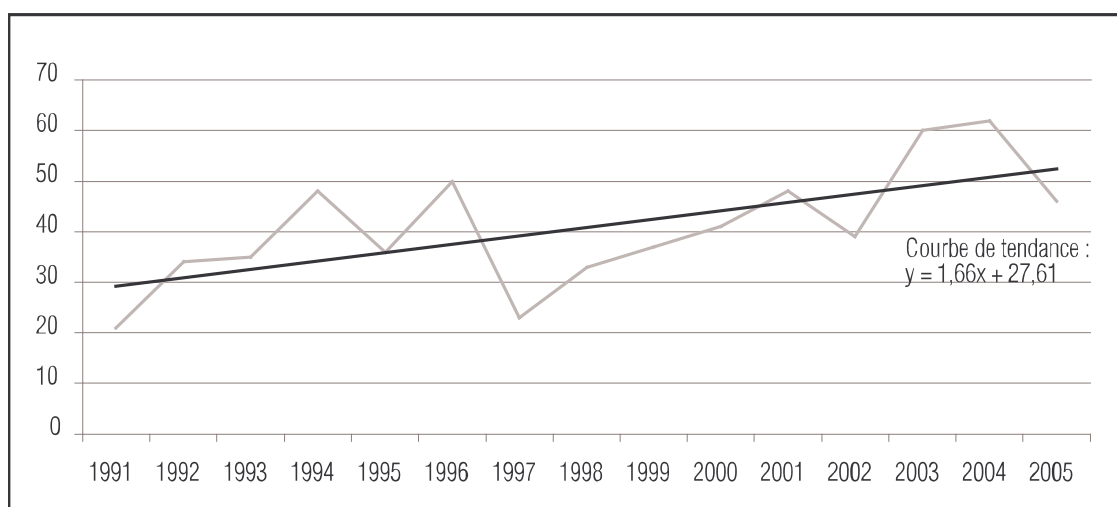
Source : DDASS 13 – exploitation ORS PACA

En moyenne sur la période 2002-2005, 251 HO ont été enregistrées chaque année dans les hôpitaux des Bouches-du-Rhône dont plus de la moitié dans les hôpitaux situés à Marseille (138). Selon les années, la part des HO pour détenus variait de 23 à 35 %.

Entre 1999 et 2005, le nombre de HO enregistrées chaque année dans le département a varié entre 210 et 299. Aucune tendance ne se dégage nettement, à Marseille comme dans le département.

HO effectuées selon la procédure d'urgence à Marseille : une tendance à la hausse

Entre 1991 et 2005, le nombre d'HO signées chaque année par le maire de Marseille a varié entre 21 et 62. La tendance globale sur cette période est à une augmentation.



Evolution du nombre d'hospitalisations d'office signées par le maire de Marseille entre 1991 et 2005

Source : Direction de la santé publique, Ville de Marseille - exploitation ORS PACA

En 10 ans, le nombre d'HDT a été multiplié par deux en France

Selon les rapports d'activité des Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP), le nombre d'HDT en France aurait connu une augmentation continue entre 1992 et 2001, passant de 31 057 à 62 894. L'augmentation des HO sur cette période aurait été plus limitée, passant de 6 631 à 9 625 (+45 %). Depuis le milieu des années 90, une augmentation régulière des hospitalisations effectuées selon la procédure d'urgence est également observée pour les HDT comme pour les HO.

En 2004, une proposition de résolution a été déposée auprès de l'Assemblée nationale tendant à la création d'une commission d'enquête sur la « progression du nombre d'internements psychiatriques en France ». En réponse, le rapport de l'Assemblée nationale ayant étudié cette proposition, indique que cette évolution doit être pondérée par un certain nombre d'éléments :

- les statistiques ne comptent pas le nombre de personnes hospitalisées sans leur consentement, mais le nombre de mesures d'hospitalisation. Or l'état de certains patients nécessite parfois plusieurs hospitalisations au cours de l'année, un même malade pouvant ainsi être comptabilisé plusieurs fois ;

- la proportion des mesures d'hospitalisation sans consentement dans l'ensemble des hospitalisations en psychiatrie reste limitée : elle représentait 14 % en 2001, contre 13 % en 1997 et environ 11 % en 1992 ;

- les chiffres de 1992 sont vraisemblablement sous-estimés, du fait de la parution tardive des textes d'application de la loi du 27 juin 1990, s'agissant en particulier des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques ;

- la durée moyenne du séjour a diminué dans le même temps à 37,5 jours en 2001, contre 40 jours en 1995 et 5 mois et demi en 1975, ce qui pourrait être lié à l'examen régulier de la situation de personnes hospitalisées institué par la loi du 27 juin 1990 ;

- un certain nombre de patients relevant du régime juridique de l'HDT ne sont pas hospitalisés de fait lorsqu'ils font l'objet de sorties d'essai, qui ont lieu dans la plupart des cas à leur domicile.

5.2. 1er recours (urgences, médecine générale)

Contexte national

La grande majorité des secteurs de psychiatrie générale français déclare avoir développé des dispositifs spécifiques pour répondre à l'urgence (85 % en 2000). Généralement, c'est un membre de l'équipe du secteur qui intervient ou, moins fréquemment, un membre d'une équipe rattachée à un pôle intersectoriel d'urgence. Il existe plusieurs modalités de réponse à l'urgence qui sont souvent mises en place de façon complémentaire. L'hospitalisation et les rendez-vous en urgence au centre médico-psychologique seraient très souvent utilisés, de même que les visites à domicile ou sur le lieu de détresse, l'orientation aux urgences à l'hôpital général ou, dans une moindre mesure, vers le médecin de ville. Les places en centre de crise étant en nombre limité, seuls 21 % des secteurs y recourent (Coldefy, M. et al. 2004).

Selon l'enquête réalisée en 2002 auprès d'un échantillon de 150 services d'urgence hospitaliers métropolitains, les troubles psychiatriques, tels qu'ils sont répertoriés par les médecins, représenteraient 2,5 % des passages dans ces services, loin derrière les deux principaux motifs (problèmes somatiques et traumatismes) (Carrasco, V. et al. 2003). En France, en 2002, les services des urgences auraient pris en charge 162 000 tentatives de suicide (Mouquet, M. C. et al. 2006).

Les services d'aide médicale urgente (SAMU) sont également des lieux où la confrontation à l'urgence psychiatrique est fréquente. A Paris, les problèmes psychiatriques, selon la nomenclature du SAMU, représenteraient la 2^{ème} cause d'appel au SAMU, après les urgences traumatologiques et avant les urgences médicales ou cardio-vasculaires. Il faut y ajouter la plupart des intoxications prises en charge par le SAMU, dont la grande majorité correspond à des tentatives de suicide médicamenteuses ou à des overdoses. Les urgences psychiatriques et médico-psychiatriques représenteraient ainsi au moins 20 % de l'activité du SAMU de Paris (Joseph, I. 2004).

Les médecins généralistes, qu'ils exercent au sein d'une association d'urgentistes (SOS Médecins par exemple) ou en cabinet sont également amenés à prendre en charge les troubles psychiques en urgence (Gouyon, M. 2006a). Selon une enquête réalisée en 2004 sur les urgences en médecine générale de ville, les troubles psychiques seraient à l'origine de 7 % des recours urgents ou non programmés à la médecine générale, derrière les troubles d'ordre somatique non traumatique (78 %) et les problèmes traumatiques (12 %). Les troubles psychiques sont plus souvent rencontrés par les médecins exerçant en cabinet que par les médecins urgentistes et plus fréquemment que dans les services d'urgences hospitaliers (Gouyon, M. 2006b).

En dehors des cas d'urgence, les médecins généralistes jouent un rôle majeur dans la prise en charge des troubles de la santé mentale. Ils sont d'ailleurs à l'origine de la majorité des prescriptions de psychotropes (Zarifian, E. 1996). Ces professionnels ne semblent néanmoins pas suffisamment armés pour repérer et prendre en charge ces troubles, en particulier l'épisode dépressif majeur (EDM). Une enquête réalisée auprès du panel régional de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur a en effet montré qu'il existait à la fois un sur- et un sous-diagnostic de l'EDM par les médecins généralistes de ville ainsi qu'un sous-repérage important des idées suicidaires chez les patients mis sous antidépresseurs ou anxiolytiques. La co-prescription d'un anxiolytique lors d'une initialisation d'un traitement antidépresseur est fréquente en médecine générale de ville, alors que les référentiels de prise

en charge ne l'encouragent pas. Une amélioration de la formation initiale et continue des médecins, dont ils sont d'ailleurs demandeurs, semble indispensable pour modifier les pratiques. Le recours à des outils d'aide au diagnostic, actuellement peu utilisés par les médecins généralistes ainsi que la facilitation de pratiques en réseau avec les spécialistes font également partie des pistes à développer ou tester en France (Verger, P. et al. 2006).

Faits marquants

- A Marseille, le dispositif intersectoriel d'accueil des urgences psychiatriques du CHS Edouard Toulouse et situé à l'hôpital nord accueille près de 3 000 patients chaque année (2001-2002). En 2002, un recours sur quatre était lié à un comportement suicidaire et 22 % à des manifestations anxieuses. La plupart de ces accueils donne ensuite lieu à une prise en charge en ambulatoire, très majoritairement en centre médico-psychologique. Seuls 16 % des accueils sont suivis d'une hospitalisation en service de psychiatrie, dans près de 6 cas sur 10 de façon libre, dans 1 cas sur 3 sur demande d'un tiers. Les hospitalisations d'office représentent moins de 5 % des cas. Les professionnels des urgences psychiatriques témoignent de nombreuses difficultés induites par la saturation des lits d'hospitalisation : lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, ils passent plus de temps à chercher une place qu'à s'occuper du patient lui-même. Le patient peut être obligé d'attendre plusieurs jours avant d'être hospitalisé, ce qui accroît les risques de « fugue ». Seuls les patients présentant des pathologies aiguës peuvent être hospitalisés, ce qui est une entrave aux prises en charge précoces et à la prévention des situations de crise.
- Dans la cité, le SAMU/Centre 15 joue un rôle majeur dans la prise en charge en urgence des problèmes de santé mentale. En 2005, ce dispositif a traité 13 500 dossiers liés à un problème de santé mentale à Marseille, soit 12 % de l'ensemble des dossiers toutes causes confondues. Les statistiques ne permettent pas de connaître de façon précise le type de problème ayant motivé ces recours : pour 7 300 dossiers, l'interrogatoire médical a conclu à problème « psychiatrique » et pour 2 100 à un suicide ou une tentative de suicide. Le type de réponse du SAMU-Centre 15 varie fortement selon le problème repéré et l'hospitalisation est deux fois plus fréquente en cas de tentative de suicide qu'en cas de problèmes « psychiatriques » (80 % contre 40 %). Si, toutes causes confondues, le taux d'intervention du SAMU à Marseille suit un gradient nord sud décroissant, il est plus élevé dans le centre de la commune que dans les autres arrondissements pour les problèmes de santé mentale.
- L'association SOS Médecins est également amenée à prendre en charge des problèmes de santé mentale lors de ses interventions. En 2005, à Marseille, 1 800 appels à SOS Médecins ont été motivés par un problème de santé mentale, même si cela ne représente qu'une faible part de son activité (3 % de l'ensemble des appels). Les principaux problèmes de santé mentale étaient des crises d'angoisse, les crises de tétanie ou de spasmophilie et les troubles dépressifs. Les personnes concernées par ce type de problèmes étaient plus âgées que la moyenne des patients et étaient majoritairement du sexe féminin. Dans la grande majorité des cas, l'intervention consistait à faire une prescription au patient et à l'adresser à son médecin de famille.
- Les médecins généralistes sont à l'origine de la majorité des initialisations de traitements psychotropes délivrés en officine de ville, que ce soit pour les anxiolytiques (84 %), les hypnotiques

(67 %), les antidépresseurs (78 %) ou les neuroleptiques (66 %) et ce en particulier chez les personnes âgées. Ces données issues des bases de remboursement de l'assurance maladie ne permettent pas d'étudier les initialisations réalisées lors de séjours hospitaliers dans le secteur public, alors qu'elles sont sans doute nombreuses.

- A Marseille comme en France, les troubles psychiatriques ou psychologiques représentent 7 % des recours en urgence auprès des médecins généralistes. Chez les femmes, ces troubles sont le deuxième motif de recours en urgence auprès des médecins. Cette proportion est plus élevée pour les habitants du centre ville de Marseille que pour ceux vivant dans les quartiers nord.

5.2.1. Activité de la fédération des urgences nord

« Fédération des urgences nord »

Le CHS Edouard Toulouse dispose d'une structure intersectorielle spécialisée dans l'accueil des urgences psychiatriques. Ce dispositif se situe géographiquement à l'hôpital nord (15^{ème} arrondissement) et dispose de 4 lits d'urgence.

Les données suivantes sont issues des rapports d'activité de ce dispositif. Le type de données disponibles varie selon les années et c'est pourquoi l'évolution de la file active et du nombre d'accueil n'a pas pu être présentée sur l'ensemble de la période 1997-2006. Les données les plus complètes disponibles (caractéristiques des patients, type de pathologies...) et les plus récentes datent de 2002.

Près de 3 000 personnes prises en charge chaque année

Entre 1997 et 2000, le nombre de patients pris en charge par les urgences psychiatriques « Nord » a augmenté de 20 %. Il est ensuite resté relativement stable entre 2000 et 2002.

Evolution de la file active et du nombre d'accueils de la Fédération des Urgences Nord de 1997 à juin 2006

	1997	...	2000	2001	2002	2003	...	1 ^{er} trimestre 2006
File active	2 390		2 881	2 926	2 761			
Nombre d'accueils			3 254	3 385	3 321	4 134		1 863

Source : *Rapports d'activité de la Fédération des Urgences Nord – exploitation ORS PACA*

En 2002, environ 65 % des patients pris en charge étaient rattachés à un des secteurs du CHS Edouard Toulouse. Environ 7 % des accueils ont concerné des personnes sans domicile fixe (234 accueils).

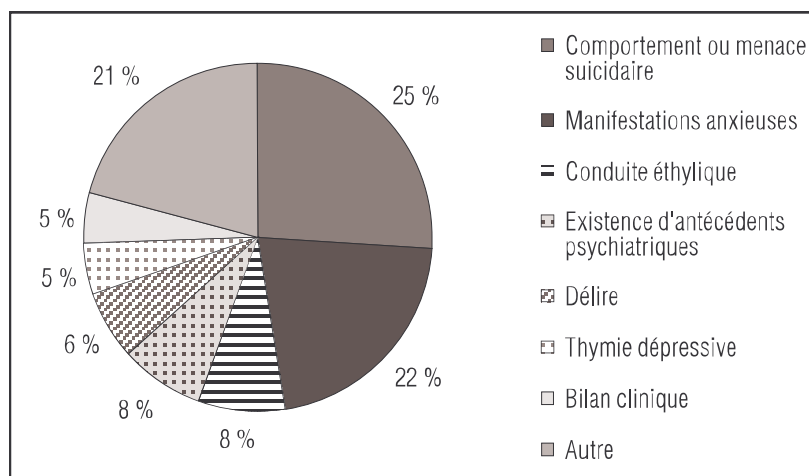
Quasiment autant d'hommes que de femmes ont bénéficié d'une évaluation psychiatrique par le service des urgences et un patient sur deux avait entre 25 et 44 ans ; près d'un sur quatre avait entre 45 et 64 ans.

Parmi les personnes dont la situation familiale était connue (80 % des patients), la moitié était célibataire, 23 % étaient mariées, 10 % en union libre et 8 % divorcées.

Un recours sur 4 lié à un comportement suicidaire

Dans la plupart des cas, les personnes ayant bénéficié d'une évaluation psychiatrique par le service des urgences n'avaient pas d'antécédent d'hospitalisation psychiatrique et n'étaient pas suivies pour un problème psychiatrique.

En 2002, un quart des accueils était lié à un comportement suicidaire et 22 % à des manifestations anxieuses.



Répartition des accueils selon le motif de la demande d'évaluation psychiatrique en 2002

Source : Rapport d'activité de la Fédération des Urgences Nord 2002 – exploitation ORS PACA

Un diagnostic (codé selon la classification internationale des maladies) a été posé pour la moitié des accueils réalisés en 2002. Les problèmes les plus souvent rapportés étaient les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (26 %), les troubles de l'humeur (affectifs) (24 %), les troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (22 %) et la schizophrénie, les troubles schizotypiques et les troubles délirants (12 %).

Au total, 696 accueils ont clairement été identifiés comme tentative de suicide (21 %), dont 65 % chez des femmes. Par rapport à l'ensemble des patients reçus, ceux ayant fait une tentative de suicide étaient légèrement plus jeunes : 1 sur 4 avaient moins de 25 ans contre 1 sur 5 pour l'ensemble des patients. Le moyen le plus souvent utilisé était l'intoxication médicamenteuse (68 %).

Plus d'un patient sur deux orienté vers une prise en charge ambulatoire

Orientation vers une prise en charge ambulatoire

En 2002, la majorité des accueils a donné lieu à une orientation vers une prise en charge en ambulatoire, dont 70 % en Centre médico-psychologique (CMP) et 14 % en psychiatrie privée.

En fonction de la gravité du cas et de la demande du patient, l'orientation vers le CMP peut consister à donner le numéro de téléphone au patient ou à prendre un rendez-vous pour lui avant sa sortie des urgences.

Hospitalisation psychiatrique

Une hospitalisation psychiatrique a suivi 16 % des accueils. Parmi elles, 57 % étaient libres, 31 % effectuées sur demande d'un tiers (HDT) et 4 % d'office. Sur les 164 HDT, 80 émanait de la famille ou de l'entourage et 63 d'un agent hospitalier. Pour 17 des HDT, l'information sur le tiers n'a pas été renseignée.

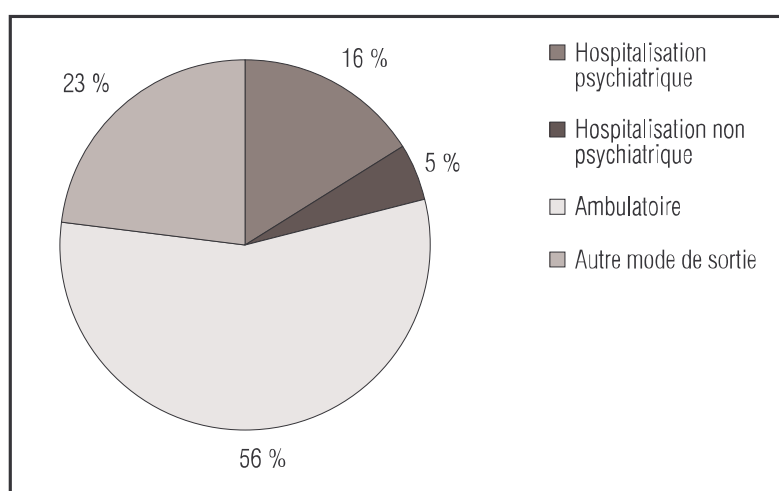
Plus de 60 % des hospitalisations en psychiatrie ont eu lieu à Edouard Toulouse. Les autres principaux lieux d'hospitalisation ont été le CHS Valvert (14 %), les cliniques (8 %) et l'hôpital de La Timone (6,6 %).

Certains professionnels témoignent du temps passé à rechercher une place d'hospitalisation dans les établissements publics et privés pour orienter les patients reçus aux urgences. Depuis 2002, il semblerait que les orientations vers les cliniques privées soient de plus en plus fréquentes, du fait du manque de places dans les services des hôpitaux publics.

Autres modes de sortie des urgences

Les autres modes de sortie des urgences correspondent majoritairement à l'absence d'indication d'orientation (524 des 765 accueils concernés par un « autre mode de sortie »). En effet, pour certains patients, une prise en charge psychiatrique ou psychologique ne paraît pas indispensable (crise d'angoisse, « bobologie de la psychiatrie »...).

En 2002, 102 accueils se sont soldés par un « refus d'orientation » et 97 par une fugue.



Répartition des accueils selon l'orientation effectuée en 2002

Source : Rapport d'activité de la Fédération des Urgences Nord 2002 – exploitation ORS PACA

Témoignages de professionnels des urgences psychiatriques des difficultés qu'ils rencontrent dans la prise en charge des personnes...

Les professionnels témoignent de diverses difficultés lors de la prise en charge des urgences psychiatriques :

- Problème des temps d'attente trop longs, avant rencontre du médecin pour examen mais aussi, et surtout, pour accéder à l'hospitalisation quand elle est décidée à l'issue de l'examen (souvent plusieurs jours), ce en raison de la saturation des lits d'hospitalisation, notamment dans le secteur public. Les médecins témoignent du fait qu'ils passent plus de temps à « chercher une place » par téléphone auprès des hôpitaux et cliniques pour faire hospitaliser un patient qu'en travail clinique auprès des personnes elles-mêmes.

- Difficultés liées aux modalités d'accueil et à la mauvaise adaptation des locaux lors de situations de refus de soins accompagnées de plus ou moins d'agitation, parfois rencontrées en psychiatrie (notamment avec des patients en situation aiguë). Les situations de « crise » marquées par une agitation anxieuse ou agressive sont relativement facilement prises en charge grâce aux traitements. Mais les professionnels signalent le besoin de surveillance ou de locaux sécurisés pour prévenir la « sortie sans avis médical » (ou fugue), avant l'examen médical (délai d'attente) ou après (délai d'effet du traitement ou résistance au traitement, délai pour hospitalisation).

- Selon les professionnels, ces difficultés créent des conditions propices à l'augmentation des sorties sans avis médical avant tout examen ou avant transfert pour hospitalisation et/ou à la réapparition et à l'augmentation du recours aux liens de contention.

Autre conséquence de la saturation des lits d'hospitalisation : l'accès à l'hospitalisation est « réservé » aux patients qui présentent les pathologies les plus aiguës. Les patients dont la symptomatologie est moins « criante » mais dont l'état nécessiterait tout de même d'être hospitalisés ne peuvent pas l'être. Les professionnels ont ainsi le sentiment de devoir « attendre » l'aggravation de l'état du patient pour pouvoir l'hospitaliser. Ceci induit une augmentation des hospitalisations sous contrainte, du recours aux sédatifs et des durées d'hospitalisation.

5.2.2. Activité du SAMU : en 2005, 12 % des dossiers régulés étaient liés à un problème de santé mentale

Répartition du nombre de dossiers régulés pour lesquels un problème de santé mentale avait été repéré ou diagnostiqué lors de l'interrogatoire médical, selon le type de pathologie (Marseille, 2005)			
Chapitre	Pathologie	Nombre de dossiers	%
PSYCHIATRIE		7 331	73,4
	PSYCHIATRIE (sans autre précision)	4 856	
	Agressivité	112	
	Agitation	228	
	Anxiété/angoisse	771	
	Symptôme psychiatrique autre	120	
	Trouble du comportement	194	
	Confusion	12	
	Délires	54	
	Dépression	291	
	Hallucinations	12	
	Hyperventilation psychogène	21	
	Demande de placement/HDT/HO	271	
	Somatisation	31	
	Spasmophilie/tétanie	358	
SUICIDE/TENTATIVE DE SUICIDE		2 139	21,4
	SUICIDE/TENTATIVE DE SUICIDE	1 002	
	Suicide autre/ts	73	
	Suicide arme blanche/ts	36	
	Suicide par défenestration/ts	18	
	Suicide par arme à feu/ts	11	
	Suicide médicamenteux/produit toxique/ts	964	
	Suicide par noyade/ts	4	
	Suicide par pendaison/strangulation/ts	31	
TOXICOMANIE		149	1,5
	TOXICOMANIE	121	
	Symptôme lié à la toxicomanie autre	19	
	Delirium tremens/dt	1	
	Syndrome de manque	7	
	Demande de sevrage	1	
AUTRES			
	Intoxication alcoolique/ivresse	320	3,2
	Intoxication stupéfiants/drogue NS	55	0,6
<i>Total</i>		<i>9 994</i>	

Au total, en 2005, 13 583 dossiers régulés ont concerné un problème de santé mentale (cf. encadré méthodologique), soit 11,6 % de l'ensemble des dossiers régulés cette année là. Cette proportion était légèrement plus élevée qu'en 2004 (10 274 dossiers ; 9,8 % de l'ensemble des dossiers régulés).

Dans près des ¾ de ces dossiers, le problème de santé mentale avait été mentionné lors de l'interrogatoire médical. Il s'agissait majoritairement de problèmes classés en « psychiatrie » et de suicides ou tentatives de suicide.

En raison du nombre élevé de données manquantes pour les variables d'âge (38 %) et de genre (43 %), il n'est pas possible de comparer les caractéristiques des individus concernés par ces interventions avec celles de la population générale.

Méthodologie : statistiques d'activité du SAMU-Centre 15

Dans cette étude, les dossiers retenus comme ayant concerné « un problème de santé mentale » sont ceux pour lesquels :

- l'interrogatoire avait mentionné un problème classé en « psychiatrie » ou « suicide/tentative de suicide » ou « toxicomanie » ou « intoxication alcoolique/ivresse non suicidaire » ou « intoxication stupéfiants/drogue non suicidaire » ;

OU

- le bilan avait mentionné un problème classé en « psychiatrie » ou « intoxication par substance illicite » ou « intoxication par benzodiazépines » ou « intoxication par médicaments psychotropes » ou « intoxication par alcool » ou « tentatives de suicide » ou « HDT » ou « HO ».

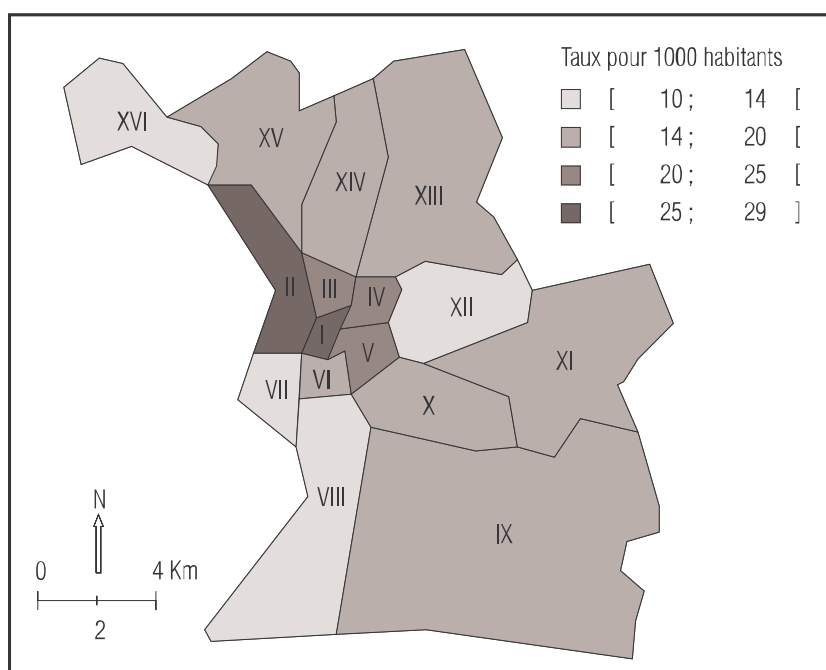
Seuls les dossiers pour lesquels le lieu d'intervention était situé sur la commune de Marseille ont été retenus.

N.B. : Les taux de recours ont été calculés avec les données de population issues du recensement de la population de 1999, car au moment où ce tableau de bord a été élaboré, des estimations de population plus récentes n'étaient pas disponibles pour tous les arrondissements (estimations au 1er janvier 2005 disponibles pour un regroupement 1er - 2ème arrondissement et 15ème - 16ème arrondissement). Néanmoins, pour les arrondissements pour lesquels une estimation de population au 1er janvier 2005 était disponible, les taux de recours présentés ici ont été comparés avec ceux obtenus avec les estimations plus récentes. Les différences se sont avérées minimales.

Un taux d'intervention pour problème de santé mentale plus élevé dans les arrondissements du centre ville que dans les autres

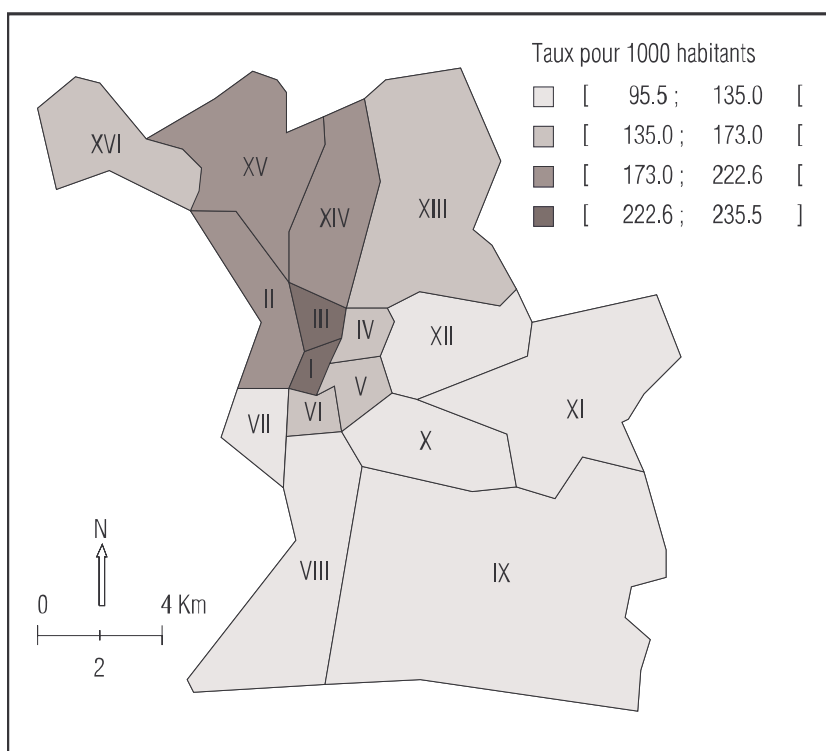
En 2005, le taux d'intervention pour problème de santé mentale variait de 10 (dans le 12^{ème} arrondissement) à 29 pour 1 000 habitants dans le 1^{er}. Les taux les plus élevés étaient observés dans les arrondissements du centre ville (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}). Ceci est peut-être dû au mode de calcul du taux d'intervention (nombre d'interventions ayant eu lieu dans un arrondissement rapporté au nombre d'habitants de cet arrondissement). En effet, la population présente dans les arrondissements du centre ville est certainement bien plus élevée que la population résidente.

La répartition géographique des interventions pour problème de santé mentale diffère de celle observée pour les interventions toutes causes confondues. Si le taux d'intervention global du SAMU est également maximal dans les arrondissements du centre ville, on observe ensuite un clivage nord/sud qui ne se retrouve pas pour les interventions liées à un problème de santé mentale.



Taux d'intervention du SAMU 13 pour un problème de santé mentale pour 1 000 habitants par arrondissement en 2005

Sources : SAMU 13, INSEE RP 99 – exploitation ORS PACA



Taux d'intervention du SAMU 13 toutes causes confondues pour 1 000 habitants par arrondissement en 2005

Sources : SAMU 13, INSEE RP 99 – exploitation ORS PACA

Lorsque l'interrogatoire conclut à un problème « psychiatrique » : un conseil médical dans 42 % des cas, une hospitalisation dans moins de 40 % des cas

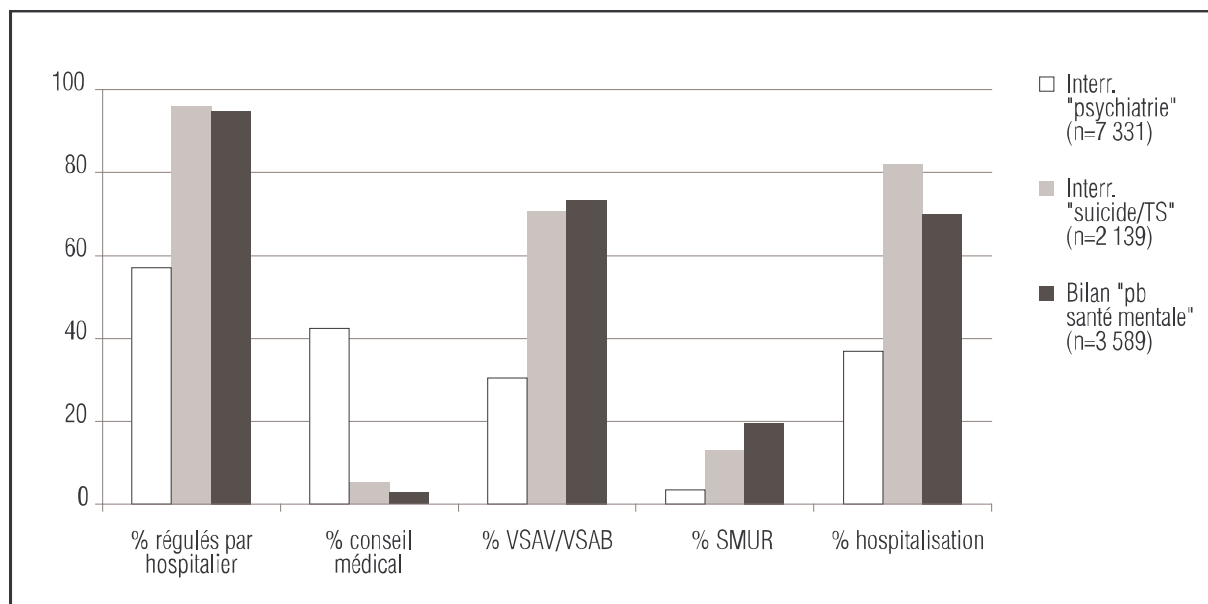
En 2005, l'interrogatoire médical avait conclu à un problème « psychiatrique » pour 7 331 dossiers régulés. Le taux d'intervention pour ces causes variait de 5 à 16 pour 1 000 habitants selon les arrondissements (moyenne communale : 9,2) et était également plus élevé dans les arrondissements du centre ville de Marseille que dans les autres.

Légèrement plus de la moitié des dossiers (57,6 %) a été réglée par un hospitalier de la salle de régulation et 42 % par un libéral.

Dans 42 % des cas, ces dossiers ont donné lieu à un conseil médical et dans 31 % des cas à l'envoi d'un vecteur non médicalisé (VSAV/VSAB). Le type de réponse variait selon le type de professionnel ayant régulé l'appel : seuls 17 % des dossiers régulés par un médecin hospitalier ont donné lieu à un conseil médical contre 77 % de ceux régulés par un médecin libéral.

Au final, 37 % de ces dossiers ont donné lieu à une hospitalisation. Dans ce cas, un tiers des patients a été orienté vers les urgences du CHR Sainte-Marguerite, un quart vers les urgences adultes du CHR Nord, 18 % vers les urgences du CHR de La Conception et 9 % vers les urgences psychiatriques du CHR Timone. L'envoi d'un VSAV augmentait fortement la probabilité d'une hospitalisation : 73 % des dossiers pour lesquels un VSAV a été envoyé ont donné lieu à une hospitalisation.

Pour 35 % de ces dossiers un bilan médical a été renseigné : 66 % d'entre eux mentionnaient un trouble psychiatrique et 10 % une intoxication.



Interr. « psychiatrie » : dossiers pour lesquels l'interrogatoire médical a conclu à un problème « psychiatrique ».

Interr. « suicide/TS » : dossiers pour lesquels l'interrogatoire médical a conclu à une tentative de suicide.

Bilan « pb santé mentale » : dossiers pour lesquels l'interrogatoire médical n'avait pas conclu à un problème de santé mentale mais pour lesquels le bilan a fait mention d'un tel problème.

Devenir de l'appel, réponse apportée et part des dossiers ayant donné lieu à une hospitalisation selon la pathologie mentionnée lors de l'interrogatoire ou du bilan (SAMU 13, Marseille, 2005)

Source : SAMU 13 – exploitation ORS PACA

Plus de 2 000 dossiers pour suicide ou tentative de suicide : un vecteur non médicalisé envoyé dans 70 % des cas, une hospitalisation dans 8 cas sur 10

En 2005, pour 2 139 dossiers régulés l'interrogatoire médical avait conclu à un suicide ou une tentative de suicide. Le taux d'intervention pour « suicide ou tentative de suicide » variait de 1 à 4 pour 1 000 habitants selon les arrondissements (moyenne communale : 2,7). Les taux les plus élevés étaient observés dans les arrondissements du centre ville et dans le 10^{ème} arrondissement.

Pour ce type d'affaires, la quasi-totalité (96 %) des dossiers a été réglée par un médecin hospitalier.

L'envoi d'un VSAV et l'envoi d'un vecteur médicalisé (SMUR) étaient largement plus fréquents que pour un problème psychiatrique : respectivement 70 et 13 % contre 31 % et 3,5 % des cas.

La grande majorité des dossiers (82 %) a donné lieu à une hospitalisation. Près de 80 % des hospitalisations ont lieu dans les services d'urgences des hôpitaux de Sainte-Marguerite, La Conception et Nord. Moins de 1 % des hospitalisations a eu lieu dans le service des urgences psychiatriques de La Timone.

Pour 82 % de ces dossiers un bilan a été renseigné : 62 % mentionnaient une intoxication (dont la moitié par psychotropes ou benzodiazépines) et 18 % un problème psychiatrique. Seuls 35 bilans (2 %) mentionnaient un décès.

Pour ¼ des dossiers liés à un problème de santé mentale, l'interrogatoire avait conclu à un problème d'une autre nature ou à un problème « inévaluable »

En 2005, 3 589 dossiers régulés ont abouti à un bilan médical signalant un problème de santé mentale alors que l'interrogatoire avait mentionné un problème d'une autre nature : « malaise, troubles de la conscience, coma » (29 % des cas) et problème « inévaluable » (22 %).

Pour ¾ quarts de ces dossiers, le bilan mentionnait un problème « psychiatrique », pour 9 % une intoxication par l'alcool, pour 7 % une intoxication par benzodiazépines et pour 6 % une intoxication par psychotropes.

La quasi-totalité de ces dossiers a été régulée par un médecin hospitalier.

Dans 74 % des cas, la réponse a été l'envoi d'un VSAB/VSAV et dans 19,5 % des cas d'envoi d'un SMUR.

La plupart de ces dossiers (70 %) a conduit à une hospitalisation. Près de 80 % d'entre elles ont eu lieu dans les services d'urgences des hôpitaux de Sainte-Marguerite, La Conception et Nord.

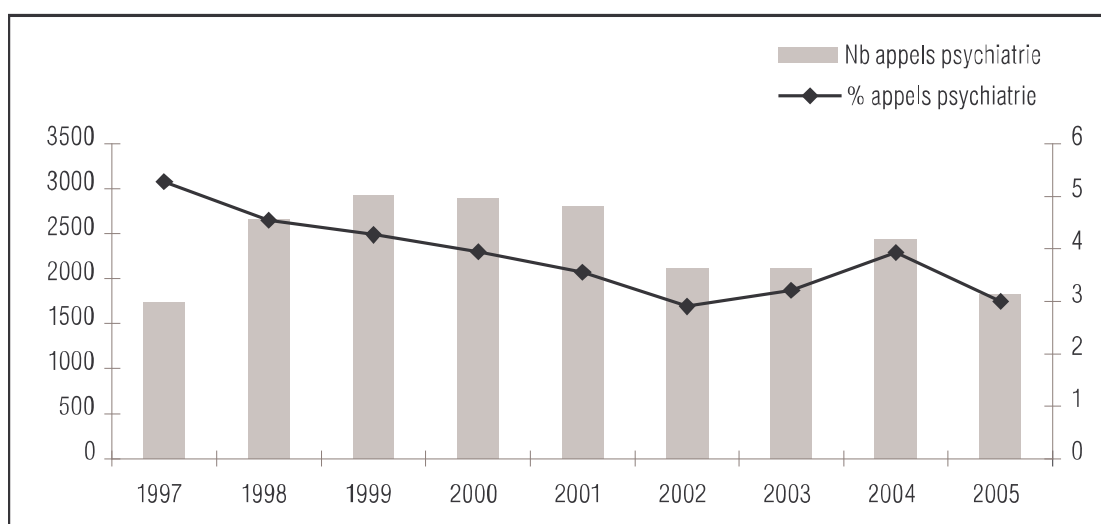
Ainsi, lorsqu'un problème psychiatrique est associé à d'autres symptômes, même généraux, la prise en charge par le SAMU se rapproche plus de celle d'une tentative de suicide que de celle d'un problème psychiatrique identifié lors de l'interrogatoire.

5.2.3. Activité de SOS Médecins dans le champ de la santé mentale à Marseille

Problèmes de santé mentale : entre 3 et 5 % des appels à SOS Médecins

Entre 1997 et 2005, le nombre d'appels reçus chaque année par SOS Médecins à Marseille pour un problème de santé mentale a varié entre environ 1 700 et 3 000, soit 3 à 5 % de l'ensemble des appels reçus.

Sur cette période, les principaux motifs d'appels pour un problème de santé mentale étaient une angoisse (40 %), une crise de tétanie ou de spasmophilie (19 %), une dépression (12 %), une hospitalisation sur demande d'un tiers (7 %) et des chocs émotionnels (6 %). Chaque année, en moyenne, 47 tentatives de suicide ont donné lieu à un appel à SOS Médecins (2 % des appels pour problème de santé mentale).



Evolution du nombre et de la part des appels reçus par SOS Médecins à Marseille pour un problème de santé mentale

Source : SOS Médecins – exploitation ORS PACA

Méthodologie : statistiques d'activité de l'association SOS Médecins

Les données ont été fournies par l'association SOS Médecins de Marseille.

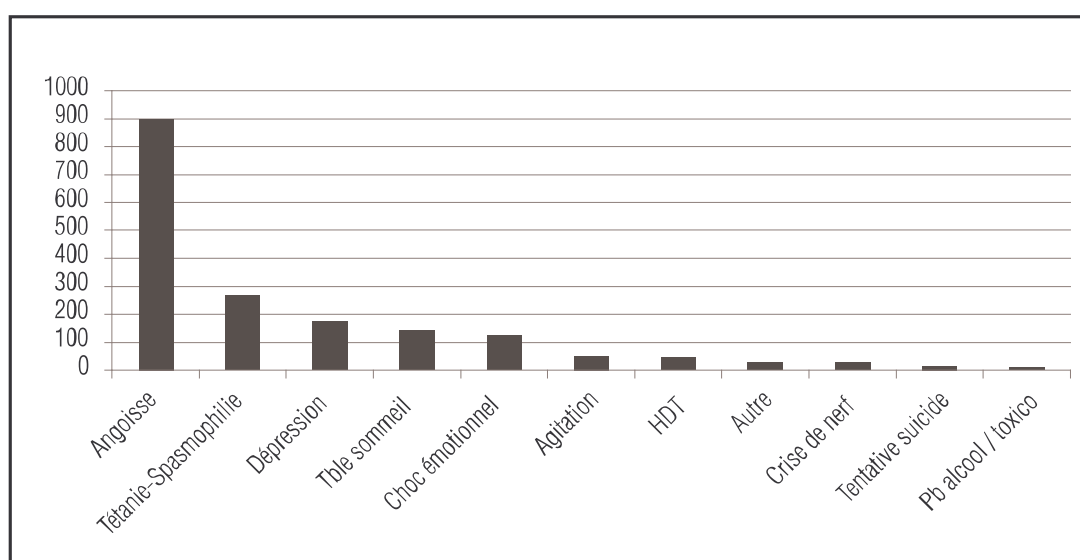
L'analyse a porté sur les appels ayant pour cause un problème « psychiatrique ». Le motif d'appel est codé par les opérateurs lors de la réception des appels (professionnels sans formation médicale). Compte tenu de la diversité des problèmes inclus dans la catégorie « psychiatrie », nous utiliserons le terme « santé mentale » dans l'analyse suivante.

Les taux de recours ont été calculés avec les données de population issues du recensement de la population de 1999, car au moment où ce tableau de bord a été élaboré, des estimations de population plus récentes n'étaient pas disponibles pour tous les arrondissements (estimations au 1^{er} janvier 2005 disponibles pour un regroupement 1^{er} - 2^{ème} arrondissement et 15^{ème} - 16^{ème} arrondissement). Néanmoins, pour les arrondissements pour lesquels une estimation de population au 1^{er} janvier 2005 était disponible, les taux de recours présentés ici ont été comparés avec ceux obtenus avec les estimations plus récentes. Les différences se sont avérées minimes.

En 2005, près de 1 800 appels pour un problème de santé mentale, dont la majorité liée à une angoisse

En 2005, sur les 59 759 appels reçus par SOS Médecins à Marseille, 1 784 (3 %) ont concerné un problème de santé mentale. Les principaux motifs d'appels étaient des problèmes gastro-intestinaux (24 %) et des symptômes généraux (22 %, fièvre principalement).

La moitié des appels liés à un problème de santé mentale étaient motivés par une crise d'angoisse. Les autres principaux problèmes de santé mentale étaient liés à des crises de tétanie-spasmophilie (15 %) et des dépressions (10 %). En 2005, 13 appels ont été enregistrés pour une tentative de suicide (0,7 % des appels liés à un problème de santé mentale) et 8 pour un problème d'alcoolisation aiguë ou chronique (0,5 %).



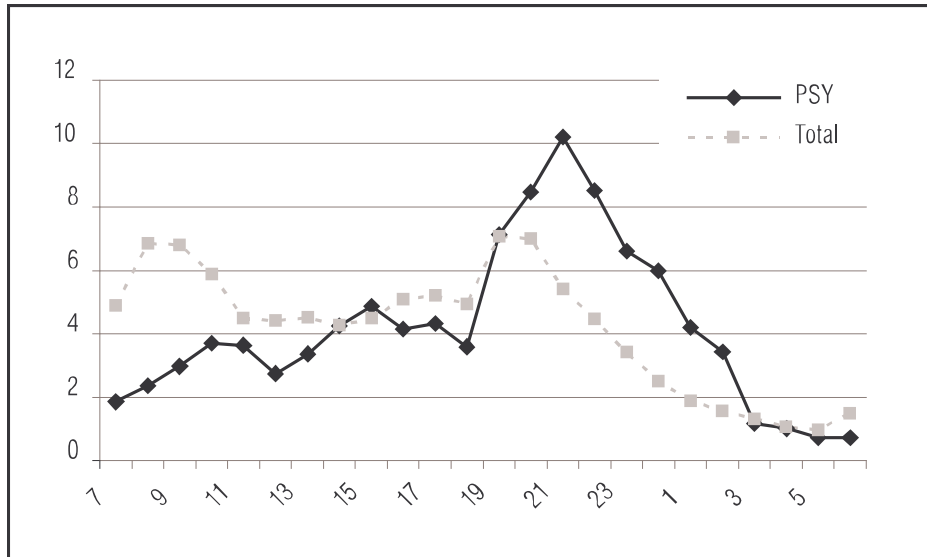
Motifs d'appels "psychiatriques" en 2005 à Marseille

Source : SOS Médecins – exploitation ORS PACA

L'âge moyen des patients concernés par un problème de santé mentale était de 45 ans \pm 19 ans, soit plus élevé que l'âge moyen de l'ensemble des patients ayant eu recours à SOS Médecins, tous motifs confondus (33 ans \pm 25 ans). Parmi les personnes ayant eu recours à SOS Médecins pour un problème de santé mentale, les femmes étaient 2,5 fois plus nombreuses que les hommes (contre 1,5 fois plus parmi l'ensemble des consultants, toutes causes confondues).

Comme pour les autres motifs d'appels, peu d'appels liés à un problème de santé mentale ont donné lieu à une hospitalisation : 2,1 % de ces appels ont été suivis d'une hospitalisation d'office, 1,4 % d'une hospitalisation (le patient s'étant rendu à l'hôpital par ses propres moyens), 0,8 % d'un transport médicalisé vers un lieu de soins, 0,3 % transport par ambulance vers un lieu de soins et pour 0,3 %, l'hospitalisation a été refusée. Pour la grande majorité des appels, l'intervention de SOS Médecins a donné lieu à une prescription et à un renvoi vers le médecin de famille.

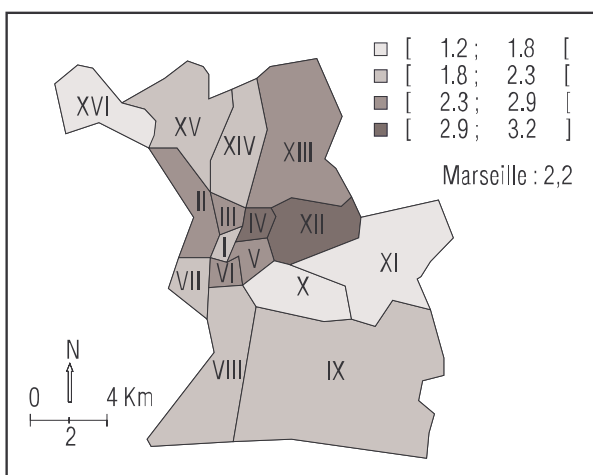
La fréquence des appels à SOS Médecins pour un problème de santé mentale augmente régulièrement à partir de 7 heures du matin et connaît une forte augmentation entre 18 et 21 heures : presque ¼ des appels sont reçus durant ce créneau. A partir de 21 heures, la fréquence diminue jusqu'au matin. Par rapport à l'ensemble des appels, ceux liés à un problème de santé mentale sont plus fréquemment reçus le soir et la nuit, de 20 heures à 2 heures du matin.



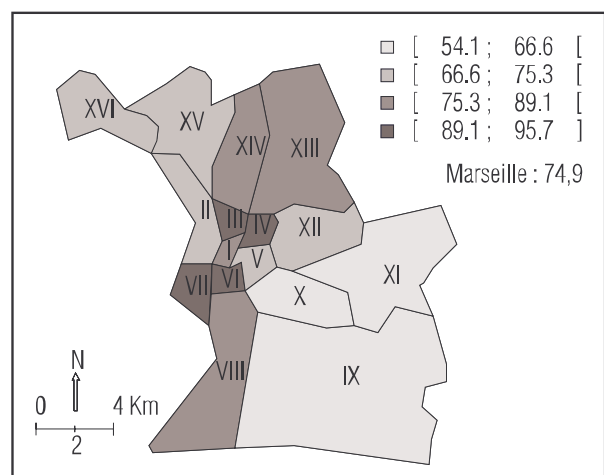
Répartition des appels à SOS Médecins selon l'heure (Marseille, 2005) (en %)
 Source : SOS Médecins – exploitation ORS PACA

Des taux de recours pour problème de santé mentale élevés dans les 12ème et 4ème arrondissements

Dans le 12^{ème} arrondissement et ceux du centre, les taux de recours à SOS Médecins pour un problème de santé mentale sont plus élevés que dans le reste de la commune. Il existe une corrélation positive entre le taux de recours à SOS Médecins pour problème de santé mentale et le taux de recours « toutes causes confondues » (corrélation sur les rangs de Spearman $r=0,61$, $p=0,01$).

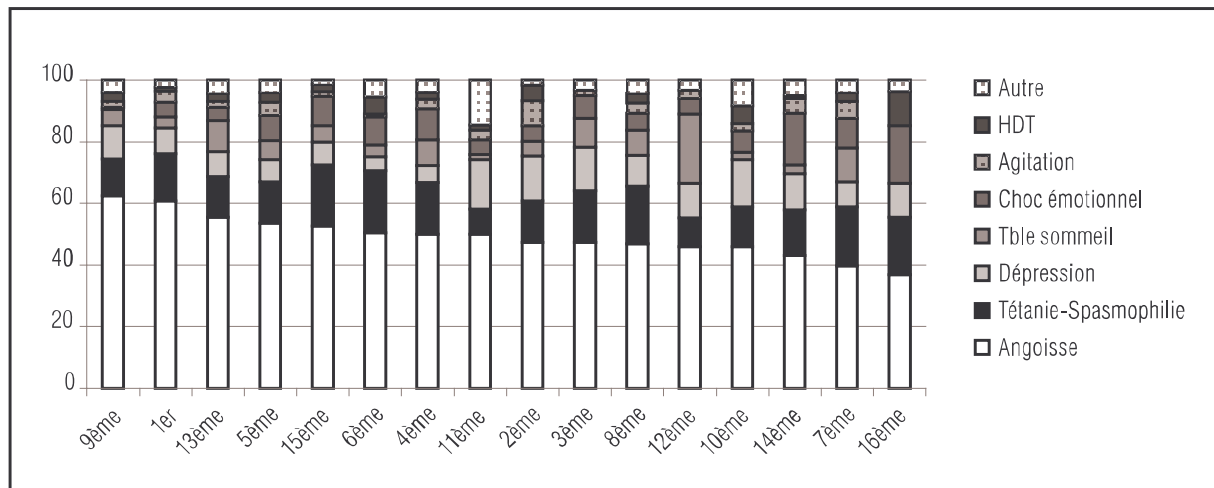


Taux de recours à SOS Médecins pour problème de santé mentale (pour 1000 personnes, RP99)
 Sources : SOS Médecins, INSEE RP99 – exploitation ORS PACA



Taux de recours toutes causes à SOS Médecins (pour 1000 personnes, RP99)
 Sources : SOS Médecins, INSEE RP99 – exploitation ORS PACA

Les types de problèmes de santé mentale motivant l'appel à SOS Médecins varient selon les arrondissements : dans le 12^{ème} arrondissement dans lequel on observe le plus fort taux de recours, les troubles du sommeil sont par exemple plus fréquents que dans les autres arrondissements. Les appels liés à des troubles du sommeil concernent fréquemment des personnes qui, malgré la consommation de médicaments hypnotiques, rencontrent des difficultés pour dormir.



Répartition des motifs d'appels "psychiatriques" selon l'arrondissement en 2005 (en %)

Source : SOS Médecins - exploitation ORS PACA

5.2.4. Activité des médecins généralistes dans le champ de la santé mentale

Les traitements psychotropes retirés dans les pharmacies de ville sont principalement initiés par les médecins généralistes

Méthodologie : bases de remboursement de l'Assurance Maladie

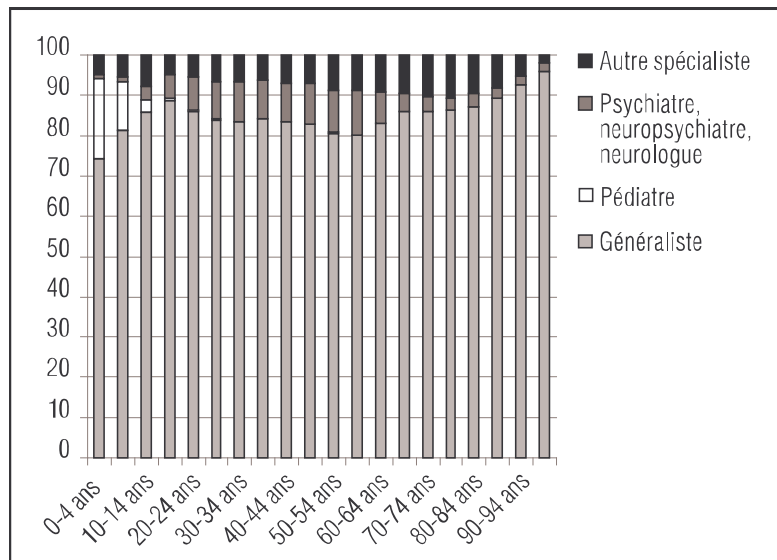
Les données suivantes sont issues des bases de remboursement de pharmacie du régime général *stricto sensu* de l'assurance maladie de 2005. Sont enregistrés les remboursements de médicaments délivrés dans des pharmacies de ville, quel que soit le lieu d'exercice du médecin prescripteur (libéral ou hospitalier). Les médicaments consommés lors d'une hospitalisation et délivrés par la pharmacie de l'hôpital ne sont pas comptabilisés dans ces données.

Un nouveau traitement est un premier remboursement d'anxiolytiques, d'antidépresseurs, d'hypnotiques ou de neuroleptiques en 2005 lorsque l'individu n'en a pas eu pour une même classe thérapeutique au cours des six derniers mois.

L'analyse suivante a pour objectif de mieux connaître la spécialité des médecins qui ont initié des traitements psychotropes délivrés en officine de ville, selon l'âge des patients et le type de traitement. Les données disponibles ne permettent pas d'analyser les initialisations de traitements réalisées lors de séjours hospitaliers dans le secteur public et qui ont donné lieu à une prise médicamenteuse lors du séjour (médicaments délivrés par l'hôpital). Or, ces initialisations sont certainement fréquentes, notamment pour les traitements neuroleptiques (Zarifian, E. 1996) et les traitements hypnotiques ou anxiolytiques, comme le suggère une étude réalisée dans plusieurs services de médecine du CHU Sud de Marseille en 1999. Sur les 91 patients hospitalisés inclus dans l'enquête, 42 (46 %) avaient fait l'objet d'une prescription d'hypnotique ou d'anxiolytique lors de leur séjour. Pour la moitié d'entre eux, il s'agissait d'une simple reconduction de traitements prescrits en ville et pour l'autre moitié, d'une instauration de traitement lors du séjour hospitalier (Villani, P. et al. 2001).

Anxiolytiques : 84 % des initialisations viennent des médecins généralistes

A Marseille, en 2005, 84,5 % des initialisations de traitement par anxiolytiques ont été le fait de médecins généralistes (86,3 % en région PACA) et 8,0 % de psychiatres, neuropsychiatres ou neurologues (4,6 % dans la région). La part des initialisations provenant des médecins généralistes augmentait fortement entre 0-4 ans et 20-24 ans aux dépens de celle provenant des pédiatres, restait à peu près stable jusqu'à 60-64 ans puis augmentait progressivement avec l'âge des patients. La part des initialisations de traitement anxiolytique réalisées par des psychiatres était la plus élevée chez les 25-59 ans.

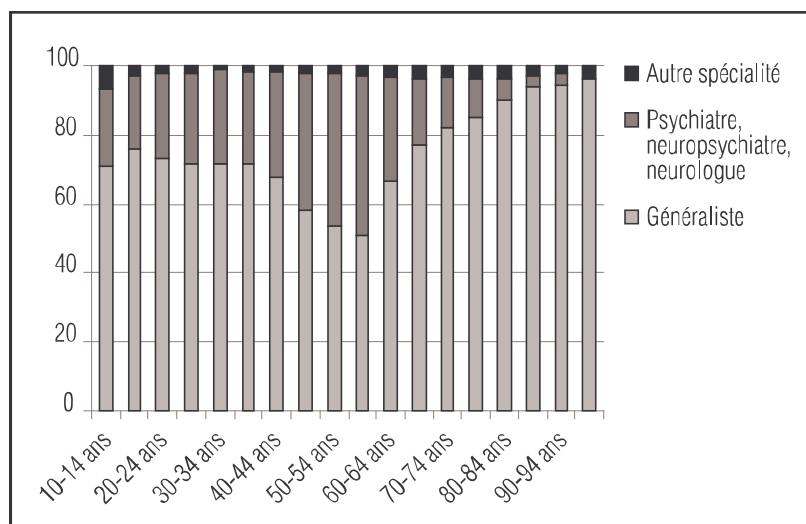


Spécialité du prescripteur lors de l'initialisation d'un traitement anxiolytique suivant l'âge du patient (Marseille, régime général stricto sensu 2005, en pourcentage du nombre d'initialisations) (en %)

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

Hypnotiques : 67 % des initialisations viennent des médecins généralistes, une proportion beaucoup plus élevée chez les personnes âgées

Concernant les hypnotiques, 67,5 % des traitements ont été initialisés par des médecins généralistes (74,9 % en PACA) et 29,8 % par des psychiatres, neuropsychiatres ou neurologues (22,3 % en PACA). Avant 40 ans, environ 70 % des initialisations étaient le fait de médecins généralistes. Cette proportion diminuait ensuite jusqu'à 60-64 ans (50 %) puis augmentait fortement avec l'âge.



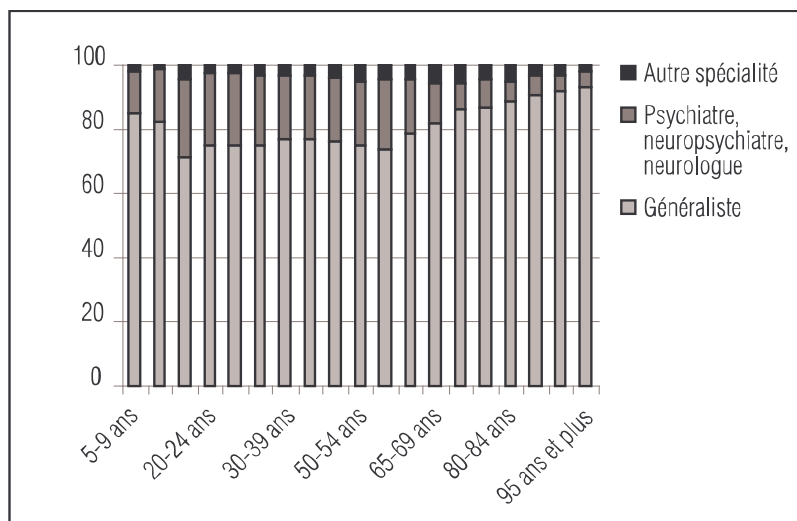
Spécialité du prescripteur lors de l'initialisation d'un traitement hypnotique suivant l'âge du patient (Marseille, régime général stricto sensu 2005, en pourcentage du nombre d'initialisations) (en %)

N.B : les résultats obtenus chez les 0-4 ans et les 5-9 ans ne sont pas représentés en raison de la faiblesse du nombre d'initialisations (respectivement 13 et 27).

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

Antidépresseurs : 78 % des initialisations viennent des médecins généralistes

Concernant les traitements antidépresseurs, 78,3 % des initialisations provenaient d'un médecin généraliste (83,5 % en région) et 17,8 % d'un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue (9,9 % en région). Après un pic entre 5 et 14 ans, la part des initialisations provenant d'un généraliste restait à peu près stable jusqu'à 55-59 ans puis augmentait avec l'âge, tandis que celle provenant des psychiatres, neuropsychiatres ou neurologues suivait une évolution contraire.



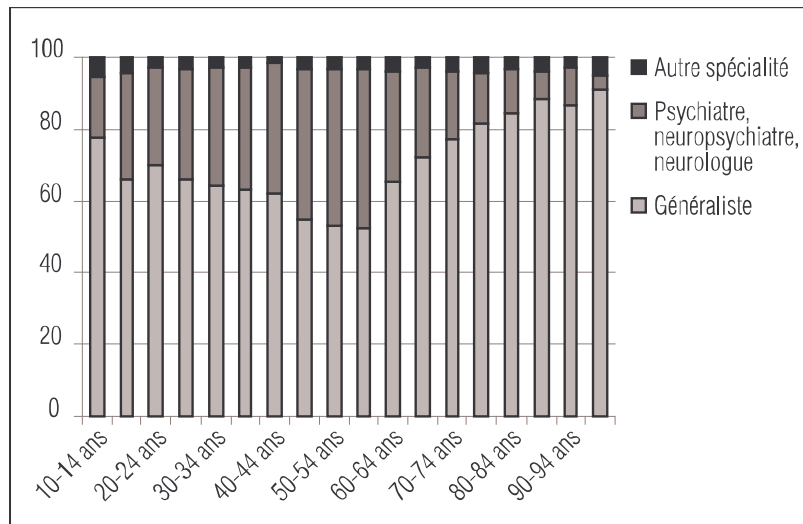
Spécialité du prescripteur lors de l'initialisation d'un traitement antidépresseur suivant l'âge du patient (Marseille, régime général stricto sensu 2005, en pourcentage du nombre d'initialisations) (en %)

N.B : les résultats obtenus chez les 0-4 ans ne sont pas représentés en raison de la faiblesse du nombre d'initialisations (28).

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

Neuroleptiques : 66 % des initialisations viennent des médecins généralistes, une proportion beaucoup plus élevée chez les personnes âgées

A Marseille, 66,0 % des traitements neuroleptiques retirés en pharmacie de ville ont été initialisés par des médecins généralistes (71,5 % en PACA) et 30,9 % par des psychiatres, neuropsychiatres ou neurologues (24,7 % en PACA). La part des initialisations venant des médecins généralistes diminuait progressivement avec l'âge jusqu'à 55-59 ans puis augmentait rapidement avec l'âge.



Spécialité du prescripteur lors de l'initialisation d'un traitement neuroleptique suivant l'âge du patient (Marseille, régime général stricto sensu 2005, en pourcentage du nombre d'initialisations)

N.B : les résultats obtenus chez les 0-4 ans et les 5-9 ans ne sont pas représentés en raison de la faiblesse du nombre d'initialisations (respectivement 14 et 31).

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

Quelle que soit la classe thérapeutique, la part des initialisations prescrites par un médecin généraliste est plus faible à Marseille que dans la région, contrairement à celle provenant des psychiatres. Ceci est très probablement lié à l'importance de l'offre de soins en psychiatrie à Marseille, notamment en psychiatrie de ville.

Ces résultats confirment ce qui a déjà été montré par ailleurs : une part très majoritaire des traitements psychotropes est le fait de médecins généralistes et cette part est d'autant plus importante que les patients sont âgés. La prescription massive de psychotropes et notamment de benzodiazépines chez les personnes âgées représente un problème de santé publique compte tenu des effets secondaires importants de ces médicaments (risques de chutes et de fractures notamment).

Méthodologie : enquête sur les recours « en urgence » à la médecine générale de ville

La Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé (FNORS) et les ORS, sous l'égide de la Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (DREES), ont réalisé une enquête destinée à mieux connaître les circonstances, trajectoires, motifs et déterminants des recours « en urgence » à la médecine générale de ville. Cette enquête d'une semaine a été menée en France en octobre 2004 auprès d'un échantillon de médecins généralistes et a fait l'objet d'une extension à Marseille en janvier 2005, à la demande et avec le soutien de la ville de Marseille.

Chaque médecin participant devait remplir un questionnaire le concernant ainsi qu'un questionnaire pour chacun des patients l'ayant consulté en « urgence » durant la semaine de l'enquête.

Au total, 61 médecins de Marseille ont participé à cette enquête et ont envoyé 889 questionnaires « patient ».

Deux qualifications des actes urgents ont été retenues dans l'enquête :

- les demandes de soins en dehors des heures habituelles d'ouverture des cabinets médicaux qu'elles aient lieu ou non pendant une garde ou une astreinte,
- les demandes de soins pendant les heures d'ouverture des cabinets : celles-ci comportent les demandes « urgentes » émanant des patients (urgences ressenties) ainsi que les urgences découvertes ou diagnostiquées par les médecins (urgences avérées).

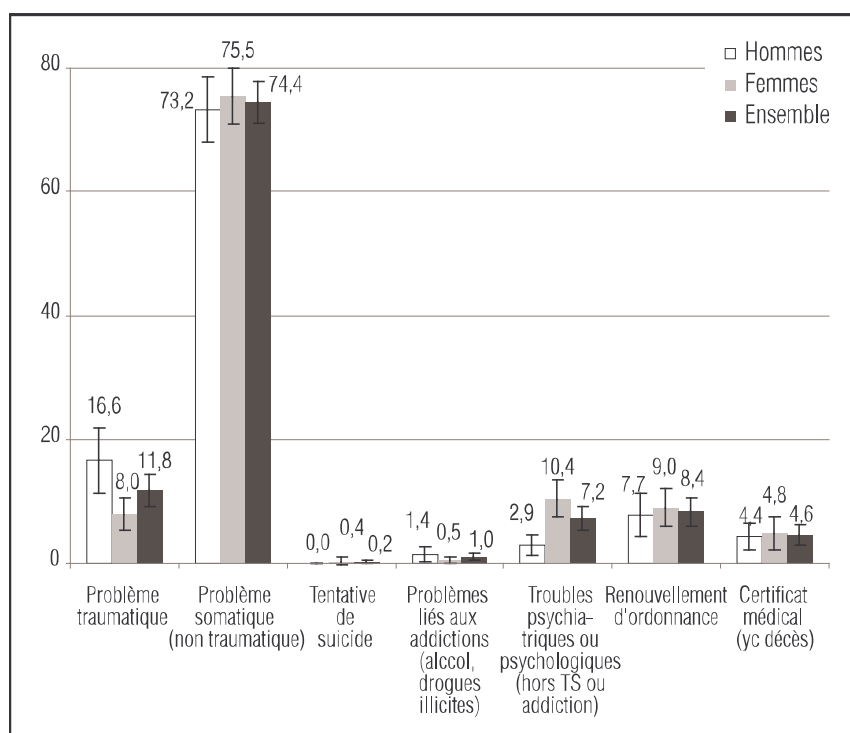
7,2 % des recours en urgence en médecine générale de ville liés à des troubles psychiatriques ou psychologiques à Marseille

Les troubles psychiatriques ou psychologiques représentaient 7,2 % des recours en urgence (consultations et visites) auprès des médecins généralistes. Ces troubles représentaient le deuxième motif de recours en urgence (10,4 %) après les problèmes somatiques chez les femmes et seulement le cinquième motif chez les hommes (2,9 % des recours).

Les tentatives de suicide et les problèmes liés aux addictions (alcool, drogues illicites) représentaient respectivement 0,7 % et 1,2 % des recours en urgence auprès des médecins généralistes tous sexes confondus.

Les recours pour motifs psychologiques étaient plus fréquents chez les 18-59 ans (9,7 %) que dans les autres groupes d'âge : 1,4 % chez les moins de 18 ans et 5,7 % chez les 60 ans ou plus.

A Marseille, la fréquence des recours en urgence liés à un problème de santé mentale variait significativement selon l'arrondissement de résidence des patients : 9 % des patients du centre ville ont consulté pour un problème de santé mentale contre 3,5 % des patients résidant dans les quartiers Nord.



Répartition des motifs de consultation ou de visite en urgence auprès d'un médecin généraliste selon le sexe du patient et intervalle de confiance à 95 %

Source : enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale (DREES, 2004), extension Marseille – exploitation ORS PACA

Pour chaque recours en urgence, le médecin était tenu de préciser le diagnostic principal parmi l'ensemble des motifs du recours. La psychiatrie et la toxicomanie représentaient 6,4 % des diagnostics principaux établis par les médecins lors des consultations ou des visites. Les patients ayant eu recours pour ce motif étaient principalement des femmes (71,3 %) et étaient en moyenne âgés de 42,2 ans. Les tranches d'âge les plus concernées par ces catégories diagnostiques étaient les 25-44 ans (9,2 %) et les 45-69 ans (9,8 %).

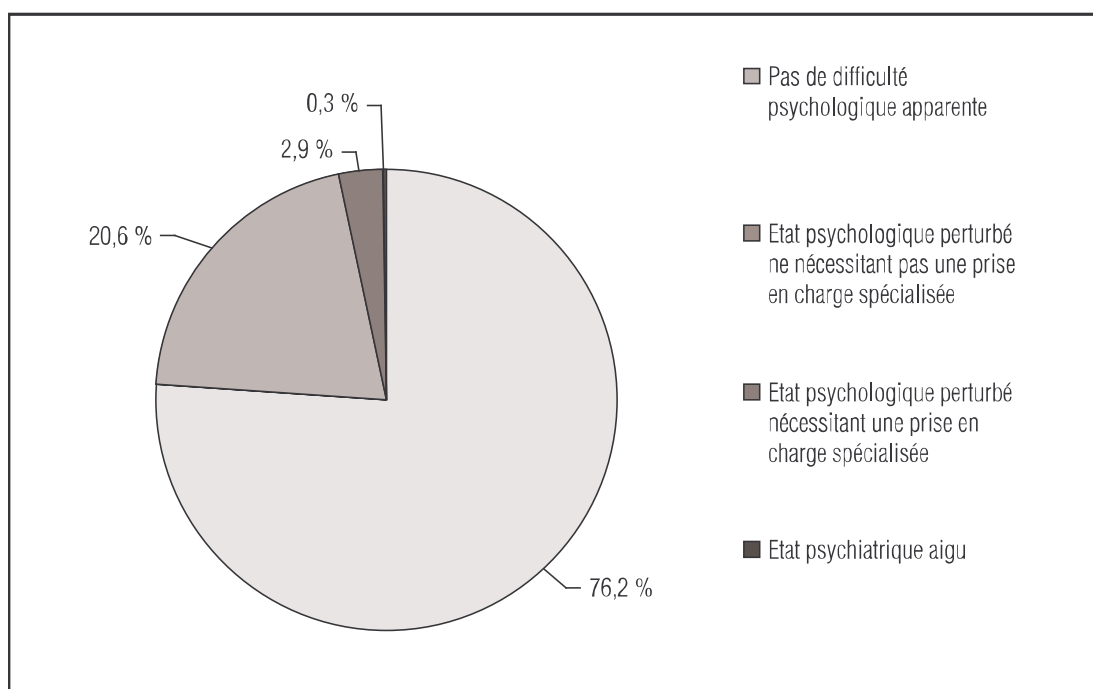
Répartition du diagnostic principal suivant l'âge des patients (en %)						
	Ensemble	0-12 ans	13-24 ans	25-44 ans	45-69 ans	70 ans et +
Infectiologie	24,3	38,9	22,5	21,3	21,6	20,5
ORL, stomatologie	12,8	22,5	14,9	15,4	10,8	2,7
Hépto-gastro-entérologie	11,6	18,0	23,8	9,3	9,4	3,6
Traumatologie	9,5	1,3	16,9	12,3	7,9	11,4
Pneumologie	9,2	14,2	2,9	7,4	8,2	12,6
Cardiovasculaire	8,1	0,0	1,8	5,7	7,9	23,3
Psychiatrie, toxicomanie	6,4	0,0	4,1	9,2	9,8	4,7
Rhumatologie	5,1	0,0	1,3	2,8	8,0	10,0
Urologie, appareil génital	3,9	2,8	2,6	3,1	6,2	2,8
Dermatologie	2,2	1,0	1,2	4,1	1,8	1,9
Neurologie	2,0	0,0	1,7	2,6	1,9	3,5
Endocrinologie métabolique	1,9	0,0	0,5	0,8	5,5	0,0
Pathologie sociale et médico-légale	1,5	0,0	4,4	2,0	0,6	2,1
Toxicologie, agents physiques, allergie	0,8	1,2	0,0	1,9	0,6	0,0
Obstétrique	0,5	0,0	0,9	1,5	0,0	0,0
Hématologie	0,3	0,0	0,5	0,6	0,0	0,6

Source : enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale (DREES, 2004), extension Marseille – exploitation ORS PACA

Près d'un quart des patients ayant eu un recours en urgence en médecine générale de ville était dans un état psychologique perturbé

Au-delà des recours spécifiques pour un problème de santé mentale, les troubles psychologiques étaient fréquents chez les patients ayant eu recours en urgence au médecin généraliste : 23,5 % des patients étaient dans un état psychologique perturbé mais seuls 3 % nécessitaient une prise en charge spécialisée d'après le médecin.

Les femmes étaient significativement plus nombreuses à présenter un état psychologique perturbé (nécessitant ou non une prise en charge spécialisée) : 28,2 % contre 18,6 % des hommes.



Répartition du degré d'urgence psychologique ou psychiatrique

Source : enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale (DREES, 2004), extension Marseille – exploitation ORS PACA

Des consultations plus longues pour les patients étant dans un état psychologique ou psychiatrique perturbé

En moyenne, tous motifs de recours confondu, la durée d'une consultation ou visite en urgence d'un médecin généraliste était de 18 minutes et variait de façon significative en fonction de l'état psychologique et psychiatrique du patient : de 16,5 minutes quand le patient ne présentait pas de difficulté psychologique ou psychiatrique apparente, à 21,7 minutes en cas d'état psychologique perturbé ne nécessitant pas une prise en charge spécialisée et 23,1 minutes quand une prise en charge spécialisée était nécessaire.

La durée moyenne de consultation était de 23 minutes quand le diagnostic principal établi par le médecin était la psychiatrie ou la toxicomanie.

5.3. Recours aux psychiatres

Contexte national

Parallèlement à l'augmentation du recours aux soins dans les secteurs de psychiatrie, un accroissement du recours aux soins en santé mentale « de ville » est également observé. Entre 1992 et 2001, le nombre de consultations de psychiatres de ville aurait ainsi augmenté de 19 % (Cases, C. et al. 2004b).

En 2000, 5 % des Français ont déclaré avoir consulté un psychiatre, psychanalyste ou psychologue dans l'année, avec une prédominance féminine significative (5,8 % contre 3,5 %) (Arwidson, P. et al. 2001). D'une manière générale, les personnes qui ont recours à ces professionnels souffrent plus que les autres de troubles psychiques mais aussi d'autres pathologies non psychiques et vivent fréquemment des situations de célibat et de rupture affective. Globalement, les personnes ayant un niveau scolaire élevé et les cadres ont plus recours à ce type de soins que les autres mais le « profil » des patients diffère selon le type de professionnel consulté (Arwidson, P. et al. 2001; Chapiro, F. 2006). Par exemple, les psychiatres reçoivent principalement des adultes rencontrant des difficultés sur le marché de l'emploi, mais avec des caractéristiques assez diversifiées du point de vue socioprofessionnel (pas de différence entre les cadres et les autres catégories), sans doute en raison du remboursement des consultations de psychiatres par la Sécurité sociale. La clientèle des psychologues est quant à elle composée pour moitié de jeunes de moins de 20 ans, qui présentent souvent des troubles psychiques et physiologiques associés (Chapiro, F. 2006). Le recours aux soins spécialisés en santé mentale est aussi influencé par les représentations des individus sur la santé mentale. Par exemple, les femmes et les personnes ayant fait des études supérieures ont une meilleure connaissance des possibilités de soins et une plus grande confiance dans l'efficacité des traitements ou les possibilités de guérison (Anguis, M. et al. 2001).

Seule une faible part des personnes souffrant de troubles de santé mentale a recours à des soins spécialisés. L'enquête du Baromètre Santé réalisée en 2005 montre en effet que parmi les 7,8 % de la population adulte ayant eu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois, seuls 38,3 % ont déclaré avoir consulté pour raison de santé mentale au cours de l'année (Lambooy, B. 2006). Les professionnels les plus consultés étaient les médecins généralistes (21,1 %) et les psychiatres (13,3 %), loin devant les psychologues et les structures de soins tels que les centres médico-psychologiques. Parmi les personnes dépressives, les hommes, les jeunes et les personnes âgées ont moins recours aux soins pour un problème de santé mentale que le reste de la population (Lambooy, B. 2006).

Faits marquants

- A Marseille, les seules données disponibles sur le recours aux psychiatres sont issues des bases de remboursement du régime général de l'assurance maladie. Elles ne prennent en compte que les consultations et visites de médecins spécialisés en psychiatrie générale ou en neuropsychiatrie, exerçant dans le secteur privé. Les consultations réalisées dans les centres médico-psychologiques ou en ambulatoire à l'hôpital public ne sont pas comptabilisées dans ces données.
- En 2005, 6 % des femmes et 2 % des hommes habitant Marseille ont consulté au moins une fois un psychiatre libéral. Les proportions standardisées sur l'âge étaient plus élevées que dans le département, la région et d'autres grandes villes régionales comme Nice ou Toulon. En moyenne, les patients ont consulté 10 fois dans l'année.
- Les recours étaient les plus fréquents entre 55 et 59 ans (8 % des consultants et 12 % des consultantes) et chez les personnes atteintes d'une affection de longue durée (taux de recours multiplié par 2 par rapport au reste de la population). Ceci s'explique sans doute en partie par le fait que pour certaines d'entre elles, l'affection de longue durée était liée à une affection psychiatrique¹⁵. Par contre, le recours à ces spécialistes était légèrement plus faible parmi les bénéficiaires de la couverture maladie complémentaire. La part de bénéficiaires de la CMUC est particulièrement élevée dans les arrondissements du centre et du nord de la commune (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 14^{ème} et 15^{ème}), arrondissements pour la plupart faiblement dotés en psychiatres libéraux. La répartition de l'offre de soins, pourrait, avec d'autres facteurs (dépassement d'honoraires...) expliquer le moindre recours aux psychiatres libéraux des bénéficiaires de la CMUC.
- Au sein de la commune, les habitants du centre ville et du sud sont plus nombreux à consulter un psychiatre libéral que les autres. Le taux de recours par arrondissement est d'autant plus élevé que la densité de psychiatres libéraux et la part d'habitants en ALD augmentent ; il est par contre plus faible dans les arrondissements les plus précaires.

¹⁵ Les données disponibles ne permettent pas de distinguer les ALD liées à un troubles psychiatriques de celles liées à un autre type de pathologie.

Méthodologie : base de remboursement de l'Assurance Maladie

Les données présentées ci-après proviennent des bases de remboursement d'actes du régime général *stricto sensu* de l'assurance maladie de 2005 fournies par l'URCAM.

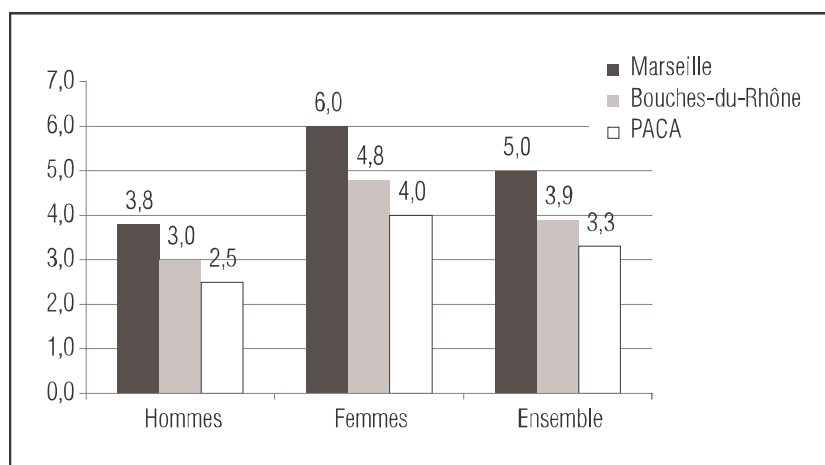
Les actes pris en compte dans cette étude sont les consultations et visites de médecins spécialisés en psychiatrie générale ou en neuro psychiatrie, exerçant dans le secteur privé, en milieu hospitalier ou non. Parmi l'ensemble des actes enregistrés, la grande majorité a été réalisée par des médecins exerçant en milieu non hospitalier. Par exemple, à Marseille, en 2005, sur les 458 659 actes enregistrés, 91 % ont été réalisés par des médecins non hospitaliers.

Ces données ne prennent donc pas en compte les consultations réalisées dans les Centres médico-psychologiques ou en ambulatoire à l'hôpital public.

Le taux comparatif ou standardisé est le taux que l'on observerait si la population avait la même structure par âge que la population de référence (ici : France métropolitaine, 1999, deux sexes, classes d'âge décennales 0-4 ans, 5-14 ans... 95 ans et plus). Il permet de comparer les taux de deux zones géographiques ou les taux masculins et féminins en éliminant les effets liés à l'âge.

En 2005, 5,8 % femmes et 3,7 % des hommes ont consulté au moins une fois un psychiatre libéral à Marseille

En 2005, 5,8 % des femmes et 3,7 % des hommes assurés du régime général résidant à Marseille ont eu au moins un recours à un psychiatre libéral (taux bruts). Les proportions standardisées étaient supérieures à celles observées au niveau du département et de la région, probablement en raison de l'importante offre de soins existant dans cette discipline à Marseille. La densité de psychiatres libéraux est en effet 3 fois plus élevée à Marseille qu'en France et 2 fois plus élevée que dans la région. La part de la population ayant eu recours aux psychiatres était également légèrement plus élevée à Marseille que dans d'autres grandes villes de la région comme Nice ou Toulon (environ 4 %), où la densité de psychiatres est probablement aussi très élevée.



Proportions standardisées d'assurés ayant eu au moins un recours à un psychiatre libéral en 2005 (régime général stricto sensu) (en %)

(population de référence : France métropolitaine, 1999, classes d'âge décennales 0-4 ans, 5-14 ans... 95 ans et +)

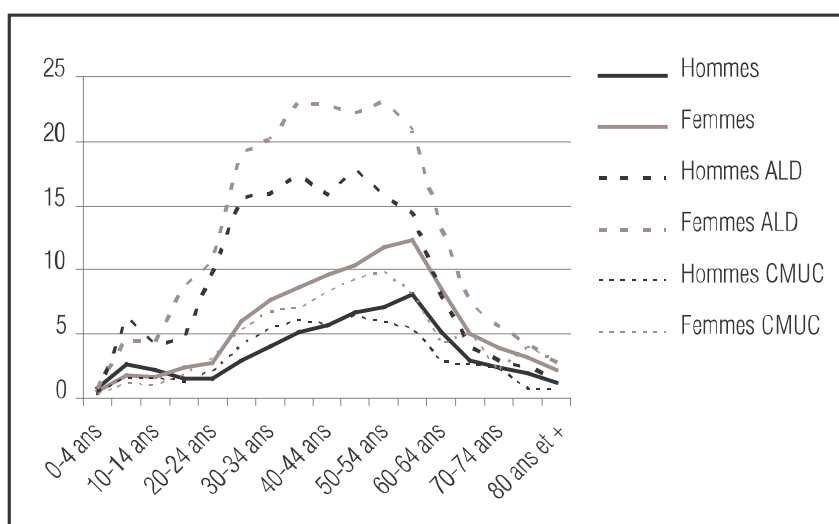
Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

Un recours plus fréquent entre 55 et 59 ans et chez les personnes atteintes d'une affection de longue durée

Dans la population générale, la part d'assurés ayant eu recours à un psychiatre libéral augmentait avec l'âge jusqu'à 55-59 ans et concernait 8,1 % des hommes et 12,3 % des femmes de cette tranche d'âge (taux bruts).

Globalement, le recours au psychiatre était 2 fois plus fréquent pour les personnes atteintes d'une ALD (proportion standardisée : 11,9 %) que dans la population générale (5,0 %). Parmi les personnes ayant une ALD, le recours à un psychiatre libéral était très fréquent entre 25 et 59 ans : plus de 15 % des hommes et plus de 25 % des femmes de cette tranche d'âge ont eu recours au moins une fois à un psychiatre libéral en 2005. Ceci s'explique sans doute par le fait que certaines personnes sont exonérées du ticket modérateur en raison d'une affection psychiatrique.

Le recours à un psychiatre était en revanche légèrement moins fréquent parmi les bénéficiaires de la CMUC (proportion standardisée : 4,4 %) que dans la population générale (5,0 %).



Part des assurés ayant eu au moins un recours à un psychiatre libéral selon l'âge en % (Marseille, régime général stricto sensu, 2005)

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

Des recours au psychiatre libéral plus fréquents chez les habitants du centre et du sud de la commune

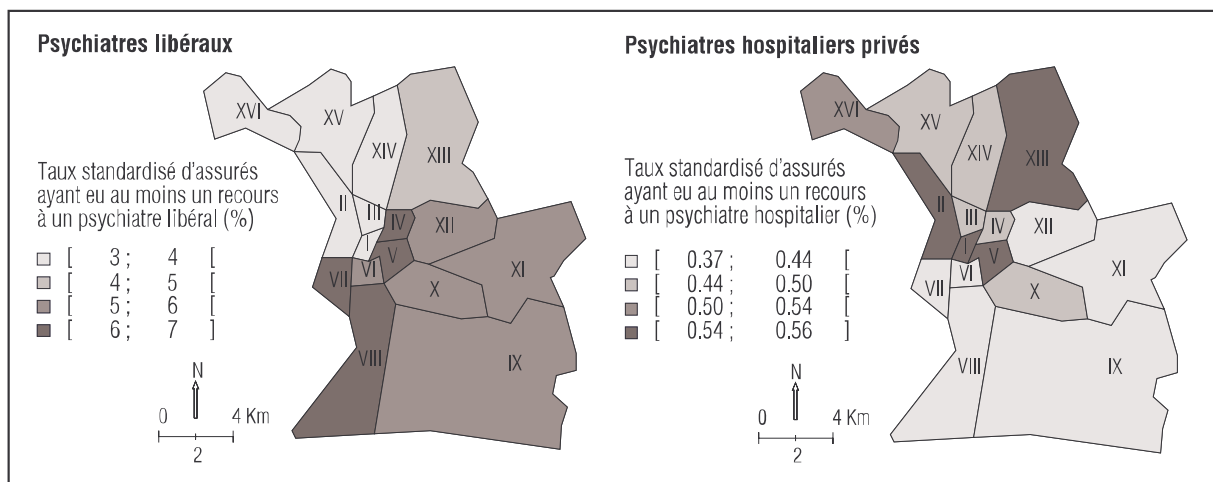
Au sein de la commune de Marseille, les taux de recours à un psychiatre libéral étaient plus faibles dans les arrondissements du nord-ouest (1^e, 2^e, 3^e, 14^e, 15^e et 16^e) et plus élevés dans le centre et le sud-ouest.

Le taux de recours à un psychiatre libéral était significativement négativement corrélé à l'indice de précarité¹⁶ : c'est dans les arrondissements les plus aisés que le recours aux psychiatres libéraux était le plus fréquent (corrélation de Spearman : $r=-0,93$, $p<0,000$). Ce taux de recours était positivement corrélé

¹⁶ L'indicateur du niveau de précarité utilisé dans cette analyse est un indice synthétique construit à partir d'une analyse en composantes principales réalisée avec les variables suivantes : pourcentages de familles monoparentales, de chômeurs, d'autres personnes sans activité, d'employés, d'ouvriers, de travailleurs indépendants et d'habitations à loyer modéré (données du recensement de la population 1999).

à la densité de psychiatres libéraux ($r=0,67$, $p=0,004$) et à la part d'habitants atteints d'une affection de longue durée ($r=0,61$, $p=0,011$).

Le taux de recours aux psychiatres hospitaliers privés (salariés des cliniques) ne variait pas de la même façon au sein de la commune : plus élevé dans les arrondissements du centre et dans le 13^{ème}, il était en revanche plus faible dans les arrondissements du sud de la commune. La corrélation avec l'indice de précarité était positive mais non statistiquement significative. Le taux de recours aux psychiatres hospitaliers privés était positivement corrélé aux taux « d'incidence » et de « prévalence » des traitements par neuroleptiques ($r=0,79$, $p<0,00$ et $r=0,78$, $p=0,001$). Le recours aux psychiatres hospitaliers salariés n'était pas significativement corrélé à la densité de psychiatres.



Proportions standardisées d'assurés ayant eu au moins un recours à un psychiatre à Marseille en 2005 en % (régime général stricto sensu)
 (population de référence : France métropolitaine, 1999, classes d'âge décennales 0-4 ans, 5-14 ans...95 ans et +)
 Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

Chez les personnes qui consultent un psychiatre libéral, le nombre moyen de recours annuel est de 10

Le nombre annuel moyen de recours à un psychiatre libéral (parmi les assurés ayant consulté au moins une fois) s'élevait à 9,9 en 2005 dans la population générale de Marseille (nombre annuel moyen brut). Le nombre annuel moyen standardisé est légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (respectivement 8,6 et 8,3).

Le nombre annuel moyen standardisé de recours à un psychiatre était plus élevé dans la population en ALD (11,4) que dans la population générale (8,5). Parmi les bénéficiaires de la CMUC il était proche de celui observé dans la population générale.

Le nombre moyen de recours en 2005 était particulièrement élevé entre 25 et 59 ans pour toutes les catégories de population.

Comme pour le taux de recours à un psychiatre libéral, le nombre annuel moyen de recours à un psychiatre libéral était plus faible dans les arrondissements du nord-ouest de la ville et plus élevé dans le centre et le sud-ouest. Il était également inversement corrélé à l'indice de précarité de l'arrondissement ($r=-0,64$, $p=0,008$) et positivement corrélé à la densité de psychiatres libéraux ($r=0,89$, $p<0,000$).

5.4. Consommation de psychotropes et dosages de lithémie

Contexte national

Les médicaments psychotropes sont un ensemble hétérogène de molécules qui ont pour point commun de proposer une réponse chimique à un trouble du psychisme. En dépit de controverses répétées, il est possible de tenir pour acquise la classification des psychotropes en quatre groupes : anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs et neuroleptiques. Si les schémas de diagnostic et de prescription n'étaient pas dans les faits aussi diversifiés, chacune de ces classes pourrait couvrir un champ thérapeutique qui pourrait être ramené de manière purement formelle aux correspondances suivantes : anxiété pour les anxiolytiques, troubles du sommeil pour les hypnotiques, états dépressifs pour les antidépresseurs et psychoses pour les neuroleptiques (Le Moigne, P. 2004b).

Niveaux de consommation en France et disparités régionales et départementales

Selon la mesure de comptage retenue (vente à l'unité, chiffre d'affaires, prescription), les psychotropes se placent entre le 2^{ème} et le 10^{ème} rang des médicaments les plus consommés dans les pays occidentaux. Les anxiolytiques et les hypnotiques sont les plus prescrits (Le Moigne, P. 2004b). La France serait au 1^{er} rang européen des pays consommateurs de médicaments psychotropes, sachant que dans ce pays, la consommation de médicaments est globalement plus élevée que dans les pays voisins, quelle que soit la classe thérapeutique considérée (Zarifian, E. 1996). Entre 1970 et 1990, le nombre annuel de médicaments psychotropes consommés aurait plus que doublé (Le Moigne, P. 2004a). Entre 1990 et 1994, l'évolution globale des ventes de psychotropes (en nombre de boîtes vendues) a connu une légère augmentation, masquant des disparités selon le type de psychotrope : si les ventes d'anxiolytiques ont connu une légère diminution et celles d'hypnotiques et de neuroleptiques sont restées stables, les ventes d'antidépresseurs ont fortement augmenté (Zarifian, E. 1996). Entre 1980 et 2001, les ventes d'antidépresseurs ont, en euros constants, été multipliées par 6,7. Bien que les prix aient également augmenté sur cette période, la croissance des ventes semble avant tout due à une augmentation des volumes prescrits (Amar, E. et al. 2004).

L'enquête européenne ESEMed réalisée entre 2001 et 2003 dans six pays européens dont la France, a confirmé la forte consommation de psychotropes dans notre pays (Gasquet, I. et al. 2005). Lors de cette enquête, 21 % des Français (âgés de plus de 18 ans et non institutionnalisés) ont déclaré avoir pris au moins un médicament psychotrope dans l'année contre 12 % en moyenne dans l'ensemble des 6 pays européens ayant participé. La France appartenait au groupe de tête avec l'Espagne, l'Italie et la Belgique, où les prévalences de consommation de psychotrope dans l'année étaient 2 fois plus importantes que dans les pays les moins consommateurs (Allemagne : 6 % ; Pays-Bas : 7 %). Ces différences pourraient être expliquées par des différences de prévalence des troubles mentaux, de recours aux soins en général et aux soins en santé mentale en particulier ou à des variations des normes de prescription, de délivrance, de remboursement et de consommation des médicaments psychotropes (Alonso, J. et al. 2004). Les prévalences observées en France étaient plus élevées que dans l'ensemble des six pays ayant participé à l'enquête pour toutes les classes thérapeutiques sauf les antipsychotiques. Selon cette enquête, 18,6 % de la population française avaient consommé un anxiolytique ou un hypnotique dans l'année, 6 % un antidépresseur et 0,8 % un antipsychotique. Les durées de traitements étaient systématiquement plus courtes en France à l'exception des antipsychotiques pour lesquels elle était plus élevée. La consommation plus importante d'anxiolytiques ou d'hypnotiques en France s'expliquait, en

bonne partie, par un usage ponctuel plus fréquent. L'usage de psychotropes augmentait avec l'âge et était globalement 2 fois plus élevé chez les femmes. Seuls les usages d'antidépresseurs et d'anxiolytiques ou hypnotiques étaient plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. A sexe et âge identique, la part de consommateurs de psychotropes était plus élevée chez les personnes précédemment mariées, vivant seules, ayant suivi des études supérieures, vivant en milieu urbain ou sans emploi rémunéré, en France comme dans l'ensemble des six pays européens faisant partie de l'enquête.

Une enquête réalisée à partir des bases de remboursement de l'assurance maladie en 2000 en France permet une analyse des disparités régionales et départementales de la consommation de psychotropes. Selon ses résultats, près d'un quart de la population protégée par le régime général *stricto sensu* avait bénéficié du remboursement d'au moins un médicament psychotrope. Les anxiolytiques étaient les plus délivrés (17,4 %), suivis des antidépresseurs (9,7 %), des hypnotiques (8,8 %) et des neuroleptiques (2,7 %) (Lecadet, J. et al. 2003a). Selon les régions françaises, les taux standardisés de consommateurs de psychotropes variaient de 22,6 % à 28,2 %. La région PACA se situait au 6^{ème} rang des régions ayant les taux les plus élevés, derrière le Limousin, la Corse et les régions situées dans le Nord de la France. Quel que soit le type de psychotrope, les taux de consommateurs en PACA étaient parmi les plus élevés en France. Au sein de la région PACA, il existait de fortes disparités selon les départements. Hormis pour les neuroleptiques, le département des Bouches-du-Rhône se situait toujours parmi les départements français où les taux de consommateurs étaient les plus élevés. Pour les antidépresseurs, le taux de consommateurs était également élevé dans les Alpes-Maritimes. Selon les connaissances actuelles, plusieurs facteurs pourraient participer à ces disparités géographiques et en particulier la précarité professionnelle et financière, l'environnement de travail, l'offre de soins (Lecadet, J. et al. 2003b).

Quels sont les principaux facteurs explicatifs de la situation française ?

Le rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé sur le bon usage des médicaments psychotropes réalisé en 2006 analyse la situation française et met en avant les facteurs qui pourraient expliquer niveau de prescription des médicaments psychotropes particulièrement élevé en France par rapport aux autres pays européens, mais aussi ceux qui ne peuvent pas l'expliquer. Ainsi, ni les différences de cadre juridique (cadre réglementaire de prescription, encadrement des activités promotionnelles des laboratoires), de modalités de remboursement, de fréquence des troubles psychiatriques ne sauraient expliquer les disparités de consommation au sein des états membres de l'Union Européenne.

La consommation élevée des médicaments psychotropes en France n'est pas non plus explicable par une prise en charge plus adéquate des troubles psychiatriques dans notre pays par rapport à celle observée dans les autres pays européens. Ainsi, les recommandations de bonnes pratiques concernant les durées de prescription et les indications des traitements sont peu respectées (Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé 2006). L'enquête européenne ESEMeD réalisée entre 2001 et 2003 a montré que parmi les personnes ayant consommé des antidépresseurs au cours des 12 derniers mois, 31 % avaient présenté un trouble dépressif durant cette période (64 % au cours de la vie), 27 % un trouble anxieux (50 % au cours de la vie) et 56 % n'avaient présenté aucun trouble (dépressif, anxieux ou lié à l'alcool) durant l'année (20 % au cours de la vie), selon le CIDJ. Parmi les usagers d'anxiolytiques ou d'hypnotiques, 16 % avaient présenté un trouble dépressif au cours de l'année (39 %

au cours de la vie), 22 % un trouble anxieux (37 % au cours de la vie) et 68 % n'ont présenté aucun trouble durant l'année (46 % durant la vie) (Gasquet, I. et al. 2005).

Une étude réalisée auprès du panel de médecins généralistes libéraux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur s'est intéressée à l'adéquation entre le diagnostic posé par le médecin et l'état de santé mentale du patient évalué par questionnaire au moment de l'initialisation d'un traitement antidépresseur ou anxiolytique. Elle a montré qu'il existait à la fois un sur- et un sous-diagnostic de l'épisode dépressif majeur (EDM) en médecine générale. En effet, parmi les patients diagnostiqués comme souffrant d'un EDM par les médecins et pour lesquels un traitement antidépresseur avait été initié, 62 % ne souffraient pas d'un EDM selon le questionnaire CIDI-SA. A l'inverse, 31 % des cas probables d'EDM établis par le CIDI-SA n'ont pas été identifiés par les médecins et ont donné lieu à la prescription d'un anxiolytique. Les cas d'EDM repérés en excès par les médecins correspondent à des patients ayant des signes manifestes de souffrance psychique et de retentissement fonctionnel et qui souffrent probablement de troubles anxieux et/ou de dépression mineure. Ces résultats suggèrent que le sur-diagnostic de l'EDM pourrait contribuer à une augmentation non justifiée des prescriptions d'antidépresseurs alors que dans le même temps, une partie importante des patients souffrant réellement d'un EDM n'est pas prise en charge. Le diagnostic de l'EDM et celui de la comorbidité psychiatrique ne sont cependant pas simples. L'EDM comporte une dimension anxieuse qui peut perturber le médecin ; les symptômes dépressifs ne sont pas toujours au premier plan ni exprimés par les patients ; la démarcation entre EDM et dépression mineure n'est pas évidente, la présence d'un trouble anxieux comorbide ne facilite pas l'approche diagnostique. L'amélioration de la formation initiale et continue des médecins, l'utilisation d'outils d'aide au diagnostic adaptés à leur pratique et la facilitation de pratiques en réseau avec les spécialistes font partie des pistes à développer ou à tester en France pour améliorer la prise en charge de l'EDM (Verger, P. et al. 2006).

Les facteurs explicatifs du niveau de consommation des médicaments psychotropes en France paraissent ainsi relever de la conjonction de multiples facteurs qui, considérés isolément, ont probablement une contribution modeste, mais dont la sommation, dans le contexte de régulation trop passive qui caractérise notre pays, peut générer l'excès observé : consommation de médicaments globalement élevée ; paiement à l'acte favorisant la prescription de médicaments, plus économe en temps qu'une autre approche, pour des symptômes psychiatriques atténués ou des difficultés existentielles ; formations médicale initiale et continue notoirement insuffisantes ou essentiellement assurée par l'industrie pharmaceutique ; diffusion et évaluation de l'application des recommandations de bonnes pratiques également insuffisantes (Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé 2006).

Faits marquants

- Les données suivantes sont issues des bases de remboursement de l'assurance maladie et ne concernent que la consommation médicamenteuse ambulatoire (consommation lors des séjours hospitaliers dans le secteur public non prise en compte). Les indicateurs construits à partir de ces données ne sont pas des indicateurs de morbidité psychiatrique mais des indicateurs indirects des prescriptions médicales. Il ne s'agit pas non plus d'indicateurs de consommation.
- En 2005, environ 9 % de la population marseillaise (assurée du régime général) ont été concernés par une initialisation d'un traitement anxiolytique, 5 % par celle d'un traitement hypnotique, 5 % par celle d'un traitement antidépresseur et 1 % par celle d'un traitement neuroleptique (taux comparatifs). Quel que soit le type de psychotrope, ces proportions étaient légèrement plus élevées que celles observées dans le département et la région. Les initialisations de psychotropes ont davantage concerné les femmes que les hommes, hormis celles de neuroleptiques aussi fréquentes chez les hommes que chez les femmes. C'est entre 50 et 54 ans que les initialisations de psychotropes étaient les plus fréquentes. Le fait d'être atteint d'une affection de longue durée était associé à des taux d'initialisation plus élevés. Ceci s'explique sans doute par le fait que certaines affections de longue durée sont des pathologies psychiatriques mais aussi par le fait que certaines pathologies mentales (dépression notamment) sont plus fréquentes chez les personnes atteintes d'une pathologie somatique chronique ou sévère (maladies cardio-vasculaires, cancers par exemple). Les initialisations de traitements psychotropes étaient également plus fréquentes parmi les bénéficiaires de la CMU complémentaire que dans le reste de la population. Ceci est cohérent avec les connaissances sur le rôle de la précarité dans la survenue des troubles de l'humeur. D'autres facteurs interviennent sans doute également (état de santé globalement moins bon...). Au sein de la commune, les taux d'initialisation de traitements anxiolytiques, hypnotiques et antidépresseurs étaient plus faibles pour les habitants du centre ville que pour ceux des arrondissements périphériques. Les initialisations de traitements neuroleptiques étaient plus fréquentes pour les habitants du nord-ouest de la commune et d'autant plus fréquentes que le niveau de précarité de l'arrondissement est élevé.
- En terme de « prévalence », près d'un Marseillais sur 4 a été remboursé au moins une fois pour un médicament psychotrope en 2005 et plus d'un sur 10 au moins 4 fois dans l'année (taux comparatifs). Les anxiolytiques étaient les médicaments les plus prescrits (15 % des Marseillais ont eu au moins un remboursement pour cette classe thérapeutique), devant les antidépresseurs (9 %), les hypnotiques (près de 9 %) et les neuroleptiques (3 %). Ces résultats sont proches de ceux observés en France en 2000 à partir des mêmes sources de données. Hormis pour les neuroleptiques, la « prévalence » était plus élevée chez les femmes que chez les hommes et augmentait avec l'âge jusqu'à 55-59 ans environ. Quelle que soit la classe thérapeutique, les taux de remboursement de traitements psychotropes étaient légèrement plus élevés à Marseille que dans le département, la région et d'autres grandes villes comme Toulon ou Nice. Ces taux étaient cependant moins élevés que dans certains cantons de la région et notamment des Bouches-du-Rhône (Vitrolles, Port-Saint-Louis-du-Rhône pour les anxiolytiques par exemple). La « prévalence » de la consommation de psychotropes était presque deux fois plus élevée chez les personnes atteintes d'une affection de longue durée que dans la population générale et 1,2 fois plus élevée chez les bénéficiaires de la CMUC, sans doute pour les mêmes raisons que celles évoquées plus haut à

propos des initialisations. Au sein de la commune, la part de la population ayant été remboursée au moins une fois pour un psychotrope en 2005 variait de 19 % à 26 % selon les arrondissements. Hormis pour les neuroleptiques, elle était plus élevée dans l'est de la commune et dans le 16^{ème} arrondissement. Pour les neuroleptiques, la « prévalence » était plus élevée dans la partie nord de la commune, zone plus marquée par la précarité.

5.4.1. Initialisations de traitements psychotropes

Méthodologie : indicateurs de « consommation » de psychotropes issus de l'analyse des bases de remboursement de l'Assurance Maladie

Les données présentées ci-après sont issues des bases de remboursement de l'assurance maladie (régime général *stricto sensu*). Elles permettent une estimation de la consommation médicamenteuse ambulatoire, c'est-à-dire la consommation de médicaments retirés en officine de ville, quel que soit le lieu d'exercice du prescripteur (médecin libéral ou hospitalier). Les délivrances de médicaments lors des séjours hospitaliers dans les établissements publics ou participant au service public hospitalier ne sont pas enregistrées dans ces bases.

Ces données ne représentent sans doute pas l'exhaustivité des prescriptions de psychotropes, dans la mesure où certains patients ont pu se voir prescrire un médicament mais ne pas l'avoir retiré en pharmacie. Il faut aussi rappeler que le remboursement d'un médicament n'est pas strictement superposable à sa prise effective (Lecadet, J. et al. 2003b). Pour diverses raisons (refus de traitement, effets secondaires, disparition des symptômes...), il peut en effet y avoir un décalage entre la prescription du médecin et l'usage par le patient (arrêt prématuré, surdosage...) (Le Moigne, P. 2004a; Verger, P. C., P.; Bidaud, S.; Paraponaris, A.; Sauze, L. 2007).

Les indicateurs construits à partir de ces données ne sont pas des indicateurs de morbidité psychiatrique mais des indicateurs indirects des prescriptions médicales. De nombreux facteurs peuvent intervenir dans la décision de prescrire un médicament psychotrope comme par exemple la formation initiale et continue du médecin, son aptitude à gérer l'attente et la demande du patient, le rôle inducteur joué par l'industrie pharmaceutique, le mode de paiement à l'acte (Lecadet, J. et al. 2003b).

Les indicateurs « d'incidence » sont tout d'abord présentés pour la population générale, en distinguant les différents types de psychotropes. Nous vérifions ensuite la mesure dans laquelle le fait d'être atteint d'une affection de longue durée ou celui de bénéficier de la couverture maladie universelle modifient les taux d'incidence de traitements psychotropes. Enfin, une analyse des disparités infra communale est effectuée.

Dans cette étude, les taux d'initialisation de traitement antidépresseur, anxiolytique, hypnotique ou neuroleptique désignent le nombre de nouveaux traitements pour 100 ou 100 000 personnes affiliées au régime général *stricto sensu* en 2005. La base des assurés de l'assurance maladie étant mise à jour régulièrement, il n'est pas possible de connaître la population couverte en 2005. La population étudiée ici est donc la population couverte en mai 2006. Un nouveau traitement est un premier remboursement d'anxiolytiques, d'antidépresseurs, d'hypnotiques ou de neuroleptiques en 2005 lorsque l'individu n'en a pas eu pour une même classe thérapeutique au cours des six derniers mois.

Une 2^{ème} partie présentera, dans le même ordre, les taux de « prévalence ». Les taux présentés sont des taux comparatifs d'assurés ayant eu au moins un (ou quatre) remboursements pour un médicament psychotrope. Le taux comparatif est le taux que l'on observerait si la population avait la même structure par âge que la population de référence (ici : France métropolitaine, 1999, deux sexes, classes d'âge décennales 0-4 ans, 5-14 ans..., 95 ans et plus). Il permet de comparer les taux de deux zones géographiques ou les taux masculins et féminins en éliminant les effets liés à l'âge.

Classes thérapeutiques prises en compte dans l'étude :

Psychotropes : ensemble des neuroleptiques (N05A1 et N05A9), hypnotiques et sédatifs (y compris en phytothérapie : N05B), anxiolytiques (N05C), antidépresseurs (N06A), psychostimulants (N06B), associations psycholeptiques/psychanaleptiques (N06C), nootropiques (N06D).

Anxiolytiques : N05C

Antidépresseurs : N06A1

Hypnotiques : N05B1 et N05B2

Neuroleptiques : N05A1 et N05A9

Population générale : des initialisations de traitements psychotropes légèrement plus fréquentes à Marseille que dans le département ou dans la région

Anxiolytiques : 9,1 % de la population concernée, deux fois plus les femmes que les hommes

En 2005 à Marseille, 69 224 personnes ont été concernées par au moins une initialisation de traitement anxiolytique (dont 3,9 % ont eu deux initialisations à plus de six mois d'intervalle). Le taux comparatif de nouveaux traitements anxiolytiques (9,1 %) était légèrement plus élevé à Marseille que dans le

département et la région. Les femmes étaient presque deux fois plus concernées que les hommes. La fréquence des initialisations augmentait régulièrement avec l'âge jusque 50-54 ans pour les deux sexes, puis diminuait pour les femmes tandis qu'elle restait relativement stable chez les hommes.

Hypnotiques : 4,6 % de la population concernée, une association fréquente avec les anxiolytiques

Les initialisations de traitements hypnotiques ont concerné 35 136 personnes (dont 3,8 % ont eu deux initialisations dans l'année). Le taux comparatif d'initialisation de traitement hypnotique était légèrement plus élevé à Marseille (4,6 %) que dans les Bouches-du-Rhône et la région. En moyenne, ce taux était plus élevé chez les femmes que chez les hommes (+ 40 %). En augmentation jusque 55-59 ans chez les hommes et jusque 50-54 ans chez les femmes, le taux brut diminuait ensuite avec l'âge.

Si l'on considère les hypnotiques et les anxiolytiques comme une seule classe thérapeutique, on observe un taux brut d'initialisation de traitement inférieur à la somme des taux d'initialisation de traitements anxiolytiques et hypnotiques. Ceci montre que de nombreux patients ont débuté ces deux types de traitements au cours de la même année.

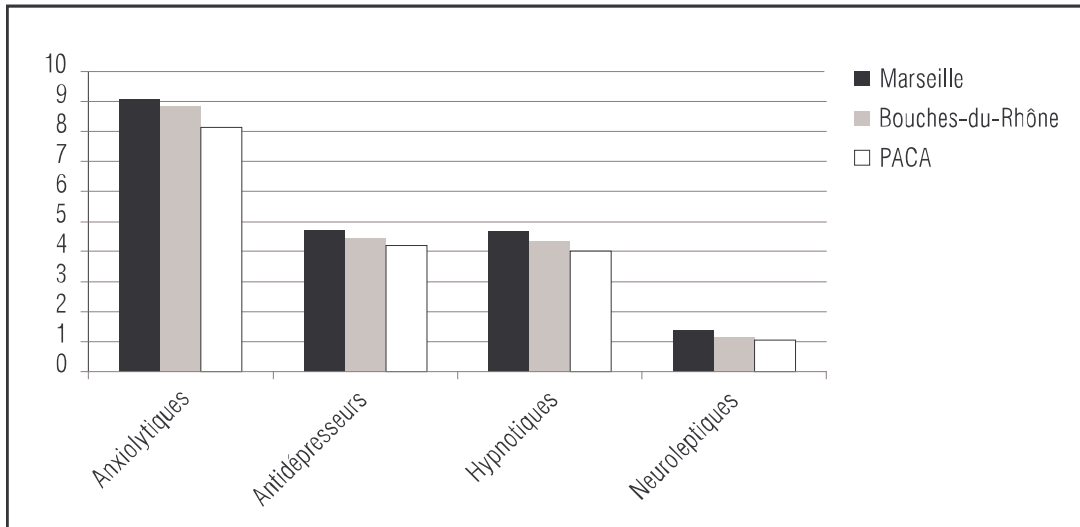
Antidépresseurs : 4,7 % de la population concernée, deux fois plus les femmes que les hommes

En 2005, 35 496 personnes ont eu au moins une initialisation de traitement antidépresseur (ATD) (dont 2,4 % en ont eu deux à plus de six mois d'intervalle). Le taux comparatif d'initialisation d'ATD à Marseille (4,7 %) était légèrement plus élevé que dans le département et dans la région. Ces initialisations étaient environ deux fois plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Les taux bruts d'initialisation suivaient la même évolution en fonction de l'âge pour les deux sexes : en augmentation jusque 50-54 ans, ils diminuaient ensuite puis augmentaient de nouveau à partir de 75 ans.

Neuroleptiques : 1,4 % de la population concerné, quel que soit le sexe

Les initialisations de traitements neuroleptiques ont concerné 10 699 personnes en 2005. Le taux comparatif d'initialisation de traitements neuroleptiques était légèrement plus élevé à Marseille (1,4 %) que dans le département et dans la région. Peu de différences étaient observées selon le sexe. Ces données ne prennent pas en compte les initialisations de traitements neuroleptiques réalisées lors de séjours hospitaliers dans le secteur public (médicaments délivrés par l'hôpital) qui sont probablement très fréquentes.

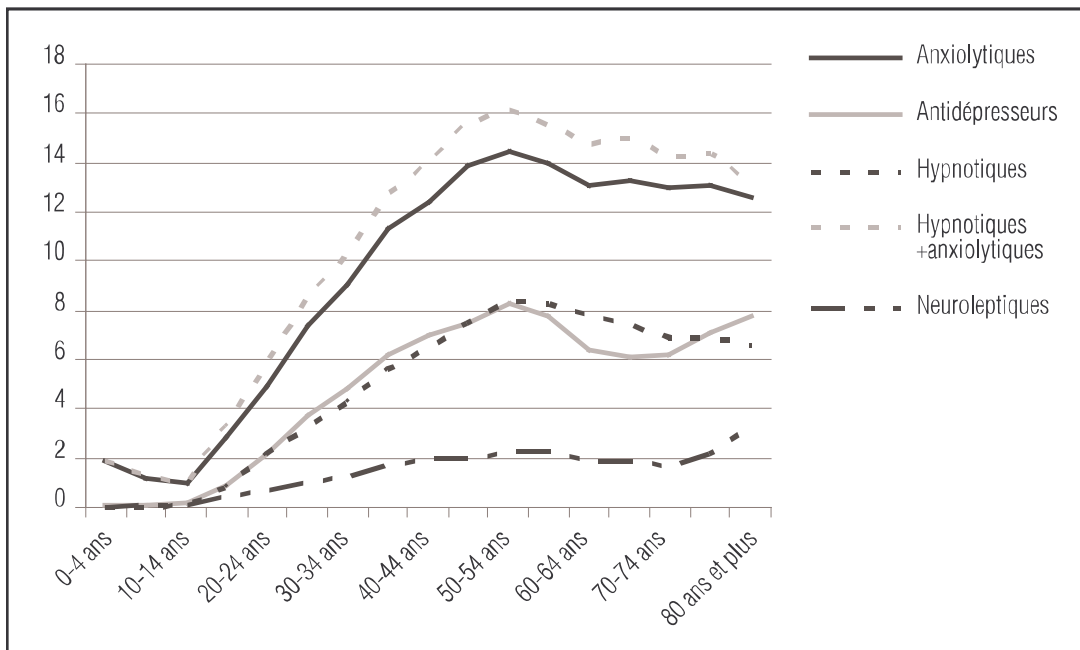
Ainsi, quelle que soit la classe thérapeutique, les taux d'initialisation de traitements psychotropes sont légèrement plus élevés à Marseille que dans le département et la région. Ceci est sans doute en partie lié à l'importante offre de soins en psychiatrie libérale et en médecine générale qui existe à Marseille.



Taux comparatifs d'initialisation de traitements psychotropes par classe thérapeutique en 2005 (régime général stricto sensu, en %)

Population de référence : France métropolitaine, 1999, deux sexes, classes d'âge décennales 0-4 ans, 5-14 ans..., 95 ans et plus

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA



Taux bruts d'initialisation de traitement par anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques, hypnotiques+anxiolytiques (considérés comme une seule classe) et neuroleptiques dans la population générale de Marseille en 2005 (régime général stricto sensu) (en %)

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

La moitié des personnes ayant commencé un traitement antidépresseur en 2005 a également commencé un traitement anxiolytique dans l'année

Antidépresseurs / anxiolytiques

En moyenne, 49,2 % des individus ayant eu une initialisation de traitements antidépresseurs à Marseille en 2005 ont également eu une initialisation de traitement anxiolytique la même année. Cette proportion variait peu selon le sexe mais est plus fréquente aux âges moyens que chez les enfants et les personnes âgées : environ 55 % entre 20 et 55 ans.

Antidépresseurs / hypnotiques

En 2005, 28,3 % des individus ayant eu une initialisation de traitement antidépresseur ont également eu une initialisation de traitement hypnotique la même année, plus fréquemment les hommes (31,4 %) que les femmes (26,7 %).

Antidépresseurs / neuroleptiques

En moyenne, en 2005 à Marseille, 9,5 % des individus ayant eu une initialisation de traitement antidépresseur ont également eu une initialisation de traitement neuroleptique durant l'année. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (13,6 %) que chez les femmes (7,5 %), en particulier entre 20 et 49 ans (2 fois plus élevée).

Des initialisations de traitements psychotropes beaucoup plus fréquentes chez les personnes atteintes d'une affection de longue durée, surtout chez les jeunes

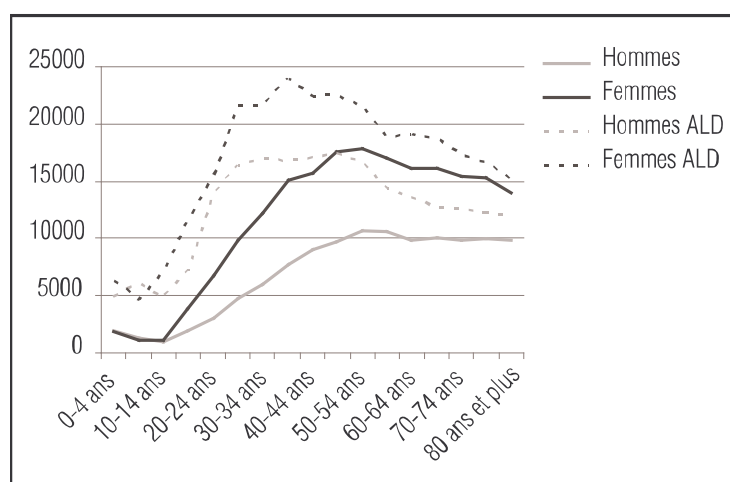
A Marseille, en 2005, parmi les personnes exonérées du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD) (15,4 % de la population), 15,4 % ont eu au moins une initialisation de traitement anxiolytique (taux bruts, non standardisés sur l'âge), 9,0 % de traitement hypnotique, 9,0 % de traitement antidépresseur et 4,1 % de traitement neuroleptique (contre respectivement 8,4 %, 4,4 %, 3,8 % et 3,4 % dans la population générale). Néanmoins, la population en ALD étant plus âgée que la population générale (59 % ont 60 ans ou plus contre 12 % dans la population générale), il est nécessaire de comparer les taux d'initialisation par tranche d'âge.

Quelle que soit la classe thérapeutique (anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques ou neuroleptiques) et quel que soit l'âge des patients, les taux d'initialisation de traitement psychotropes étaient plus élevés parmi les individus en ALD que dans la population générale. L'écart est maximal chez les jeunes adultes âgés de 20 à 30 ans. Par rapport à ce que l'on observe en population générale, le pic du taux d'initialisation de traitement psychotropes chez les personnes en ALD est plus élevé et concerne des tranches d'âge plus jeunes.

Ceci est très certainement lié au fait qu'une partie des patients est exonérée du ticket modérateur en raison d'une pathologie psychiatrique (ALD n°23). Chez les jeunes de 15-24 ans, les pathologies psychiatriques représentent la principale cause d'ALD (ORS PACA 2006). Les données disponibles ne nous permettent pas distinguer les numéros d'ALD et donc de calculer les taux d'incidence des traitements psychotropes selon le type d'ALD. La « sur incidence » des traitements psychotropes chez les personnes en ALD pourrait aussi être expliquée par le fait que l'association entre pathologie mentale (dépression notamment) et pathologie somatique est fréquente. Par exemple, selon les études, la

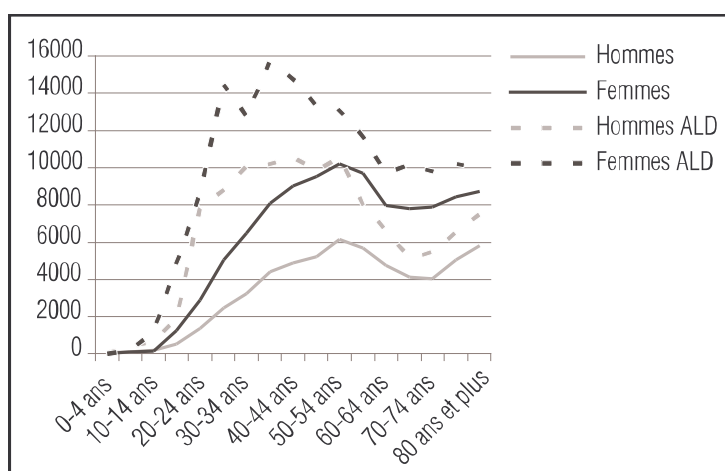
proportion de dépressions chez les patients souffrant d'affection cardio-vasculaire varie de 20 à 50 %, contre environ 9 % dans la population générale. La nature de la relation entre troubles dépressifs majeurs et pathologies somatiques est néanmoins encore mal connue : la dépression pourrait être une expression précoce de l'affection somatique ou sa conséquence. Elle pourrait aussi contribuer à l'éclosion d'une pathologie organique du fait des perturbations physiopathologiques accompagnant les troubles dépressifs majeurs (Boyer, P. et al. 1999).

Pour les anxiolytiques par exemple, les taux d'initialisations sont deux fois plus élevés chez les femmes de 25-29 ans en ALD et plus de trois fois plus élevés chez les hommes de 25-29 ans en ALD que dans la population générale du même sexe.



Taux bruts d'initialisation de traitement par anxiolytiques pour 100 000 personnes affiliées au régime général, population générale et population en ALD, en 2005, à Marseille (régime général stricto sensu)
Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

Concernant les antidépresseurs, l'écart était maximal chez les 25-29 ans chez les hommes comme chez les femmes : taux 3,5 fois plus élevés chez les hommes en ALD et près de 3 fois plus élevés chez les femmes en ALD que dans la population générale du même sexe.



Taux bruts d'initialisation de traitement par antidépresseurs pour 100 000 personnes affiliées au régime général, population générale et population en ALD, en 2005, à Marseille (régime général stricto sensu)
Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

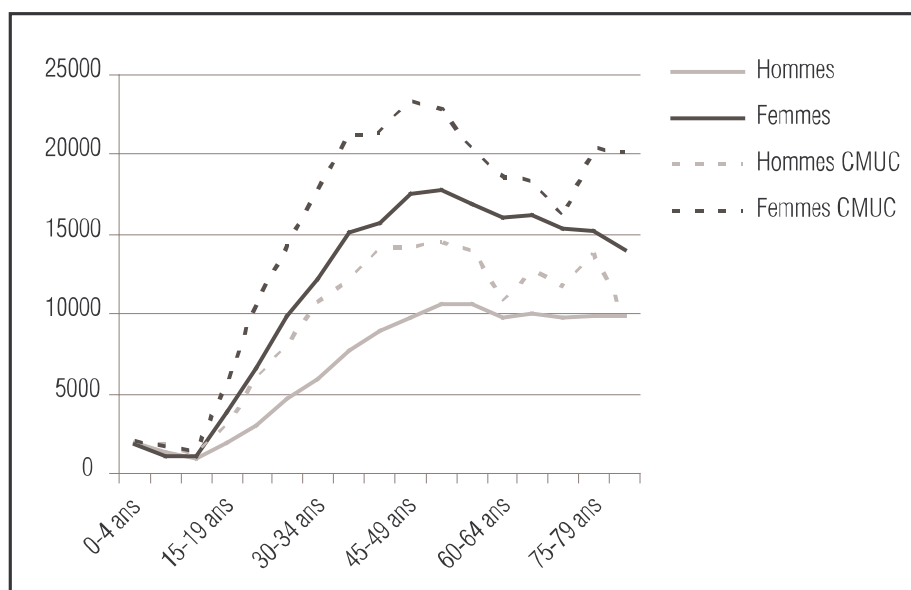
Des initialisations de traitements psychotropes plus fréquentes chez les personnes bénéficiaires de la CMUC, quel que soit l'âge

A Marseille, en 2005, parmi les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) (17,4 % de la population) 9,2 % ont eu au moins une initialisation de traitement anxiolytique, 4,4 % antidépresseur, 3,9 % hypnotique et 1,7 % neuroleptique. Néanmoins, la population bénéficiaire de la CMUC étant beaucoup plus jeune que la population générale (59 % des bénéficiaires de la CMUC ont moins de 30 ans contre 37 % de la population générale), il est nécessaire de comparer les taux d'initialisation par tranche d'âge.

Quelle que soit la classe thérapeutique (anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques ou neuroleptiques), les taux d'initialisation de traitement psychotropes étaient plus élevés parmi les individus bénéficiaires de la CMUC que dans la population générale pour la majorité des classes d'âges (de 15 à 75 ans). Les taux observés aux classes d'âge extrêmes doivent être interprétés avec précaution en raison de la faiblesse des effectifs. Les taux d'initialisation de traitement psychotrope évoluent avec l'âge de façon similaire dans la population bénéficiaire de la CMUC et dans la population générale. Le pic du taux d'initialisation est plus élevé que dans la population générale mais est atteint à peu près aux mêmes âges.

Bénéficier de la CMUC est un indicateur d'un niveau socio-économique précaire. De nombreuses études ont mis en évidence le rôle de certaines caractéristiques sociales sur le risque de troubles de l'humeur (faibles revenus, chômage, faible niveau d'éducation...). La dépression suit notamment un gradient selon la catégorie socioprofessionnelle : les employés et les ouvriers sont plus touchés par les épisodes de dépression que les cadres (cf. partie 1). La « sur incidence » de traitements psychotropes chez les bénéficiaires de la CMUC pourrait aussi être liée au moins bon état de santé général de ces personnes par rapport à la population générale. Elles sont en effet plus nombreuses à juger leur état de santé « mauvais » ou « très mauvais » (16 % contre 6 % dans la population générale) et à déclarer souffrir d'un problème de santé chronique (Boisguerin, B. 2004).

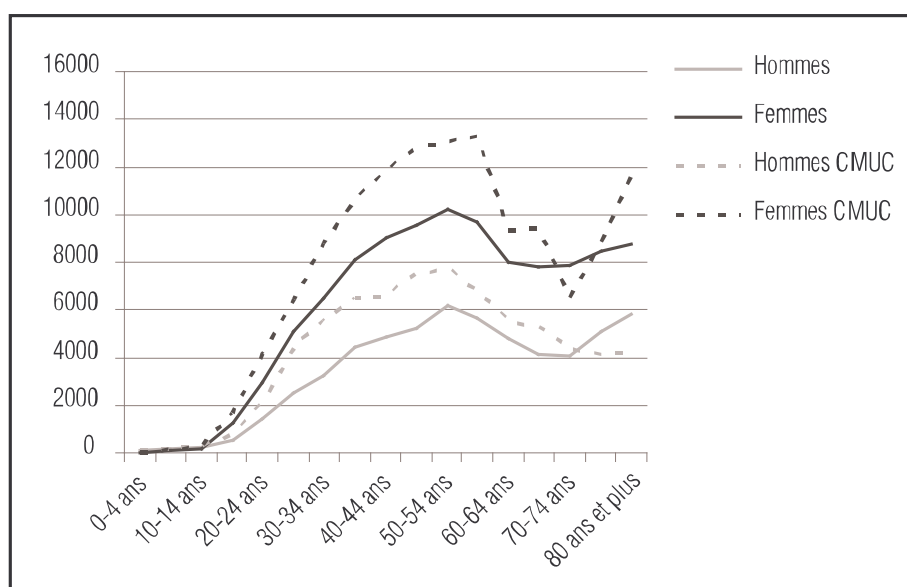
Concernant les anxiolytiques par exemple, les taux d'initialisation parmi les bénéficiaires de la CMUC étaient supérieurs aux taux observés dans la population générale pour toutes les tranches d'âge et suivaient une évolution semblable selon l'âge.



Taux bruts d'initialisation de traitement par anxiolytiques pour 100 000 personnes affiliées au régime général stricto sensu, population générale et population bénéficiaire de la CMUC, en 2005, à Marseille

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

Concernant les antidépresseurs, les taux étaient plus élevés chez les adultes de 25 à 74 ans bénéficiaires de la CMUC que dans la population générale. Le maximum était atteint chez les hommes de 50-54 ans et chez les femmes de 55-59 ans. Les taux d'initialisation diminuaient ensuite avec l'âge pour les deux sexes mais augmentaient de nouveau chez les femmes à partir de 70 ans.

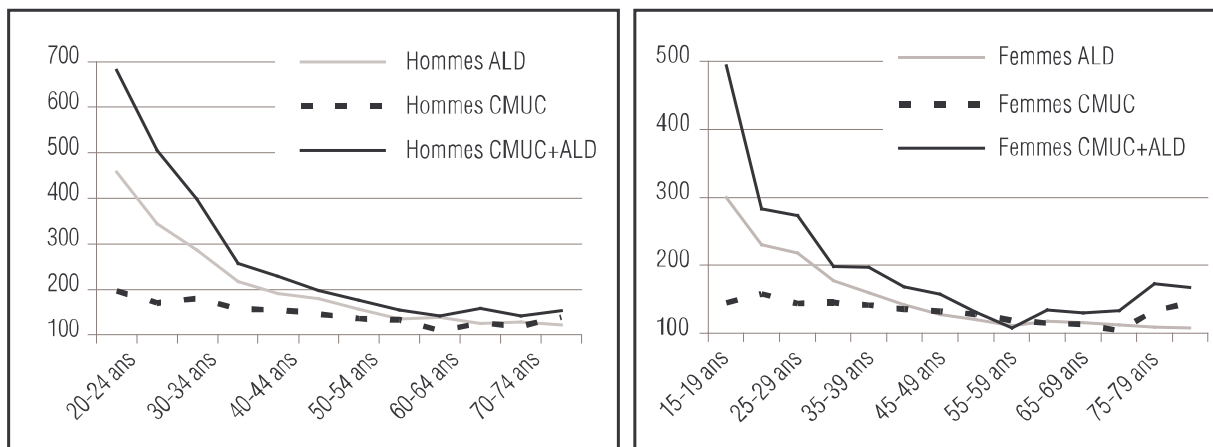


Taux bruts d'initialisation de traitement par antidépresseurs pour 100 000 personnes affiliées au régime général stricto sensu, population générale et population bénéficiaire de la CMUC, en 2005, à Marseille

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

Les « effets » d'une maladie de longue durée et de la précarité sur la fréquence des initialisations de psychotropes se cumulent, surtout chez les jeunes

Quel que soit l'âge, le fait de bénéficier de la CMUC était associé à une « sur incidence » des traitements par anxiolytiques (entre 1,5 et 2 fois plus que la population générale). Le fait d'être atteint d'une affection de longue durée était également associé à une plus forte incidence de traitements par anxiolytiques, de façon plus marquée chez les jeunes (3 à 4 fois plus que la population générale) que chez les personnes de plus 35 ans (2 à 3 fois plus). Chez les jeunes, jusqu'à 29 ans environ chez les garçons et 24 ans chez les filles, on observe un « effet » cumulatif de ces deux facteurs. Les taux d'initialisation de traitements par anxiolytiques sont ainsi presque 7 fois plus élevés chez les garçons de 20-24 ans atteints d'une ALD et bénéficiant de la CMUC que chez les autres garçons de même âge. Chez les personnes plus âgées, cet effet cumulatif disparaît presque, chez les hommes seulement.

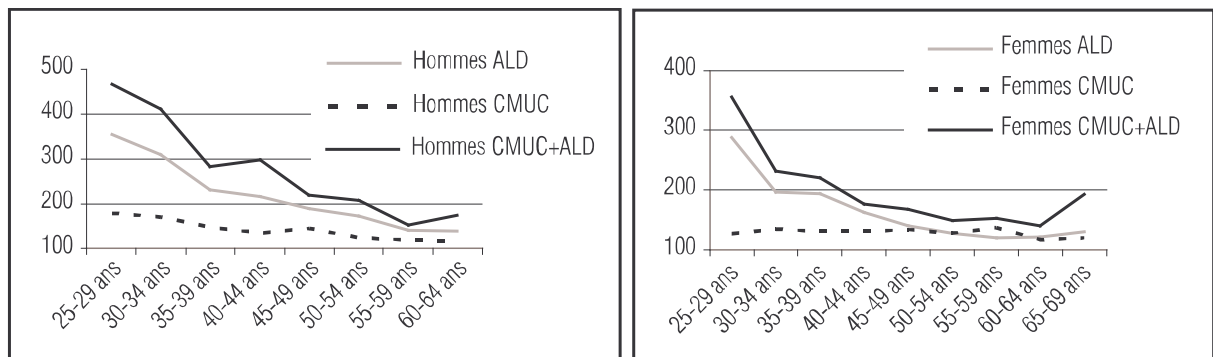


Taux bruts d'initialisation de traitement par anxiolytiques, exprimés en indice base 100 population générale (régime général stricto sensu, 2005)

Les données ne sont présentées que pour les classes d'âge pour lesquels les effectifs étaient suffisants (≥ 30).

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

De façon similaire, le fait d'être atteint d'une affection de longue durée et de bénéficier de la CMUC semblent aussi être associés à une sur incidence de traitements antidépresseurs, mais moins que pour les anxiolytiques.



Taux bruts d'initialisation de traitement par antidépresseurs, exprimés en indice base 100 population générale (régime général stricto sensu, 2005)

Les données ne sont présentées que pour les classes d'âge pour lesquels les effectifs étaient suffisants (≥ 30).

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

Des initialisations de traitements antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques moins fréquentes chez les habitants du centre ville de Marseille

En 2005, au sein de la commune de Marseille, les taux comparatifs d'initialisation de traitements psychotropes variaient selon les arrondissements, dans un rapport de 1 à 1,5.

Que ce soit pour les anxiolytiques, les antidépresseurs ou les hypnotiques, les taux comparatifs d'initialisations pour l'ensemble de la population étaient plus faibles dans les quartiers centraux que dans les autres arrondissements. Pour les neuroleptiques, la répartition géographique était différente : les taux étaient plus faibles dans les arrondissements du sud de la ville et plus élevés dans le centre et le nord-ouest.

Les taux comparatifs prenant en compte la structure par sexe et âge de la population, les différences observées entre les arrondissements ne peuvent pas être expliquées par des différences de caractéristiques démographiques.

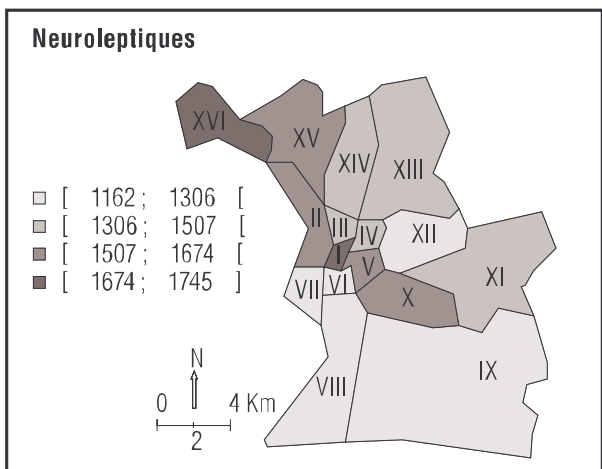
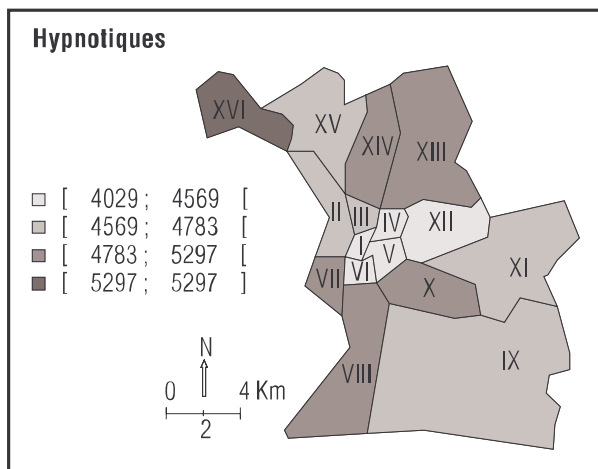
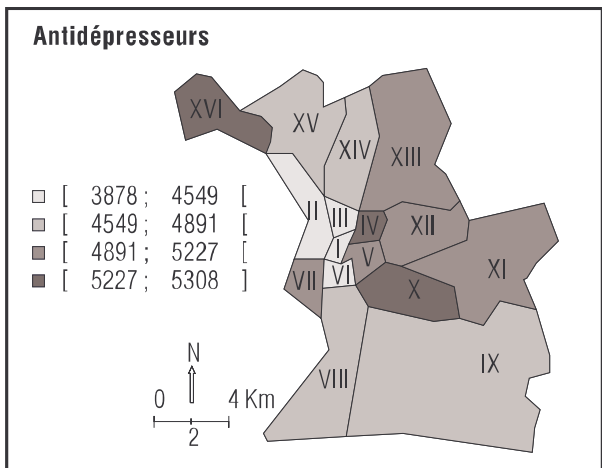
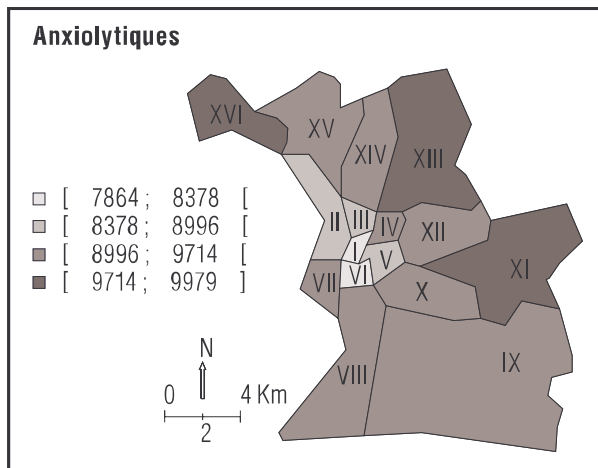
Les initialisations de traitements psychotropes étant plus fréquentes chez les personnes bénéficiant de la CMUC, il est envisageable que ces différences soient en partie dues à des variations du niveau de précarité. Néanmoins, hormis pour les neuroleptiques, nous n'avons pas observé de corrélation statistiquement significative entre le taux d'initialisation de traitements psychotropes et le niveau de précarité¹⁷. Les initialisations de traitements neuroleptiques étaient en revanche plus fréquentes dans les arrondissements de forte précarité, situés dans le nord-ouest de la commune (corrélation de Spearman : $r=0,54$, $p=0,03$).

Les initialisations de traitements psychotropes étant par ailleurs plus fréquentes chez les personnes atteintes d'une affection de longue durée, des variations de l'état de santé de la population pourraient expliquer certaines disparités infra communales. Seul le taux d'initialisation de traitements antidépresseurs apparaît fortement corrélé à la part de personnes atteintes d'une affection de longue durée (corrélation de Spearman : $r=0,77$, $p<0,000$).

L'offre de soins pourrait également participer aux disparités observées au niveau infra communal. Néanmoins, le taux d'initialisation de traitements psychotropes n'est pas positivement corrélé à la densité de psychiatres libéraux ou hospitaliers ni à celle de médecins généralistes.

Ainsi, hormis pour les antidépresseurs et les neuroleptiques, ni la structure démographique de la population, ni le niveau de précarité, ni l'offre de soins ne semblent expliquer les disparités infra communales des taux d'initialisations de traitements psychotropes. Ces facteurs sont probablement intriqués et le petit nombre d'unités statistiques (16 arrondissements) est très insuffisant pour montrer des corrélations croisées. Mais d'autres facteurs peuvent aussi intervenir (état de santé de la population, autres caractéristiques du mode de vie, vie professionnelle...).

¹⁷ L'indicateur du niveau de précarité utilisé dans cette analyse est un indice synthétique construit à partir d'une analyse en composantes principales réalisée avec les variables suivantes : pourcentages de familles monoparentales, de chômeurs, d'autres personnes sans activité, d'employés, d'ouvriers, de travailleurs indépendants et d'habitations à loyer modéré (données du recensement de la population 1999).



Taux comparatifs d'initialisation de traitement psychotropes par classes thérapeutique pour 100 000 personnes (régime général stricto sensu, 2005)

*Population de référence : France métropolitaine en 1999, deux sexes, classes d'âge décennales 0-4 ans, 5-14 ans...95 ans et plus

Sources : URCAM PACA, INSEE – exploitation ORS PACA

5.4.2. « Prévalence » de la consommation de psychotropes

Population générale : des taux de remboursements plus élevés à Marseille que dans la région quel que soit le type de psychotrope

Ensemble des psychotropes : ¼ de la population marseillaise a eu au moins un remboursement de psychotropes en 2005, 29,5 % des femmes et 17,7 % des hommes

A Marseille, 189 162 personnes ont eu au moins un remboursement de médicaments psychotropes en 2005, soit un taux comparatif de 24,0 %, plus élevé que dans les Bouches-du-Rhône (23,2 %) et la région (21,5 %). Cette proportion était 1,7 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes. La part de consommateurs augmentait fortement et régulièrement avec l'âge (2,4 % des assurés chez les enfants de 0-4 ans, 49,2 % chez les personnes de 80 ans et plus deux sexes confondus).

En moyenne, 13,3 % des assurés ont eu au moins quatre remboursements de psychotropes en 2005 (taux standardisé), part plus importante que dans les Bouches-du-Rhône (12,5 %) et la région (11,4 %). Cette proportion était plus élevée chez les femmes que chez les hommes pour toutes les tranches d'âge et augmentait également régulièrement avec l'âge.

Anxiolytiques : 14,9 % de la population remboursés au moins une fois en 2005 et 6,7 % au moins 4 fois

Concernant les anxiolytiques, 14,9 % de la population de Marseille a eu au moins un remboursement de cette classe thérapeutique, une proportion standardisée quasiment identique à celle du département (14,1 %) mais plus élevée que dans la région (12,9 %). La proportion standardisée d'assurés ayant eu au moins un remboursement d'anxiolytiques était plus élevée chez les femmes (18,5 %) que chez les hommes (10,6 %). Le taux brut augmentait avec l'âge mais avait tendance à stagner à partir de 55 ans, notamment chez les hommes. Les remboursements pour anxiolytiques ont concerné même de très jeunes enfants (1 039 enfants de 0 à 4 ans).

En moyenne, 6,7 % des assurés ont eu au moins quatre remboursements d'anxiolytiques en 2005 (taux standardisé - 6,1 % dans les Bouches-du-Rhône, 5,5 % en PACA). Cette proportion était deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (8,2 % contre 4,8 %). Le taux brut augmentait avec l'âge et atteignait 19,0 % chez les assurés de 80 ans et plus.

Hypnotiques : 8,6 % de la population remboursés au moins une fois en 2005

A Marseille, en 2005, 8,6 % des assurés ont eu au moins un remboursement d'hypnotiques, proportion standardisée plus élevée que dans le département (7,9 %) et la région (7,1 %). Cette proportion était plus élevée chez les femmes que chez les hommes (10,0 % contre 6,2 %). Le taux brut augmentait régulièrement avec l'âge jusqu'à 55-59 ans puis stagnait chez les deux sexes.

En moyenne, 4,4 % des assurés ont eu au moins quatre remboursements d'hypnotiques en 2005 (proportion standardisée - 3,5 % chez les hommes, 5,1 % chez les femmes). Le taux brut augmentait régulièrement avec l'âge jusqu'à atteindre 9,3 % chez les hommes et 14,6 % chez les femmes de 80 ans et plus.

Antidépresseurs : 9,4 % de la population remboursés au moins une fois en 2005, deux fois plus les femmes que les hommes

En 2005, 9,4 % des assurés ont eu au moins un remboursement d'antidépresseurs (taux standardisé), soit légèrement plus que dans les Bouches-du-Rhône (8,8 %) et la région PACA (8,2 %).

La proportion standardisée d'assurés ayant eu au moins un remboursement d'antidépresseurs était deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (12,2 % contre 6,2 %). Le taux brut était quasiment nul chez les enfants de moins de 15 ans et augmentait avec l'âge jusque 55-59 ans pour les deux sexes.

En moyenne, 5,5 % des assurés ont eu au moins quatre remboursements d'antidépresseurs en 2005 (taux standardisés - 3,5 % chez les hommes, 7,2 % chez les femmes). Le taux brut augmentait régulièrement avec l'âge jusqu'à 55-59 ans pour les deux sexes.

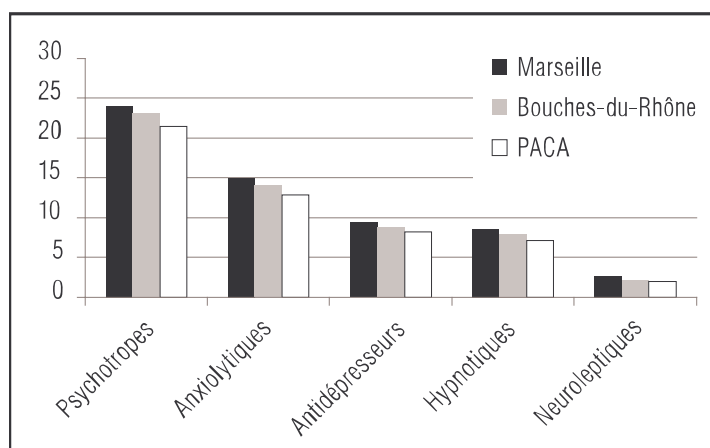
Neuroleptiques : 2,7 % de la population remboursés au moins une fois en 2005, 1,6 % au moins 4 fois

Concernant les neuroleptiques, 2,7 % des assurés ont eu au moins un remboursement de cette classe thérapeutique à Marseille, proportion standardisée légèrement plus élevée que dans les Bouches-du-Rhône (2,2 %) et la région (2,0 %).

En moyenne, la proportion standardisée d'hommes et de femmes ayant été remboursés pour ces médicaments était équivalente (respectivement 2,8 % et 2,6 %). Avant 60 ans, les hommes étaient plus nombreux que les femmes à avoir été remboursés pour une prescription de neuroleptiques mais la tendance s'inversait aux âges plus élevés. La part d'assurés ayant eu au moins un remboursement de cette classe thérapeutique augmentait avec l'âge jusqu'à 55-59 ans pour les deux sexes puis diminuait avant d'atteindre de nouveau un niveau élevé chez les 80 ans et plus.

En 2005, 1,6 % des assurés ont eu au moins quatre remboursements de neuroleptiques (taux standardisés - 1,7 % des hommes, 1,4 % des femmes). Avant 60 ans, les hommes étaient plus nombreux que les femmes à avoir eu quatre remboursements de neuroleptiques mais la tendance s'inversait aux âges plus élevés. La part d'assurés ayant eu au moins 4 remboursement de cette classe thérapeutique augmentait avec l'âge jusque 55-59 ans pour les deux sexes puis diminuait chez les hommes mais continuait à augmenter chez les femmes.

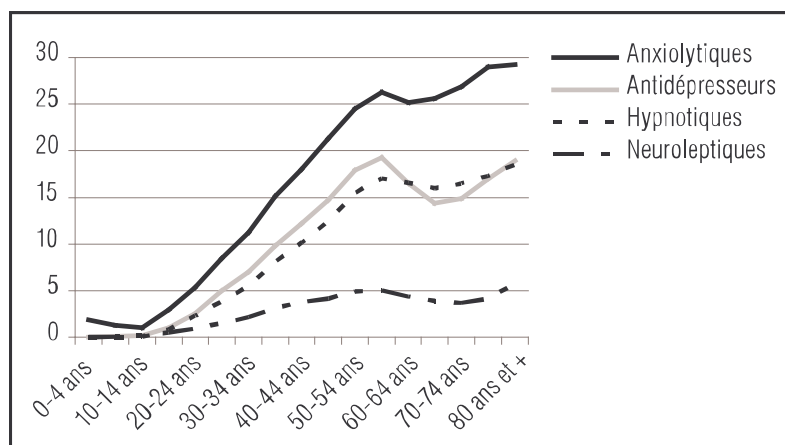
Ainsi, quelque soit la classe thérapeutique, les taux de remboursement de traitements psychotropes sont légèrement plus élevés à Marseille que dans le département et la région. Ceci est sans doute en partie lié à l'importante offre de soins en psychiatrie libérale et en médecine générale qui existe à Marseille. Mais cette explication n'est probablement pas la seule car ces « prévalences » sont également plus élevées que dans d'autres grandes villes de la région comme Nice ou Toulon (taux standardisés d'assurés ayant eu au moins un remboursement d'anxiolytiques : respectivement 13 % et 14 % ; antidépresseurs : respectivement 8,7 % et 8,8 %) ayant sans doute aussi une forte densité médicale. Néanmoins, dans certains cantons de la région et notamment des Bouches-du-Rhône, on observe des « prévalences » légèrement plus élevées qu'à Marseille (exemple : Vitrolles, Port-Saint-Louis-du-Rhône pour les anxiolytiques ; Allauch, Aubagne pour les antidépresseurs) (www.sirsepac.org).



Taux standardisés d'assurés ayant eu au moins un remboursement de psychotropes en 2005 (régime général stricto sensu) (en %)

Population de référence : France métropolitaine, 1999, deux sexes, classes d'âge décennales 0-4 ans, 5-14 ans..., 95 ans et plus

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA



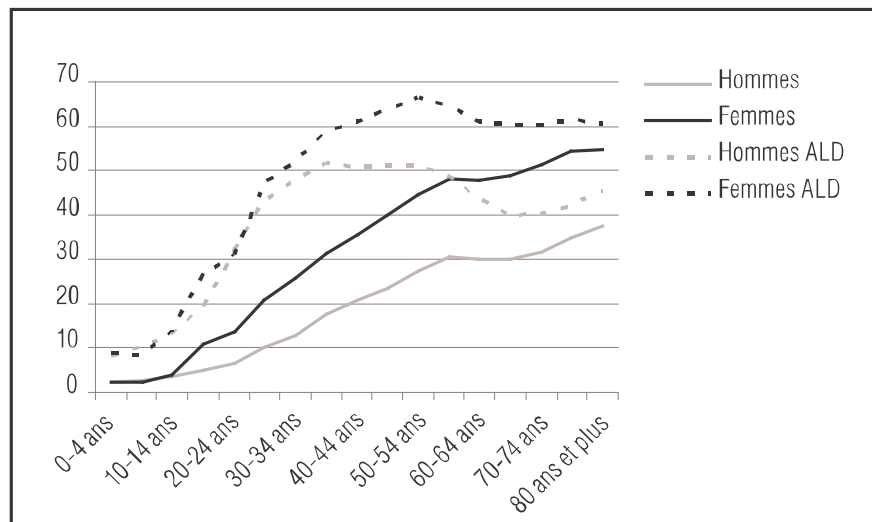
Taux bruts d'individus ayant eu au moins un remboursement d'anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques, neuroleptiques (régime général stricto sensu) (en %)

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

2 fois plus de personnes remboursées pour un médicament psychotrope parmi la population atteinte d'une affection de longue durée que dans l'ensemble de la population

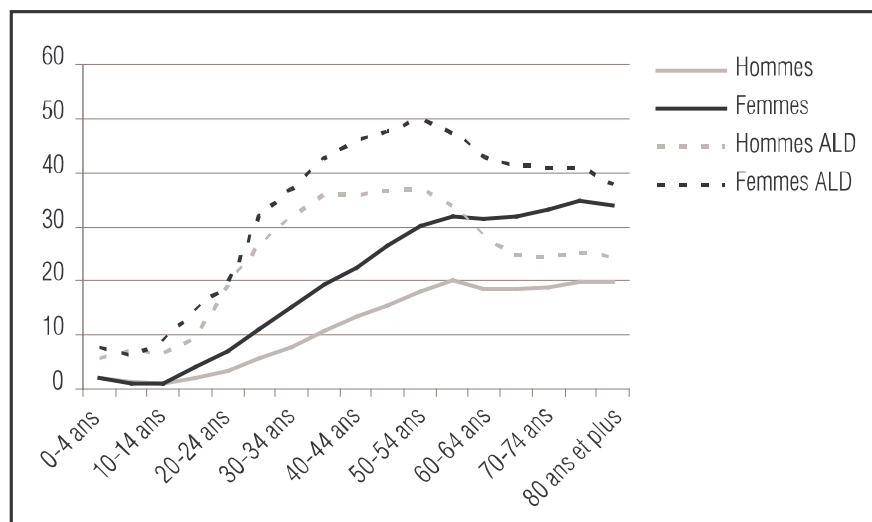
A Marseille, 65 969 assurés en ALD ont eu au moins un remboursement de médicaments psychotropes, soit 42,6 % (proportion standardisée) de la population en ALD. Cette proportion était presque deux fois plus élevée qu'en population générale (24,0 %). L'écart avec la population générale était maximal aux âges moyens et se réduisait aux âges plus élevés. Parmi les personnes en ALD et remboursées pour un médicament psychotrope, 70 % ont eu au moins 4 remboursements, contre 55 % dans la population générale.

Les résultats étaient comparables pour les anxiolytiques (29,0 %, 2 fois plus que dans la population générale), les antidépresseurs (19,0 %, 2 fois plus qu'en population générale), les hypnotiques (18,4 %, 2,1 fois plus qu'en population générale) et les neuroleptiques (11,6 %, 4 fois plus qu'en population générale). Comme dans le cas des initialisations, ceci s'explique sans doute par le fait que certaines personnes sont exonérées du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée et par la fréquente association entre pathologie mentale et pathologie somatique.



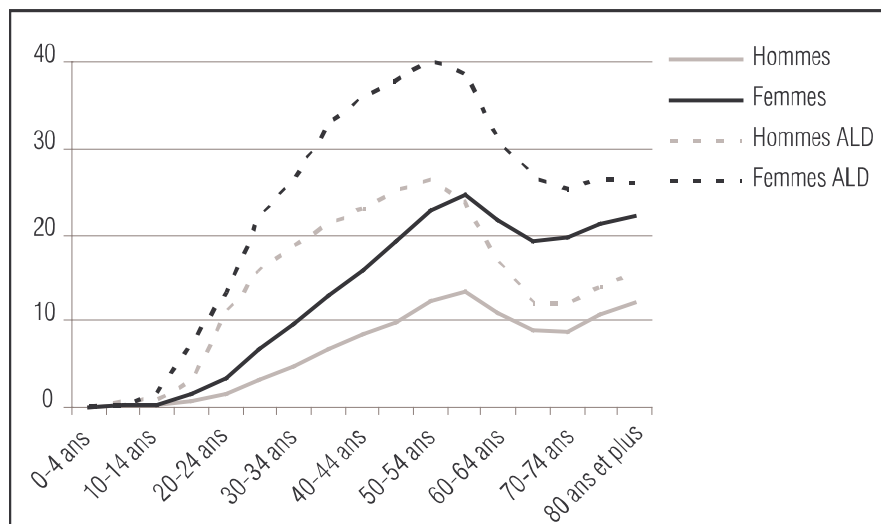
Part des assurés en ALD ayant eu au moins un remboursement de psychotropes à Marseille en 2005 (régime général stricto sensu) (en %)

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA



Part des assurés en ALD ayant eu au moins un remboursement d'anxiolytiques en 2005 à Marseille (régime général stricto sensu) (en %)

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA



Part des assurés en ALD ayant eu au moins un remboursement d'antidépresseurs à Marseille en 2005 (régime général stricto sensu) (en %)

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

Une proportion de personnes remboursées pour un médicament psychotrope légèrement plus élevée parmi les bénéficiaires de la CMUC que dans la population générale

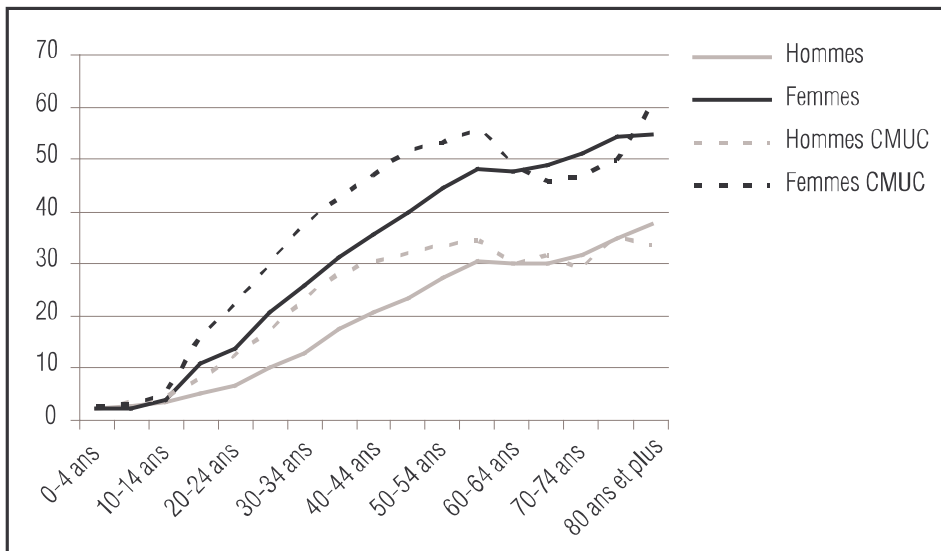
A Marseille, 30 625 bénéficiaires de la CMUC ont eu au moins un remboursement de médicaments psychotropes en 2005, soit 29,5 % de cette population contre 24,0 % dans la population générale (proportions standardisées). Les remboursements de psychotropes étaient plus fréquents parmi les bénéficiaires de la CMUC que dans la population générale de 15 à 59 ans alors qu'elle était équivalente voire inférieure chez les enfants et les personnes âgées.

Parmi les bénéficiaires de la CMUC ayant été remboursés au moins une fois pour un médicament psychotrope, la moitié a eu 4 remboursements ou plus, soit légèrement moins qu'en population générale (55 %).

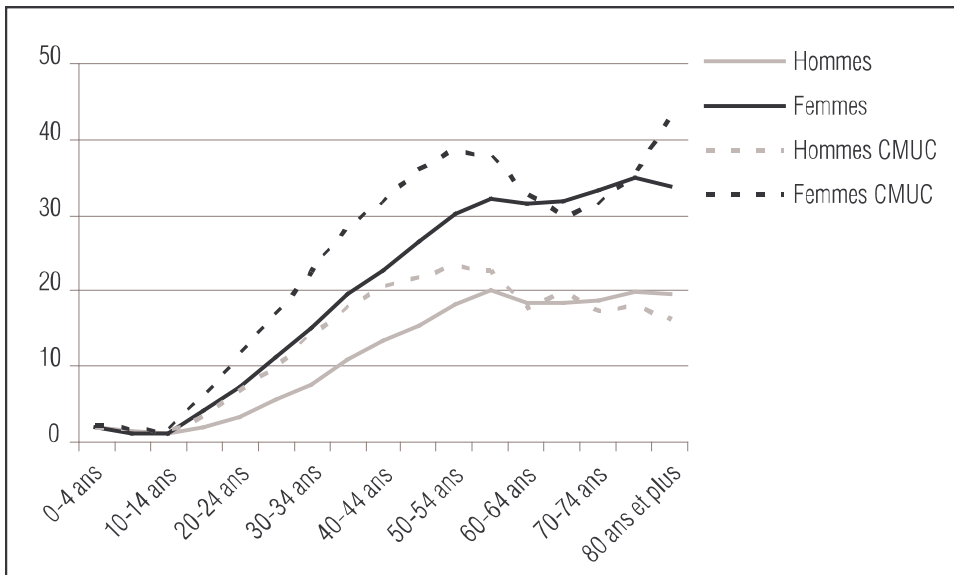
Les résultats sont très proches en ce qui concerne les anxiolytiques (18,9 % des bénéficiaires de la CMUC ont eu au moins un remboursement d'anxiolytiques en 2005 contre 14,9 % en population générale), les antidépresseurs (10,3 %, contre 9,4 %), et les hypnotiques (10,8 % contre 8,6 %). Les différences avec la population générale sont plus importantes pour la population adulte âgée de 15 à 55-59 ans qu'aux âges plus élevés.

Concernant les neuroleptiques, 3,8 % des bénéficiaires de la CMUC ont eu au moins un remboursement en 2005. Cette proportion était plus 1,4 fois plus élevée parmi les bénéficiaires de la CMUC que dans la population générale surtout chez les jeunes hommes et les personnes de plus de 75 ans.

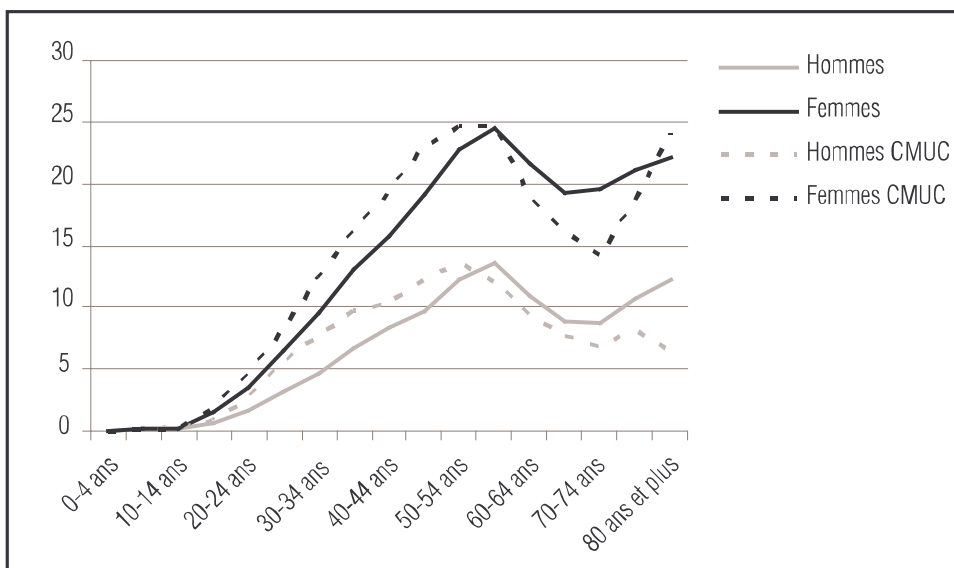
Comme dans le cas des initialisations, ce constat s'explique sans doute en partie par l'état de santé globalement plus défavorable parmi les bénéficiaires de la CMUC que dans la population générale.



Part des bénéficiaires de la CMUC ayant eu au moins un remboursement de psychotropes en 2005 à Marseille (régime général stricto sensu) (en %)
 Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA



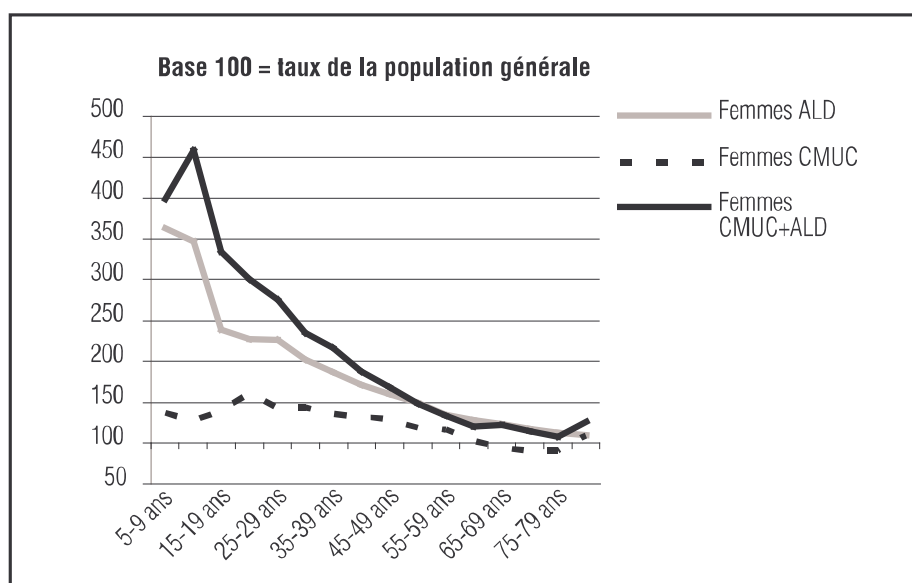
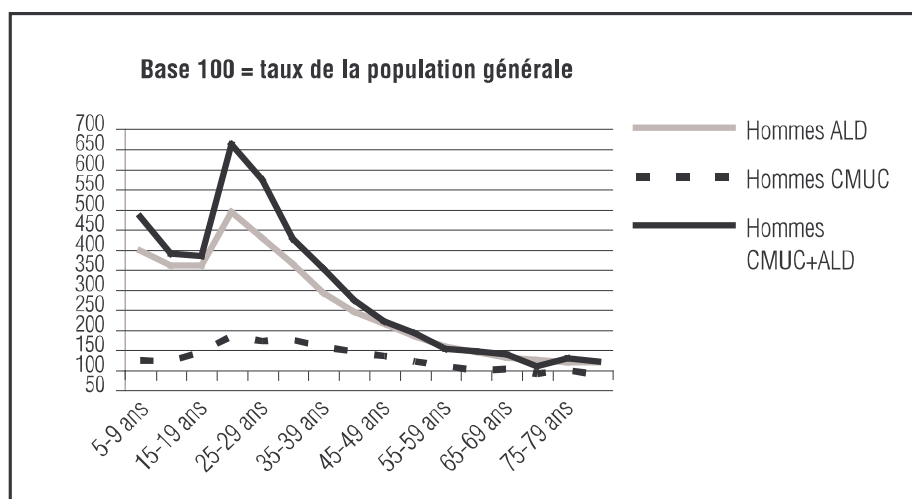
Part des bénéficiaires de la CMUC ayant eu au moins un remboursement d'anxiolytiques en 2005 à Marseille (régime général stricto sensu) (en %)
 Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA



Part des bénéficiaires de la CMUC ayant eu au moins un remboursement d'antidépresseurs en 2005 à Marseille (régime général stricto sensu) (en %)
 Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

Les effets d'une maladie de longue durée et de la précarité sur la consommation de psychotropes se cumulent, surtout chez les jeunes

Comme ce qui était observé pour l'incidence des traitements psychotropes, on observe un effet cumulatif du fait d'être atteint d'une affection de longue durée et de bénéficier de la CMUC sur la proportion d'individus remboursés au moins une fois pour un traitement psychotrope ; cet effet est marqué chez les jeunes et s'atténue avec l'âge, peut-être parce que les maladies à l'origine de l'ALD sont de nature très différente ou parce que la précarité n'impacte pas les individus de la même façon.



Taux bruts d'assurés ayant eu au moins un remboursement de psychotropes, exprimés en indice base 100 population générale (régime général stricto sensu, Marseille, 2005)

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

Hormis pour les neuroleptiques, les taux de remboursements sont plus élevés dans l'est de Marseille et le 16^{ème} arrondissement

La proportion standardisée d'assurés ayant eu au moins un remboursement de médicaments psychotropes était faible dans les arrondissements centraux (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} et 6^{ème} arrondissements) et plus élevée à l'est, au nord-est et dans le 16^{ème} arrondissement. Elle variait dans un rapport de 1 à 1,3 au sein de la commune. La proportion standardisée d'assurés ayant eu au moins quatre remboursements de psychotropes suivait la même répartition géographique.

Les mêmes disparités infra communales étaient observées pour la plupart des classes thérapeutiques : anxiolytiques, antidépresseurs et hypnotiques. La part standardisée d'assurés ayant eu au moins un remboursement de neuroleptiques était quant à elle plus faible dans les arrondissements du sud et plus élevée dans les arrondissements du nord (13^e et 16^e arrondissements) et du centre (1^{er} arrondissement).

Les taux comparatifs prenant en compte la structure par sexe et âge de la population, les différences observées entre les arrondissements ne peuvent pas être expliquées par des différences de caractéristiques démographiques.

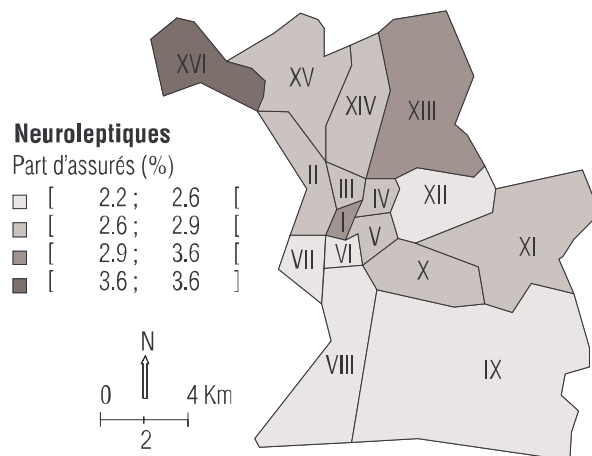
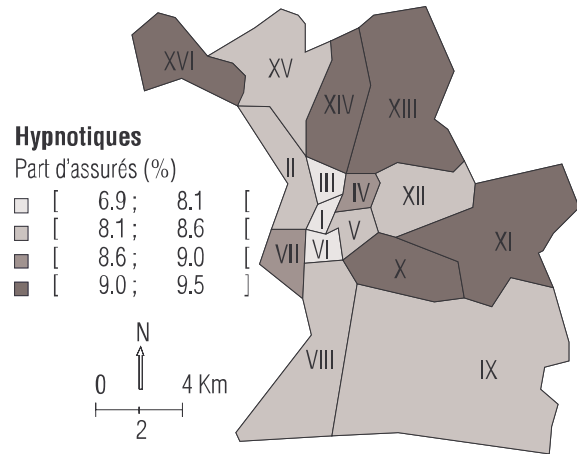
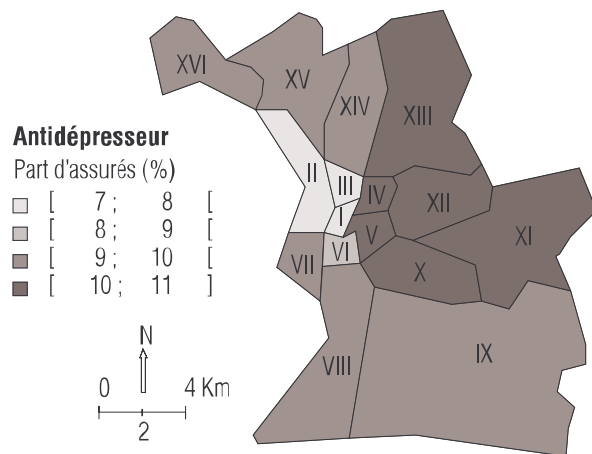
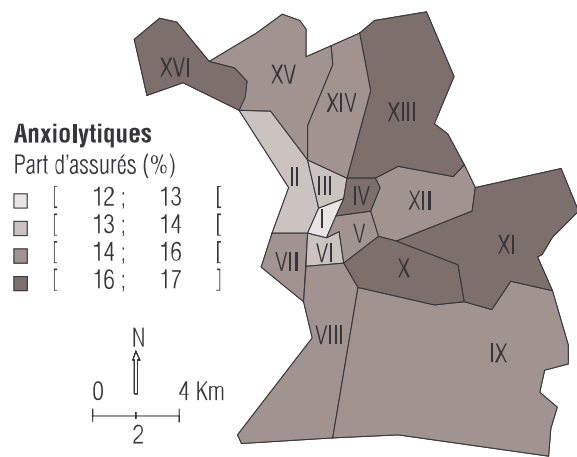
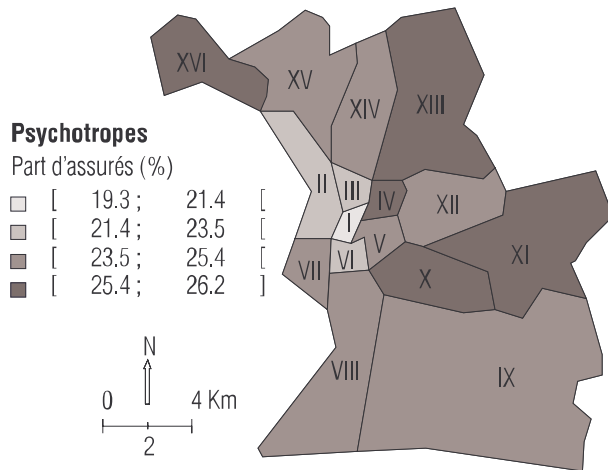
La consommation de psychotropes étant plus fréquente chez les personnes bénéficiant de la CMUC, il est envisageable que ces différences soient en partie dues à des variations du niveau de précarité. Néanmoins, hormis pour les neuroleptiques, il n'existe pas de corrélation statistiquement significative entre le taux de remboursement pour psychotropes et le niveau de précarité¹⁸ (corrélation de Spearman). Le taux d'assurés ayant eu au moins un remboursement pour neuroleptiques était d'autant plus élevé que le niveau de précarité de l'arrondissement était important (corrélation de Spearman : $r=0,56$, $p=0,02$).

La consommation de psychotropes étant par ailleurs plus fréquente chez les personnes atteintes d'une affection de longue durée, des variations de l'état de santé de la population pourraient expliquer certaines disparités infra communales. Seul le taux de remboursement pour traitements antidépresseurs apparaît fortement corrélé à la part de personnes atteintes d'une affection de longue durée.

L'offre de soins pourrait également participer aux disparités observées au niveau infra communale. Néanmoins, les taux de remboursement pour traitements psychotropes ne sont pas positivement corrélés avec la densité de psychiatres libéraux ou hospitaliers ni avec celle de médecins généralistes.

Ainsi, hormis pour les antidépresseurs et les neuroleptiques, ni la structure démographique de la population, ni le niveau de précarité, ni l'offre de soins ne semble expliquer les disparités infra communales du taux de remboursement de traitements psychotropes. D'autres facteurs sont donc à explorer (état de santé de la population, autres caractéristiques du mode de vie...). Ces facteurs sont probablement intriqués et le petit nombre d'unités statistiques (16 arrondissements) est très insuffisant pour montrer des corrélations croisées. Mais d'autres facteurs peuvent aussi intervenir (état de santé de la population, autres caractéristiques du mode de vie, vie professionnelle...).

¹⁸ L'indicateur du niveau de précarité utilisé dans cette analyse est un indice synthétique construit à partir d'une analyse en composante principale réalisée avec les variables suivantes (données du recensement de la population 1999) : pourcentages de familles monoparentales, de chômeurs, d'autres personnes sans activité, d'employés, d'ouvriers, de travailleurs indépendants et d'habitations à loyer modéré.



Taux standardisés d'assurés ayant eu au moins un remboursement de psychotropes par classe thérapeutique en 2005 à Marseille (régime général stricto sensu) (en %)

(Population de référence : France métropolitaine 1999, deux sexes, classes décennales 0-4 ans, 5-14 ans..., 95 ans et plus)

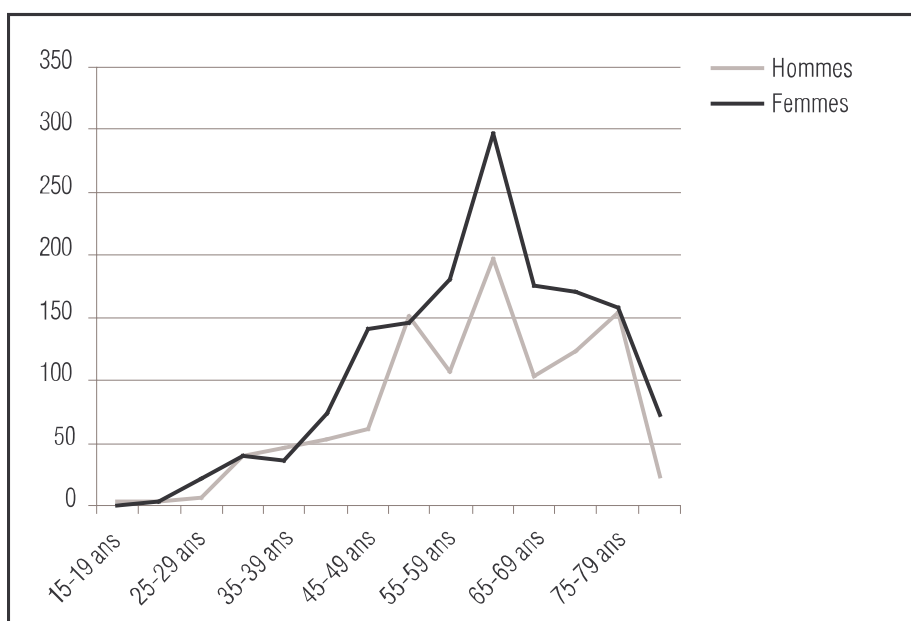
Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

5.4.3. Dosages de lithémie

A Marseille, en 2005, 432 assurés du régime général ont eu au moins un remboursement d'un acte de biologie pour une analyse du taux de lithium dans le sang ou dans un autre liquide biologique, soit moins de 0,1 % de la population. Parmi ces personnes, 406 ont eu un remboursement d'une prescription de lithium (Teralithe ou Neurolithium) en 2005. Près de 80 % des personnes ayant eu un remboursement de prescription de lithium ont également été remboursées au moins une fois pour un dosage de la lithémie.

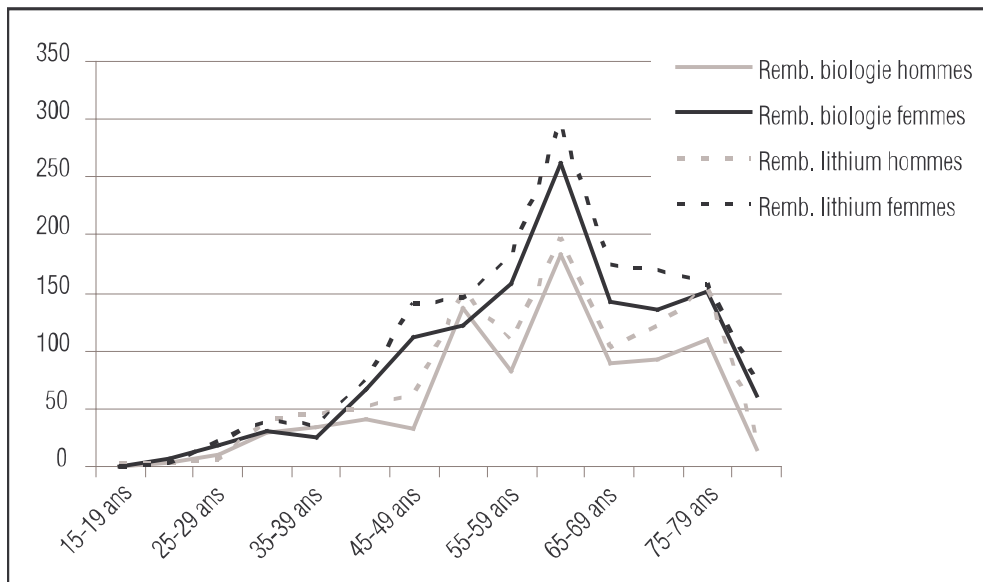
Dans la population totale, le taux comparatif d'assurés ayant eu au moins un remboursement d'un acte de biologie pour une analyse de la lithémie s'élevait à 56 pour 100 000, ce qui était légèrement plus faible que dans les Bouches-du-Rhône (60 pour 100 000) et la région PACA (67 pour 100 000).

Les remboursements d'analyse de la lithémie étaient plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (taux comparatifs : respectivement 66 et 44 pour 100 000). Nul avant 20 ans, le taux d'assurés ayant eu au moins un remboursement augmentait jusque 60-64 ans pour atteindre 184 pour 100 000 chez les hommes et 262 pour 100 000 chez les femmes. Les courbes de taux de remboursement de médicaments à base de lithium suivaient celles de remboursement de la lithémie tout en étant légèrement plus élevées à chaque âge et pour les deux sexes.



Taux d'assurés du régime général stricto sensu ayant eu au moins un remboursement d'un acte de biologie pour une analyse de la lithémie en 2005 (pour 100 000)

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA



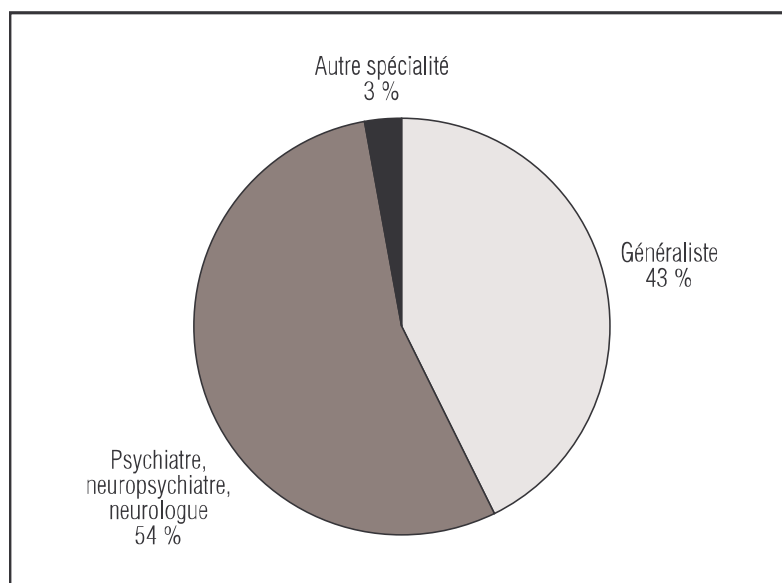
Taux d'assurés du régime général stricto sensu ayant eu au moins un remboursement d'un acte de biologie pour une analyse de la lithémie et taux d'assurés ayant eu au moins un remboursement de lithium en 2005 (pour 100 000)

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

A Marseille, le taux comparatif de remboursement de lithémie était près de quatre fois plus élevé parmi les individus en ALD (214 pour 100 000) qu'en population générale (56 pour 100 000). Quel que soit l'âge, le taux brut de remboursement était plus élevé parmi les individus en ALD que dans la population générale ; les écarts les plus importants étaient observés chez les adultes de moins de 60 ans. La plus forte fréquence des remboursements de lithémies chez les personnes en ALD s'explique sans doute par le fait que certaines d'entre-elles sont exonérées du ticket modérateur au titre d'une pathologie mentale dont le traitement nécessite une surveillance régulière de la lithémie.

Seuls 19 assurés ayant eu au moins un remboursement d'un acte de biologie étaient bénéficiaires de la CMUC, ce qui ne permet pas de faire des analyses plus détaillées.

A Marseille, plus de la moitié (54 %) des analyses de lithémie ont été prescrites par un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue et 43 % par un généraliste. La même répartition entre les spécialités des prescripteurs était observée dans l'ensemble de la région PACA.



Spécialité des prescripteurs de lithémies en 2005 (régime général stricto sensu)

Source : URCAM PACA – exploitation ORS PACA

Méthodologie : bases de remboursement de l'Assurance maladie

Cette étude a été réalisée à partir des données de remboursements d'actes de biologie du régime général *stricto sensu* de l'assurance maladie de 2005. La base des assurés de l'assurance maladie étant mise à jour régulièrement, il n'est pas possible de connaître la population couverte en 2005. La population étudiée ici est donc la population couverte en mai 2006.

Les actes de biologie désignent les analyses biologiques effectuées dans les laboratoires d'analyses médicales de ville. Les analyses effectuées lors d'une hospitalisation dans le secteur public ne sont pas prises en compte.

Deux actes de biologie ont été retenus dans l'étude de la lithémie : dosage du lithium dans le sang (lithémie, lithium sérique et lithium érythrocytaire) et dans un autre liquide biologique que le sang.

Deux médicaments à base de lithium ont été retenus dans l'étude : « Neurolithium » et « Téralithe », appartenant à la classe thérapeutique des normothymiques (codée N06A3).

Le taux comparatif est le taux que l'on observerait si la population avait la même structure par âge que la population de référence (ici : France métropolitaine, 1999, deux sexes, classes d'âge décennales 0-4 ans, 5-14 ans..., 95 ans et plus). Il permet de comparer les taux de deux zones géographiques ou les taux masculins et féminins en éliminant les effets liés à l'âge.

5.5. Traitements de substitution (buprénorphine et méthadone)

Contexte national

Depuis 1995, les usagers de drogue dépendants aux opiacés ont la possibilité de suivre un traitement de substitution sous la forme de buprénorphine haut dosage (commercialisée sous le nom de Subutex®) ou de méthadone. Ces traitements visent à obtenir une abstinence de consommation d'héroïne durable. Depuis 1996, la buprénorphine peut être prescrite par tout médecin. Le traitement par méthadone, susceptible d'être à l'origine de surdoses, est, quant à lui, initialisé par un médecin hospitalier ou consultant dans un centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) puis peut être poursuivi en médecine de ville après stabilisation du patient (Cadet-Taïrou, A. et al. 2004). En 2003, le nombre de personnes recevant un traitement de substitution en France était estimé entre 83 000 et 100 000 (OFDT 2005). Parmi eux, 80 % recevaient de la buprénorphine haut dosage (BHD) et 20 % de la méthadone. Ces traitements sont l'objet de mésusages ou de détournements (injection intraveineuse de buprénorphine, revente, prise concomitante d'opiacés...). Le dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) de l'OFDT montre qu'en 2006, les usages détournés¹⁹ exclusifs concernaient 28 % des usagers de buprénorphine tandis que les usages mixtes, c'est-à-dire à la fois thérapeutiques²⁰ et détournés, concernaient 23 % des usagers. Concernant la méthadone, l'usage thérapeutique exclusif est plus fréquent que pour la buprénorphine et concernait 71 % des usagers en 2006 (Gandilhon, M. et al. 2006)

En 2002, une analyse réalisée à partir des données de remboursement du régime général de l'assurance maladie sur 13 sites en France a estimé que la prévalence moyenne des patients substitués par buprénorphine ou méthadone était de 2,4 pour 1 000. Cette prévalence variait de 1,1 pour 1 000 à Dijon à 4,5 pour 1 000 à Montpellier. A Marseille, la prévalence était de 2,2 pour 1 000, inférieure à celles observées à Nice (2,8) et Paris (3,1) (Cadet-Taïrou, A. et al. 2004). Les données de remboursement de l'assurance maladie ne concernent que les délivrances ayant eu lieu en ville, quel que soit le lieu de prescription. Elles représentent la quasi-totalité des prescriptions de buprénorphine mais seulement une partie des prescriptions de méthadone, obtenues directement dans un centre de soins spécialisés en début de traitement (Cadet-Taïrou, A. et al. 2004). En juin 2002, selon les données du dispositif SIAMOIS, 54,2 % des patients sous méthadone ont acquis leur traitement en officine. Ces données de remboursement de l'assurance maladie ne renseignent pas sur la consommation réelle des patients.

Les médicaments psychotropes, notamment les benzodiazépines, sont fréquemment prescrits aux patients suivant un traitement de substitution. D'après l'étude de Cadet-Taïrou et Cholley (2004), 57 % des patients sous buprénorphine et 54 % des patients sous méthadone recevaient un médicament psychotrope en association avec leur traitement de substitution, à Marseille, au cours du 2^e semestre de l'année 2002 (Cadet-Taïrou, A. et al. 2004).

¹⁹ L'usage détourné inclut l'usage à visée « de défonce » ou de régulation de la prise d'autres produits.

²⁰ L'usage thérapeutique vise à l'arrêt de la consommation d'opiacés ou à se soigner.

Faits marquants

En 2005, selon les données de remboursements de l'assurance maladie, à Marseille, près de 2 000 assurés du régime général *stricto sensu* ont eu au moins un remboursement de traitement de substitution aux opiacés, par buprénorphine ou méthadone. Le taux de remboursement (2,4 pour 1 000) était plus faible qu'à Toulon ou Nice mais plus élevé que dans les Bouches-du-Rhône et la région PACA. La proportion d'assurés ayant eu au moins un remboursement de buprénorphine ou de méthadone était plus élevée dans les arrondissements du centre que dans le reste de la commune et parmi les hommes âgés de 35 à 39 ans que dans le reste de la population. Les consommateurs de produits de substitution sont plus fréquemment en situation de précarité sociale et professionnelle que la population générale.

Méthodologie : base de remboursement de l'Assurance Maladie

Les données présentées ci-après sont issues des bases de remboursement de pharmacie du régime général *stricto sensu* de l'assurance maladie de 2005. La base des assurés de l'assurance maladie étant mise à jour régulièrement, il n'est pas possible de connaître la population couverte sur l'ensemble de l'année. La population étudiée ici est donc la population couverte en mai 2006.

Le taux comparatif est le taux que l'on observerait si la population avait la même structure par âge que la population de référence (ici : France métropolitaine, 1999, deux sexes, classes d'âge décennales 0-4 ans, 5-14 ans..., 95 ans et plus). Il permet de comparer les taux de deux zones géographiques ou les taux masculins et féminins en éliminant les effets liés à l'âge.

En 2005, près de 2 000 personnes ont eu au moins un remboursement pour un traitement substitutif aux opiacés à Marseille

En 2005, à Marseille, 1 968 assurés du régime général ont eu au moins un remboursement de traitement de substitution aux opiacés (buprénorphine ou méthadone), dont 70 % par buprénorphine.

La proportion standardisée d'assurés ayant eu au moins un remboursement de ces substances s'élevait à 2,36 pour 1 000 personnes à Marseille (3,53 pour 1 000 pour les hommes et 1,21 pour 1 000 pour les femmes), soit un taux comparable à celui observé au cours du 2^e semestre de l'année 2002 (2,2 pour 1 000) dans une autre étude réalisée à partir du même type de données (Cadet-Tairou, A. et al. 2004).

Cette proportion était légèrement plus faible que dans les autres grandes villes de la région PACA, comme Nice et Toulon, mais plus élevée que dans les Bouches-du-Rhône et la région.

Taux standardisés* d'assurés ayant eu au moins un remboursement de buprénorphine ou de méthadone en 2005 (régime général *stricto sensu*)

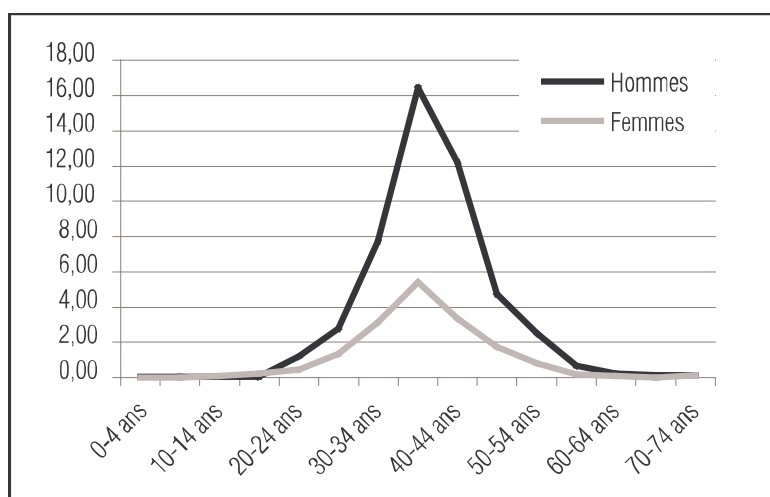
	Taux standardisé (pour 1 000)
PACA	1,93
Bouches-du-Rhône	1,80
Marseille	2,36
Nice	2,61
Toulon	2,88

* Population de référence : France métropolitaine RP 1999, classes décennales 0-9, 10-19... 80 ans et plus
Source : URCAM PACA, 2006

Des taux de remboursement pour un traitement substitutif aux opiacés maximums chez les hommes de 35-39 ans

A Marseille, 74 % des assurés ayant eu un remboursement de buprénorphine ou de méthadone étaient des hommes (proportion identique à celle de la région) et 77 % avaient entre 30 et 44 ans (74 % en PACA).

Avant 20 ans et après 60 ans, la part d'assurés ayant eu au moins un remboursement de buprénorphine ou de méthadone était pratiquement nulle. Le taux était maximal entre 35 et 39 ans pour les deux sexes (16,45 pour 1 000 chez les hommes, 5,43 pour 1 000 chez les femmes).



Taux bruts d'assurés ayant eu au moins un remboursement de buprénorphine ou de méthadone à Marseille en 2005 (régime général stricto sensu) (pour 1000 personnes)

Source : URCAM PACA 2006

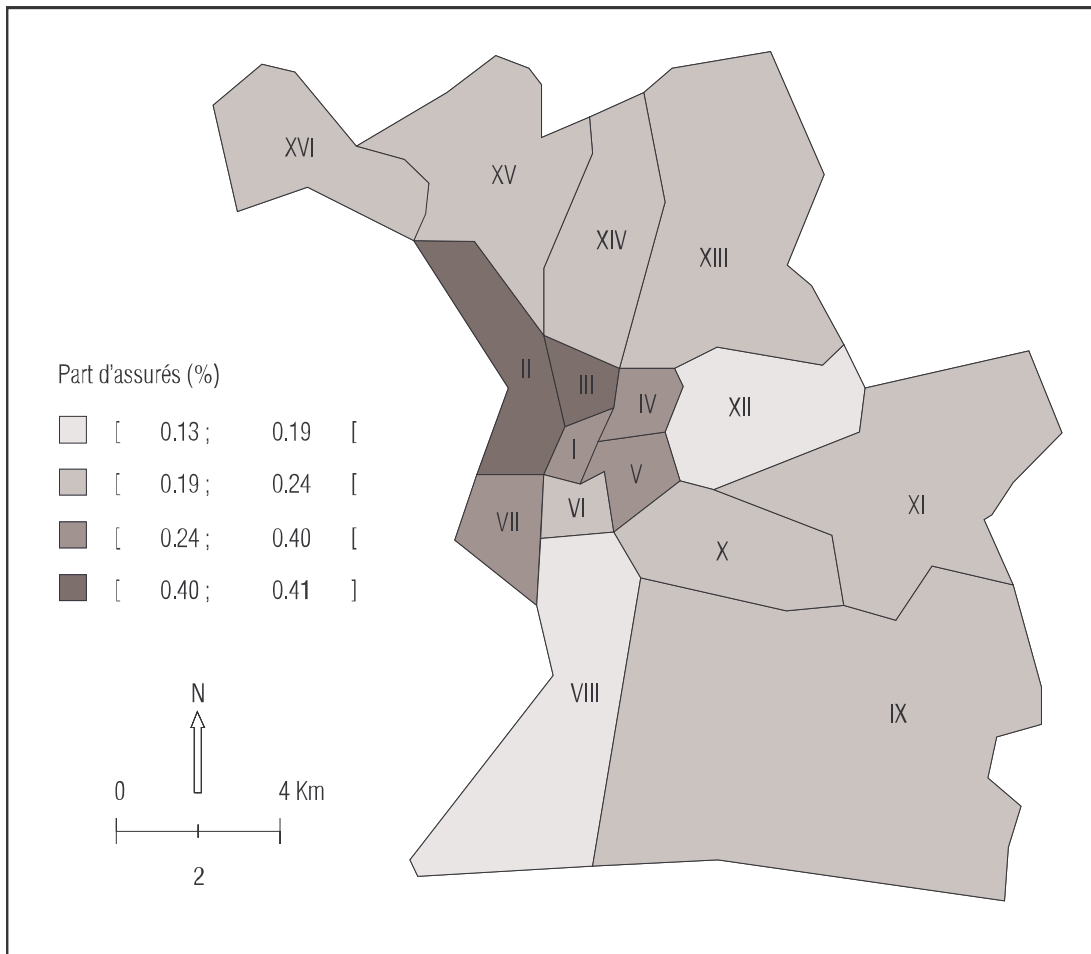
Plus de personnes en ALD et de bénéficiaires de la CMUC parmi les consommateurs de produits de substitution que dans la population générale

A Marseille, 53 % des individus ayant été remboursés pour un traitement de substitution aux opiacés étaient exonérés du ticket modérateur au titre d'une ALD (15,4 % en population générale à Marseille) ; 46 % étaient bénéficiaires de la CMUC (17,4 % en population générale à Marseille).

Ceci rejoint les résultats de l'enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales qui s'est déroulée en novembre 2003 en France (base de données DREES). Celle-ci montre l'importance de la précarité sociale et professionnelle des patients en traitement de substitution. Dans cette enquête, parmi les patients sous traitement de substitution appartenant à la population active dans les Bouches-du-Rhône, 28 % avaient un emploi stable, salarié ou indépendant (69 % en population générale dans le département selon le RP 1999) et 51 % étaient au chômage (20 % en population générale – www.sirsepaca.org). Parmi l'ensemble des patients sous traitement de substitution dans cette enquête, 35 % étaient bénéficiaires du RMI (8 % en population générale dans les Bouches-du-Rhône en 2001-2002 – www.sirsepaca.org).

Des remboursements de buprénorphine et de méthadone plus fréquents dans le centre de Marseille

La proportion d'assurés ayant eu au moins un remboursement de buprénorphine ou de méthadone n'était pas homogène sur le territoire de Marseille. Cette proportion était plus élevée dans les arrondissements centraux (maximum dans les 2^e et 3^e arrondissements) et plus faible dans les arrondissements périphériques, à l'exception du 9^e arrondissement.



Taux standardisé d'assurés ayant eu au moins un remboursement de buprénorphine ou de méthadone à Marseille en 2005 (régime général stricto sensu) (Population de référence : France métropolitaine RP 1999, classes décennales 0-9, 10-19... 80 ans et plus)

Source : URCAM PACA 2006

5.6. Les problèmes de santé mentale chez les personnes en situation de précarité : quelques résultats disponibles à Marseille

Contexte

Les données de la littérature sont concordantes et montrent l'existence d'une relation entre les conditions sociales et les maladies mentales (Lovell, A. 2004b). La dépression est par exemple plus fréquente chez les personnes inactives que chez les personnes actives (respectivement 32 % et 8 % chez les hommes, 44 % et 19 % chez les femmes). Chez les femmes, elle est également plus fréquente chez les employées et les ouvrières (23 %) que chez les cadres et artisans (16 %) (Le Pape, A. L., T. 1999). Des études ont également mis en évidence une prévalence de la schizophrénie plus élevée parmi les sujets issus de niveaux sociaux défavorisés (cf. partie 1).

En France, peu de résultats sont disponibles sur les problèmes de santé mentale chez les personnes fragilisées et/ou socialement marginalisées (migrants, personnes sans domicile fixe, personnes âgées...) (Cases, C. et al. 2004b). Durant l'hiver 1996, une étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 838 personnes sans abri vivant à Paris. Selon le questionnaire CIDI utilisé lors de cette enquête, 57,9 % de ces personnes avaient présenté un trouble psychiatrique au cours de leur vie (prévalence vie entière) et 29,1% au cours de l'année (prévalence sur un an). Cette enquête a estimé la prévalence des troubles d'abus ou de dépendance à l'alcool à 24,9 % sur la vie et 14,9 % sur six mois et celle des troubles psychotiques à 16 % sur la vie et 6 % sur six mois (Kovess, V. et al. 1997; Kovess, V. 2000).

Le lien entre maladie mentale et conditions sociales est difficile et délicat à interpréter. Dans un premier temps, il faudrait pouvoir exclure que cette association est due aux aléas de la méthode. Il est en effet possible que le processus diagnostique surestime le poids de la maladie mentale dans les classes socialement désavantagées, notamment celles ayant une spécificité culturelle. La classification des troubles reflète implicitement des normes qui sont celles d'une classe, d'un genre, d'une culture. Les normes et les pratiques des autres groupes sont par conséquent définies comme « hors norme » ou pathologiques. Une autre hypothèse tient au fait que certaines conditions de vie extrêmes peuvent provoquer des comportements faussement interprétés comme des signes de trouble mental. Pour les personnes sans abri, les troubles cognitifs associés à un sommeil constamment interrompu ou à une mauvaise nutrition, la peur de manquer des ressources matérielles en sont des exemples. Le fait que la relation entre trouble mental et conditions sociales soit partiellement un artefact a été peu étudié (Lovell, A. 2004b).

Malgré ces réserves, on peut s'interroger sur le sens de la causalité entre maladie mentale et facteurs socio-économiques : les troubles résultent-ils de situations difficiles liées à des positions sociales désavantagées (hypothèse de la « causalité sociale ») ? ou bien cette relation résulte-t-elle d'une mobilité sociale descendante ou d'une incapacité à monter dans la hiérarchie sociale pour les personnes déjà atteintes de trouble mental ? Dans le cas de la schizophrénie, les études de mobilité inter et intragénérationnelle menées jusqu'à présent n'ont pas permis de mettre en évidence le rôle prépondérant de l'un ou de l'autre de ces mécanismes. D'autres études ont étudié l'hypothèse de la causalité sociale dans le cas du chômage. A la suite de fermetures d'usines, les ouvriers ayant été licenciés ont eu significativement plus de psychopathologies que ceux ayant continué à travailler (Lovell, A. 2004b).

Faits marquants

- En 2002, une enquête a été menée auprès d'environ 500 bénéficiaires du RMI reçus en consultation par les médecins des pôles d'insertion des Bouches-du-Rhône, selon la même méthodologie qu'une enquête réalisée en 1996. Ces personnes ne sont pas représentatives de l'ensemble des bénéficiaires du RMI puisqu'elles ont été identifiées comme ayant un problème de santé constituant un frein pour l'insertion et orientées vers un médecin du dispositif. Les personnes enquêtées se sentaient globalement en moins bonne santé que la population générale. Les troubles psychiatriques étaient, avec les troubles ostéoarticulaires, les problèmes de santé les plus fréquents, selon les médecins. Près d'une personne sur 4 présentait des troubles psychiatriques, contre moins d'une sur 5 en 1996. Les données recueillies lors de l'enquête ne permettent pas de décrire avec plus de précision les pathologies psychiatriques les plus fréquentes. Les problèmes psychiatriques représentaient par ailleurs le premier motif de traitement médicamenteux au long cours.
- Les professionnels du Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde Marseille sont de plus en plus souvent confrontés aux problèmes de santé mentale. En 2005, 547 consultations de psychiatrie ont été réalisées, soit une augmentation de 58 % par rapport à l'année précédente alors que le nombre de vacations de psychiatre est resté stable. La « psychiatrie » arrivait au premier rang des diagnostics portés par les médecins. Dans la majorité des cas, les personnes souffrent en raison de traumatismes qu'ils ont subis dans leur pays d'origine et des conditions de vie très difficiles dans lesquelles ils vivent en France et qui les maintiennent dans un état de « stress » permanent. D'autres patients sont atteints de troubles psychiatriques mais sont souvent en rupture de traitement depuis longtemps.
- Les personnes sans abri rencontrées par les bénévoles de la mission « SDF » de Médecins du Monde souffrent fréquemment de dépendance alcoolique, de dépression caractérisée, de schizophrénie et sont très souvent dans des états de souffrances psychologiques induits par leurs conditions de vie très difficiles.
- L'équipe du CASO et de la mission auprès des personnes sans abri de Médecins du Monde identifie un certain nombre de difficultés liées à la prise en charge des problèmes de santé mentale chez des personnes en situation de précarité à Marseille : manque de formation des acteurs des structures d'accueil de première ligne, absence de sectorisation des personnes sans abri constituant un obstacle à la continuité des soins, absence de lieux de consultation psychologique « bas seuil » facilement accessibles, difficultés d'accès au suivi psychologique dans les CMP (délais, conditions non adaptées à ce public), difficultés d'accès à l'hôpital en cas de crise, manque de structures d'accueil adaptées pour prendre en charge ces personnes après une hospitalisation, etc.

5.6.1. Les problèmes de santé mentale parmi les bénéficiaires du RMI orientés vers une consultation médicale

Méthodologie : enquête sur la santé d'un sous-groupe de bénéficiaires du RMI

Une enquête transversale a été menée entre le 1^{er} février et le 30 mai 2002 auprès des bénéficiaires du RMI reçus en consultation par les médecins des pôles d'insertion des Bouches-du-Rhône. Au total, 504 questionnaires ont été exploités. Les données médicales ont été renseignées par le médecin et n'ont pas été collectées à l'aide d'outils de diagnostic standardisés. Le traitement des données a été réalisé par le Conseiller Technique Santé de la Direction de l'insertion du Conseil général des Bouches-du-Rhône. Cette enquête a été réalisée selon la même méthodologie qu'une enquête menée en 1996 auprès du même public, autorisant ainsi des comparaisons temporelles.

A noter que les personnes concernées par cette enquête ne constituent pas un échantillon représentatif de l'ensemble des bénéficiaires du RMI du département. En effet, seules les personnes pour qui l'existence d'un problème de santé constitue un frein pour l'insertion sont orientées vers le médecin du pôle d'insertion.

Les personnes reçues par les médecins du dispositif RMI : une majorité de femmes, des situations d'isolement familial très fréquentes

Les personnes reçues par les médecins du dispositif RMI durant la période de l'enquête étaient majoritairement des femmes et près de 4 personnes sur 10 étaient âgées de 50 ans ou plus.

Une personne sur 5 était hébergée chez des parents ou des amis et 4 % étaient en « grande difficulté » de logement (centre d'accueil d'urgence, logement de fortune, squat, rue).

Du point de vue familial, près de 80 % des personnes étaient « isolées » (célibataires, divorcées, séparées ou veuves) et 21 % étaient issues d'une famille monoparentale, ce qui est proche de la moyenne départementale.

Les personnes ayant un niveau d'instruction « primaire » ou « CAP-BEP » étaient plus nombreuses parmi les bénéficiaires du RMI enquêtés que dans la population générale.

Parmi la population enquêtée, 93 % des personnes bénéficiaient d'une couverture sociale de base, dont 96 % bénéficiaient également de la CMU Complémentaire.

Caractéristiques des bénéficiaires du RMI enquêtés en 2002 (en % colonne)		
	Population enquêtée	Population générale ^a
<i>Genre</i>		
Homme	43,2	48,1
Femme	56,8	51,9
<i>Age</i>		
Moins de 30 ans	8,1	10,0 ^b
30-39 ans	21,8	20,9 ^b
40-49 ans	31,7	20,6 ^b
50 ans ou plus	38,0	48,4 ^b
<i>Nationalité</i>		
Nationalité française	78,4	94,3
<i>Logement</i>		
Hébergé chez des parents ou amis	21,0	/
Grande difficulté (centre d'accueil d'urgence, squat, rue...)	4,0	/
<i>Situation familiale</i>		
Isolé (célibataire, divorcé...)	78,8	/
Famille monoparentale	21,3	23,0
<i>Niveau d'instruction</i>		
Niveau bac et plus	11,4	31,9 ^c
Niveau CAP-BEP	42,0	22,6 ^c
Niveau primaire	37,0	14,5 ^c
Jamais scolarisé	9,6	/
<i>Couverture sociale</i>		
Bénéficiaire de la CMU de base	93,0	5,4 ^d
^a Données départementales issues du recensement de la population 1999 (sauf mention contraire) ^b Proportion parmi la population âgée de 25 ans ou plus ^c Proportion parmi la population âgée de 15 ans ou plus hors élèves et étudiants ^d Sources : CPAM, MSA 2002 Source : « Enquête Santé RMI 2002 », Conseil général des Bouches-du-Rhône, Direction de l'insertion – exploitation ORS PACA		

40 % des personnes enquêtées se sont déclarés en mauvais état de santé

En 2002, 41,5 % des bénéficiaires du RMI enquêtés ont qualifié leur état de santé de « mauvais » et 46,4 % de « moyen ». Au total, seuls 12 % d'entre eux ont déclaré être en bonne santé, contre 18 % lors de l'enquête précédente menée en 1996. Il semble donc que l'état de santé perçu par les bénéficiaires du RMI reçus en consultation se soit dégradé depuis 1996.

La proportion de personnes se déclarant être en bonne santé est très inférieure à celle observée en population générale : lors de l'enquête décennale santé réalisée en 2002-2003, 69 % de la population régionale ont déclaré que leur état de santé était « bon » ou « très bon ». Cette enquête a également montré qu'en PACA comme en France, les inégalités sociales de santé étaient importantes. Les personnes les plus démunies sont celles qui se sentent les plus malades. A âge et sexe identiques, les personnes à bas revenus avaient 2 fois plus de risques que les personnes aisées (revenu supérieur à la médiane) de se déclarer plutôt en mauvaise santé (Ventelou, B. et al. 2005).

Les caractéristiques des personnes incluses dans l'étude « Santé RMI » : faibles revenus (condition d'attribution du RMI) et existence d'un problème de santé constituant un frein pour l'insertion (du fait de

la méthodologie de l'enquête) expliquent sans doute en partie la forte proportion de personnes déclarant être en « mauvaise » santé observée dans cette étude.

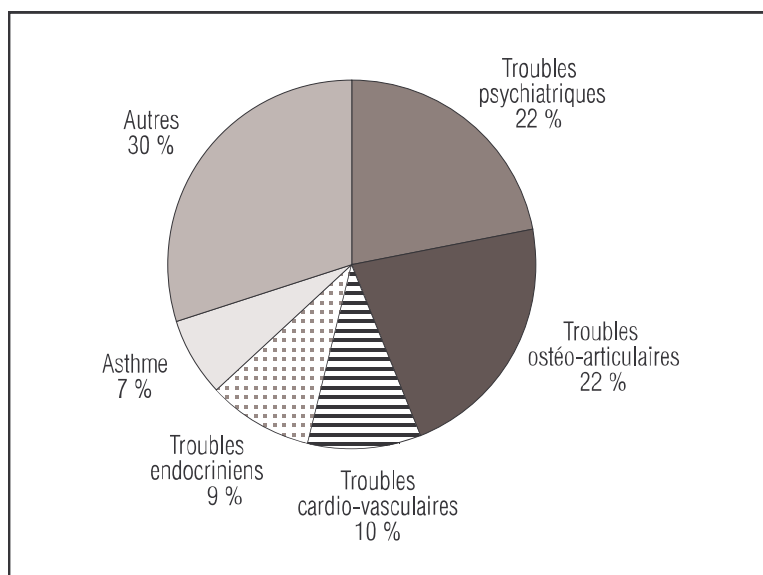
Etat de santé perçu (en %)			
	Enquête Santé RMI		Population générale
	1996	2002	
Bon	18,0	12,1	69,0
Moyen	42,0	46,4	31,0
Mauvais	40,0	41,5	(moyen ou mauvais)

Sources : « Enquête Santé RMI 2002 », Conseil général des Bouches-du-Rhône, Direction de l'insertion et INSEE, Enquête décennale santé 2002-2003 – exploitation ORS PACA

Les troubles psychiatriques : un des problèmes de santé les plus fréquents et le principal motif de traitement médicamenteux au long cours

Parmi les bénéficiaires du RMI enquêtés en 2002, 10 % avaient des antécédents personnels psychiatriques importants, selon les médecins.

De plus, les troubles psychiatriques figuraient parmi les problèmes de santé les plus fréquemment rapportés par les médecins ayant participé à l'enquête : selon eux, 22 % des personnes reçues présentaient de tels troubles, contre 19 % en 1996. Les données recueillies lors de l'enquête ne permettent pas de décrire avec plus de précision les pathologies psychiatriques les plus fréquentes.

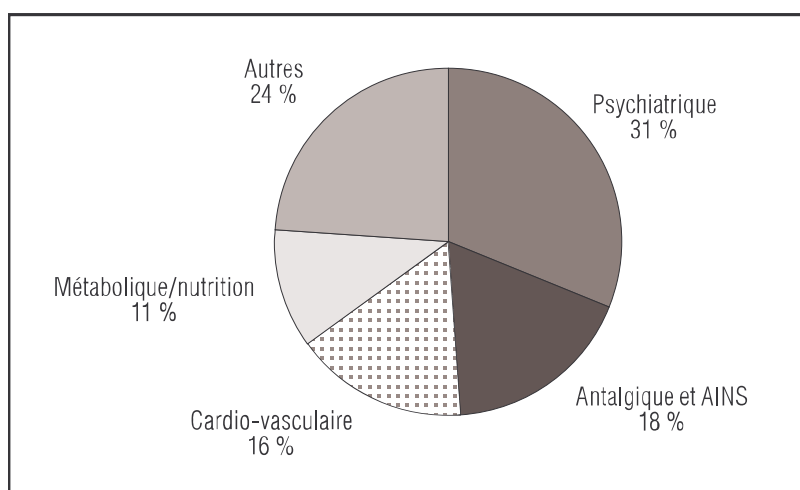


Pathologies les plus fréquentes chez les bénéficiaires du RMI enquêtés, selon les déclarations des médecins

Source : « Enquête Santé RMI 2002 », Conseil général des Bouches-du-Rhône, Direction de l'insertion – exploitation ORS PACA

Les problèmes psychiatriques représentaient par ailleurs le premier motif de traitement médicamenteux au long cours. Parmi les personnes enquêtées ayant au moins un traitement au long cours (65 % de l'ensemble des personnes enquêtées), près d'1 sur 3 était concernée par une « thérapeutique à visée psychiatrique », dont plus de la moitié pour « pathologies psychiatriques lourdes », selon les médecins ayant participé à l'enquête.

En 2005, selon les données de remboursement de l'Assurance maladie, dans le département des Bouches-du-Rhône, 23 % de la population couverte par le régime général ont eu au moins un remboursement pour un médicament psychotrope et 12,5 % au moins 4 remboursements. Bien que ces données ne soient pas tout à fait comparables (données déclaratives recueillies lors d'une enquête versus données issues des bases de remboursement de l'Assurance maladie), elles suggèrent que la consommation de psychotropes est plus fréquente parmi les bénéficiaires du RMI enquêtés que dans la population générale.



AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

Thérapeutiques les plus fréquentes chez les bénéficiaires du RMI enquêtés (classes thérapeutiques à visée...)

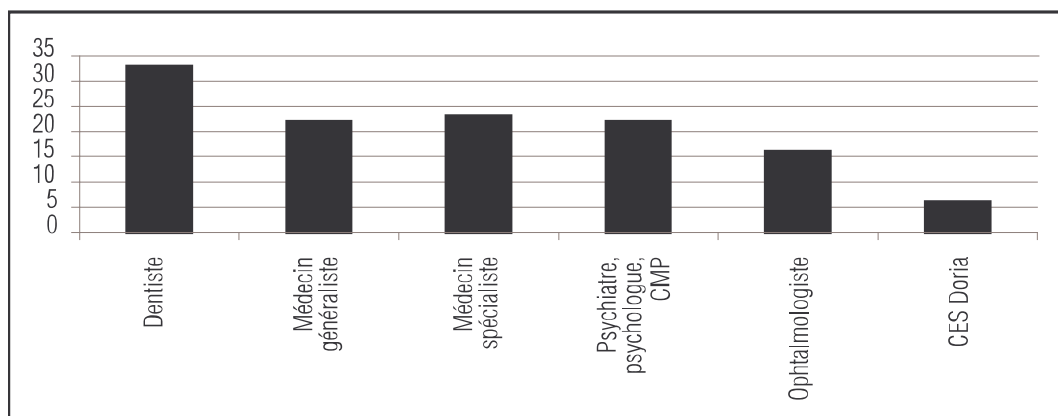
Source : « Enquête Santé RMI 2002 », Conseil général des Bouches-du-Rhône, Direction de l'insertion – exploitation ORS PACA

En 2002, selon les médecins ayant participé à l'enquête, 16,9 % des bénéficiaires du RMI enquêtés avaient un risque lié à l'alcool, 29 % fumaient plus de 10 cigarettes par jour (38 % en 1996), 1,8 % déclaraient consommer de la drogue par voie intra veineuse et 2,9 % présentaient d'autres problèmes de toxicomanie (« état de dépendance de drogues » y compris médicaments à visée toxicomaniaque).

Il semblerait que la proportion de « gros » fumeurs ait fortement diminué entre 1996 et 2002. Elle reste néanmoins très supérieure à celle observée dans la population générale : selon le Baromètre santé 2005, 14 % de la population générale fument 10 cigarettes ou plus par jour (Wilquin, J. L. 2006).

22 % des personnes enquêtées ont été orientées vers un professionnel de la santé mentale

Lors de l'enquête menée en 2002, le médecin de pôle a jugé nécessaire d'orienter la personne reçue vers un professionnel de la santé mentale ou une structure spécialisée (psychiatre, psychologue ou CMP) dans 22 % des cas. Ces orientations étaient aussi fréquentes que celles vers un spécialiste ou un médecin généraliste.



Orientations préventives ou curatives proposées par le médecin (en %)

Source : « Enquête Santé RMI 2002 », Conseil général des Bouches-du-Rhône, Direction de l'insertion – exploitation ORS PACA

Pour la moitié des personnes reçues, le médecin de pôle a également jugé que des démarches administratives liées à la santé étaient nécessaires. Dans 58 % des cas, il s'agissait d'une orientation vers la COTOREP (19 % en 1996) et dans 18 % des cas, d'une orientation en rapport avec la CMUC.

Dans 72 % des cas, le médecin de pôle d'insertion a par ailleurs estimé que les démarches liées à la santé étaient compatibles avec d'autres démarches, le plus souvent des orientations « emploi-formation ».

Interventions des équipes de psychiatrie dans le dispositif RMI : retour des professionnels sur les activités réalisées et les problèmes rencontrés

Depuis 1997, le dispositif RMI dispose de vacations de spécialistes en psychiatrie afin d'aller à la rencontre des bénéficiaires qui auraient besoin d'une prise en charge et de soutenir les équipes sociales. En 2005-2006, 26 vacations hebdomadaires de psychologues et d'infirmières ont été réalisées (cf partie 4.4.3). Ci-dessous quelques résultats de cette activité et quelques témoignages des intervenants.

> **5^{ème}, 6^{ème} et 7^{ème} arrondissements** : en 2005-2006, ce pôle d'insertion, gérant 6 063 bénéficiaires (en juillet 2006), disposait de 3 vacations hebdomadaires d'infirmières et de psychologues. Au total, en 2006 :

- 236 rendez-vous ont été pris (113 personnes différentes) ;
- 163 consultations ont été honorées (75 personnes différentes) ;
- 31 personnes ont eu plus d'un entretien.

> **11 et 12^{ème} arrondissements** : en 2005-2006, les signes cliniques les plus fréquemment rencontrés étaient des troubles névrotiques, un repli sur soi, une diminution de la confiance et de l'estime de soi, une baisse de la motivation et de l'autonomie. En 2006, les intervenants ont noté « davantage de pathologies lourdes par rapport aux années précédentes, avec des personnes ayant déjà été suivies en psychiatrie et qui n'attendent rien d'une reprise des soins ».

> **8,9 et 10^{ème} arrondissements** : selon le témoignage des intervenants, les bénéficiaires souffrent de problématiques pouvant aller de la perte de confiance en soi jusqu'à la maladie psychiatrique. Dans 80 % des cas il s'agit de pathologies anxiodépressives et dans 20 % des cas de décompensations psychotiques, de personnalités limites avec souvent des problèmes d'addictions, des difficultés psychopathologiques avec passage à l'acte récurrent.

Source : Conseil général des Bouches-du-Rhône, Direction de l'insertion, rapport d'activité 2005-2005 de l'action « Santé mentale » - exploitation ORS PACA

5.6.2. Les problèmes de santé mentale chez les personnes reçues au Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation ou rencontrées par la mission auprès des personnes sans abri de Médecins du Monde Marseille

La « psychiatrie » : premier diagnostic porté par les médecins du CASO

En 2005, le CASO a réalisé 10 637 consultations (dont 3 040 consultations sociales, 4 684 consultations de médecine générale, 1 411 consultations spécialisées). La file active du CASO atteignait quasiment 3 000 personnes (Médecins du Monde 2005a).

En deux ans, le nombre de visites a augmenté de 32 % et la file active de 24 %. Le nombre de consultations spécialisées en psychiatrie a fortement augmenté en 2005 : + 58 % par rapport à 2004 (382 en 2004 ; 547 en 2005). Le nombre de vacations de psychiatres ayant peu augmenté sur cette période, l'accroissement du nombre de recours n'est pas lié à un « effet d'offre ».

En 2005, la « psychiatrie » arrivait en tête des diagnostics portés par les médecins, consultations de médecine générale et spécialisées confondues (13,1%), juste devant les problèmes ostéoarticulaires (12,7 %), dermatologiques (12,5 %) et ORL (12,3 %).

Ces indicateurs quantitatifs illustrent une réalité quotidienne très lourdement ressentie par les équipes du CASO : en effet, la plus grande difficulté rencontrée au CASO en 2005 se situait certainement dans l'afflux de patients atteints de pathologie psychiatrique, la majorité sans logement fixe, pour qui et avec qui il est extrêmement difficile de construire un projet de soin cohérent et durable.

Les patients souffrant de problèmes de santé mentale accueillis au CASO : des situations d'isolement social et de rupture de traitement très fréquentes

Schématiquement, parmi les personnes souffrant de problèmes de santé mentale accueillies au CASO, les professionnels identifient deux groupes distincts :

- Les patients les plus nombreux sont ceux qui souffrent en raison des traumatismes qu'ils ont subis dans leur pays d'origine et des conditions de vie de plus en plus difficiles qu'ils trouvent dans leur pays d'accueil, la France. Ces conditions les maintiennent dans un état de « stress » permanent.
- L'autre catégorie de patients concerne des malades mentaux, dont l'histoire psychiatrique est toujours très ancienne, dont la prise en charge thérapeutique a été insuffisante, inadaptée, ou interrompue trop précocement, que ce soit du fait du patient ou de l'institution.

Les patients souffrant de problèmes de santé mentale accueillis au CASO sont toujours « désocialisés » : ils sont en errance, vivent souvent dans la rue, n'ont aucune ressource ; ils ne font souvent pas les démarches nécessaires pour continuer à percevoir leur allocation adulte handicapé (AAH) ou leur pension d'invalidité. Ces personnes sont en rupture de traitement, souvent depuis longtemps. Leur état général est souvent très altéré, tant sur le plan physique que psychique : dénutrition, alcoolisation souvent associée, manque d'hygiène corporelle, affections intercurrentes non traitées. Les équipes de bénévoles témoignent aussi des situations suivantes : état de grande confusion, délire, vagabondage pathologique, agressivité agie ou subie.

Dépendance alcoolique, dépression et souffrance psychologique : des problèmes majeurs chez les personnes rencontrées par la mission auprès des personnes sans abri

En 2005, la file active de la mission auprès des personnes sans abri de Médecins du Monde Marseille peut être estimée aux environs de 120 personnes et le nombre de contacts à environ 3 000 (Médecins du Monde 2005b).

Pour un échantillon de 51 dossiers régulièrement mis à jour en 2005, la population rencontrée se caractérisait par une forte proportion d'hommes (80 %) et de personnes de nationalité française (69 %). La moyenne d'âge était d'environ 48 ans.

Les pathologies rencontrées étaient essentiellement les pathologies neuropsychiatriques. Sur les 51 personnes suivies, 42 (82 %) présentaient une dépendance alcoolique, 23 (45 %) souffraient de dépression caractérisée, 15 (29 %) étaient atteints de schizophrénie et 3 (6 %) présentaient un retard mental léger.

Les bénévoles de la mission témoignent également de la fréquence des états de souffrance psychologique et de graves troubles du sommeil (stress, insécurité dans la rue, dans les foyers et centres d'accueil).

Point de vue des équipes du CASO et de la mission auprès des personnes sans abri de Médecins du Monde sur les problèmes de prise en charge des problèmes de santé mentale chez des personnes sans abri à Marseille

En amont de la « crise »

La 1^{ère} difficulté dans le travail de rue est d'amener les personnes en errance à reconnaître leur besoin en santé mentale. Ce problème est à la fois lié à la spécificité de la maladie mentale (difficulté de reconnaissance de la maladie par la personne), aux expériences passées en institution psychiatrique ainsi qu'à une perte de confiance dans « le système ». Viennent s'ajouter d'autres difficultés :

- les acteurs de première ligne (équipes de police, pompiers, Samu social, personnels d'accueil de jour et des structures d'hébergement, etc.) ne reçoivent généralement pas de formation en santé mentale leur permettant de repérer les personnes en situation de détresse psychique et de les orienter de façon adéquate ;
- il est difficile d'obtenir un rendez-vous avec un psychiatre ou un psychologue en CMP pour les personnes sans abri ;
- la seule équipe « mobile de précarité » à Marseille ne travaille pas directement dans la rue. Elle effectue son travail au sein des structures déjà existantes et intervient lors de rares signalements.

Lors d'une hospitalisation en psychiatrie

A Marseille, la sectorisation des personnes sans abri est un processus en cours. Le choix de la date de naissance du patient comme critère d'orientation vers tel ou tel hôpital d'admission, devrait maintenant garantir une continuité des soins lors d'éventuelles hospitalisations ultérieures. Néanmoins, le manque de places et parfois, les réticences à accueillir ces patients dans les services hospitaliers ont pour conséquence une très grande difficulté d'accès à l'hôpital psychiatrique pour les populations les plus précaires.

Lors des hospitalisations, les poly pathologies dont les personnes sans abri sont atteintes découragent souvent les soignants. D'autre part, la clinique singulière, conséquence d'une longue période d'errance, reste largement méconnue des professionnels de santé mentale. La grande précarité et l'alcoolisme modifient les symptômes et parfois le cours de la maladie elle-même.

En aval de la « crise »

Après la sortie de l'hôpital psychiatrique, la continuité des soins nécessiterait souvent l'engagement de l'équipe hospitalière dans un véritable travail de secteur, ce qui signifie parfois d'aller voir la personne là où elle vit, dans la rue. Ce suivi n'est pas réalisé.

Par ailleurs, l'intrication des problématiques sociales et psychiques n'est pas suffisamment prise en compte. Le logement à la sortie de l'hospitalisation psychiatrique reste un problème non résolu pour la plupart des patients sans abri. La maladie elle-même rend parfois le « vivre chez soi » en logement classique difficile et parfois momentanément impossible. Le manque de structures adaptées à des personnes en phase de convalescence et présentant un handicap psychique sévère est un problème majeur à Marseille. Les CHRS sont saturés et dépourvus de personnel de santé mentale. Les équipes de Médecins du Monde sont ainsi souvent amenées à travailler avec des lieux de vie alternatifs, comme celui créé par les Restos du cœur à Aubagne (la Ferme de Vogue la Galère) et le nouveau lieu de vie alternatif « Marabout » créé dans le centre ville (46, rue Curiol). Le secteur de psychiatrie est le plus souvent démuné pour répondre aux besoins de ces populations.

Références

- Adlaf, E. M., L. Gliksman, et al. (2001). "The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Campus Survey." J Am Coll Health **50**(2): 67-72.
- AHCPR (1993). "Depression in primary care: detection, diagnosis, and treatment. Agency for Health Care Policy and Research." Clin Pract Guidel Quick Ref Guide Clin(5): 1-20.
- Alezrah, C., H. Bokobza, et al. (2004). Une démographie professionnelle problématique. Santé mentale et société. A. M. Lovell. Paris, La documentation Française: 90-92.
- Alonso, J., M. C. Angermeyer, et al. (2004). "Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project." Acta Psychiatr Scand Suppl(420): 55-64.
- Alonso, J., M. C. Angermeyer, et al. (2004c). "12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project." Acta Psychiatr Scand Suppl(420): 28-37.
- Alonso, J., M. C. Angermeyer, et al. (2004d). "Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project." Acta Psychiatr Scand Suppl(420): 47-54.
- Alonso, J., M. C. Angermeyer, et al. (2004e). "Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project." Acta Psychiatr Scand Suppl(420): 38-46.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., et al. (2004b). "Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project." Acta Psychiatr Scand **420**: 21-7.
- Altshuler, L. L., R. M. Post, et al. (1995). "Antidepressant-induced mania and cycle acceleration: a controversy revisited." Am J Psychiatry **152**(8): 1130-8.
- Amar, E. et D. Balsan (2004). "Les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001." DREES, Etudes et Résultats **285**: 8.
- ANAES (2000). La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge. Conférence de Consensus.
- Andrews, G., Peters, L. (1998). "The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **33**(2): 80-8.
- Anguis, M., J. Roelandt, et al. (2001). "La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites." Etudes et Résultats **116**: 1-8.
- APA (1994). Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder. Fourth edition. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Apter, A., N. Horesh, et al. (2003). "Depression and suicidal behavior in adolescent inpatients with obsessive compulsive disorder." J Affect Disord **75**(2): 181-9.
- Arseneault, L., M. Cannon, et al. (2002). "Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study." Bmj **325**(7374): 1212-3.
- Arwidson, P. et P. Guilbert (2001). Consommation de soins et de médicaments. Baromètre santé 2000. Résultats. Volume 2. P. Guilbert, F. Baudier et A. Gautier. Vanves, éditions CFES: 311-24.
- ASEP, EPSM, et al. (2001). La santé mentale en population générale. Rapport de la 1ère phase d'enquête 1998-2001.
- Barrett, J. E., J. A. Barrett, et al. (1988). "The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice." Arch Gen Psychiatry **45**(12): 1100-6.

- Beautrais, A. L., P. R. Joyce, et al. (1999). "Cannabis abuse and serious suicide attempts." Addiction **94**(8): 1155-64.
- Bernal, M., J. M. Haro, et al. (2006). "Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study." J Affect Disord.
- Bernard, Y. (2004). Aux origines de la sectorisation psychiatrique. Santé mentale et société. A. M. Lovell. Paris, La documentation Française: 75-77.
- Biarez, S. (2004). De la sectorisation à l'intersectorialité. Santé mentale et société. A. M. Lovell. Paris, La documentation Française: 77-80.
- Boisguerin, B. (2004). "État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003." Etudes et Résultats **294**: 1-8.
- Boisguerin, B., F. Casadebaig, et al. (1999). Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, les cliniques privées, et les établissements de réadaptation et de postcure. DGS-Inserm-CCOMS.
- Borgès Da Silva, G., G. Borgès Da Silva, et al. (1998). "Prévalence des affections psychiatriques reconnues en affections de longue durée par le Régime général chez ses affiliés." Revue Médicale de l'Assurance Maladie **4**: 50-63.
- Boyer, P., R. Dardennes, et al. (1999). Dépression et santé publique : données et réflexions. Paris.
- Brachet, S., M. Girod, et al. (1998). "Le Mal-Être Etudiant " : Cause ou conséquence de l'échec à l'Université ? : 64.
- Bromet, E. J. et S. Fennig (1999). "Epidemiology and natural history of schizophrenia." Biol Psychiatry **46**(7): 871-81.
- Burvill, P. W. (1995). "Recent progress in the epidemiology of major depression." Epidemiol Rev **17**(1): 21-31.
- Button, E. J., E. J. Sonuga-Barke, et al. (1996). "A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: questionnaire findings." Br J Clin Psychol **35 (Pt 2)**: 193-203.
- Cadet-Tairou, A. et D. Cholley (2004). Approche régionale de la substitution aux opiacés 1999-2002 – Pratiques et disparités à travers 13 sites français. Saint-Denis.
- Cantor-Graae, E., L. Nordstrom, et al. (2001). "Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden." Schizophr Res **48**(1): 69-82.
- Carrasco, V. et D. Baubeau (2003). "Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale." Etudes et Résultats **212**: 1-8.
- Carrasco, V., M. Coldefy, et al. (2005). "L'activité des établissements de santé en 2004 en hospitalisation complète et partielle." Etudes et Résultats - DREES **456**: 1-12.
- Carson, A. J., S. Dias, et al. (2000). "Mental health in medical students. A case control study using the 60 item General Health Questionnaire." Scott Med J **45**(4): 115-6.
- Cases, C. et D. Baubeau (2004a). "Peut-on quantifier les besoins de santé ?" DREES, Solidarités et santé **1**: 17-22.
- Cases, C. et E. Salines (2004b). "Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage." Revue française des Affaires sociales **1**: 181-204.
- Cavallini, M. C., S. Bertelli, et al. (2000). "Complex segregation analysis of obsessive-compulsive disorder in 141 families of eating disorder probands, with and without obsessive-compulsive disorder." Am J Med Genet **96**(3): 384-91.
- Chapireau, F. (2002). "Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et en 2000." Etudes et Résultats **206**: 1-12.

- Chapireau, F. (2004). "Le devenir sur deux ans des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique." Etudes et Résultats - DREES **304**.
- Chapireau, F. (2006). "Les recours aux soins spécialisés en santé mentale." Etudes et Résultats - DREES **533**: 1-8.
- Charitat, H., Schmitt, L. (2002). Epidémiologie des troubles de la personnalité. Les troubles de la personnalité, féline, A., Guelfi, JD., Hardy, P.: 123-134.
- Chevallier, E. (2001). Estimations locales de la prévalence de l'usage d'opiacés et cocaïne en France. Paris, OFDT.
- Choquet, M. et G. Granboulan (2004). Les jeunes suicidants à l'hôpital. Paris.
- Choquet, M. et S. Ledoux (1994). Adolescents : enquête nationale. Paris, INSERM.
- Chouaniere, D. (2006). Stress et risque psychosociaux : concepts et prévention. Document pour le médecin du travail. TC 108. INRS: 18.
- Ciarlo, J. A., D. L. Shern, et al. (1992). "The Colorado social health survey of mental health service needs." Evaluation and Program Planning, **15**: 133-147.
- CNAMTS (2004). Incidences médico-sociales des ALD 30 en 1999. Données du régime général de l'assurance maladie. M. d. S. d. V. Direction du Service Médical, Mission Statistique.
- Coldefy, M. (2005). "Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France." Etudes et Résultats - DREES **443**.
- Coldefy, M., F. Bousquet, et al. (2002a). "Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999." Etudes et Résultats - DREES **163**: 1-11.
- Coldefy, M., P. Faure, et al. (2002b). "La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux." Etudes et Résultats - DREES **181**: 1-12.
- Coldefy, M. et E. Salines (2004). "Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités." Etudes et Résultats - DREES **342**: 1-12.
- Conseil général des Bouches-du-Rhône Direction de l'insertion (2006). rapport d'activité 2005-2005 de l'action « Santé mentale ».
- Cooper, M. L., M. Russell, et al. (1992). "Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies." J Abnorm Psychol **101**(1): 139-52.
- Cooper, Z., P. J. Cooper, et al. (1985). "The specificity of the Eating Disorder Inventory." Br J Clin Psychol **24 (Pt 2)**: 129-30.
- Corruble, E., D. Ginestet, et al. (1996). "Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review." J Affect Disord **37**(2-3): 157-70.
- Cyr, M., J. Toupin, et al. (1994). "Assessment of independent living skills for psychotic patients: further validity and reliability." J Nerv Ment Dis **182**(2): 91-97.
- Darcourt, G., Chaine, F., Guelfi, JD. (2002). La personnalité borderline. Les troubles de la personnalité, féline, A., Guelfi, JD., Hardy, P.: 185-197.
- Demyttenaere, K., R. Bruffaerts, et al. (2004). "Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys." JAMA **291**(21): 2581-90.
- DRTEFP PACA, Région PACA, et al. (2006). Santé, sécurité, conditions de travail: tableau de bord régional Provence Alpes Côte d'Azur. Edition 2006
- Edwards, T. C., D. L. Patrick, et al. (2003). "Quality of life of adolescents with perceived disabilities." J Pediatr Psychol **28**(4): 233-41.
- Escande, M., Gomez-Senoussi, E. (2002). La personnalité hystérique (histrionique). Les troubles de la personnalité, féline, A., Guelfi, JD., Hardy, P.: 198-209.

- Fagerstrom, K. O. (1978). "Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment." Addict Behav **3**(3-4): 235-41.
- Fagerstrom, K. O. et N. G. Schneider (1989). "Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire." J Behav Med **12**(2): 159-82.
- Fairburn, C. G. (1990). "Bulimia nervosa." Bmj **300**(6723): 485-7.
- Fairburn, C. G. et S. J. Beglin (1994). "Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire?" Int J Eat Disord **16**(4): 363-70.
- Falissard, B., Loze, JY., Gasquet, I., Duburc, A., De Beaurepaire, C., Fagnani, F., Rouillon, F. (2006). "Prevalence of mental disorders in french prison for men." BMC psychiatry **6**(33): 1-6.
- Féline, A., Guelfi, JD., Hardy, P. (2002). les troubles de la personnalité.
- Fontenelle, L. F., M. V. Mendlowicz, et al. (2006). "The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder." Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry **30**(3): 327-37.
- Frank, J. D. (1973). Persuasion and healing. Baltimore.
- Freeman, M. P., S. A. Freeman, et al. (2002). "The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues." J Affect Disord **68**(1): 1-23.
- Fuhrer, R. et F. Rouillon (1989). "La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation." Psychiatr & Psychobiol **4**: 163-6.
- Gandilhon, M., A. Cadet-Taïrou, et al. (2006). "Septième rapport national du dispositif TREND." Tendances **52**: 1-4.
- Garner, D. a. G., PE. (1979). "The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of Anorexia Nervosa." Psychol Med **9**: 273-279.
- Garner, D. a. O., M. (1983). "Development and validation of a multi-dimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia." Int J Eat Disord **2**: 15-34.
- Gasquet, I., L. Negre-Pages, et al. (2005). "[Psychotropic drug use and mental psychiatric disorders in France; results of the general population ESEMeD/MHEDEA 2000 epidemiological study]." Encephale **31**(2): 195-206.
- Gausset, M. F., F. Casadebaig, et al. (1992). "Mortalité des malades mentaux." Encephale **18**: 93-100.
- Gillberg, C. (2001). Schizophrenia in children and adolescents. Epidemiology of early onset schizophrenia. Cambridge, Remschmidt, H.: 43-59.
- Goldberg, D. P., Hiller, V. F. (1979). "A scaled version of the General Health Questionnaire." Psychological Medicine **41**(209-218).
- Goldberg, J. F. et C. L. Ernst (2002). "Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder." J Clin Psychiatry **63**(11): 985-91.
- Gouyon, M. (2006a). "Les recours aux médecins urgentistes de ville." Etudes et Résultats **480**: 1-8.
- Gouyon, M. (2006b). Les urgences en médecine générale, DREES SÉRIE STATISTIQUES: 51.
- GTNDO (2003). Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique. Définition d'objectifs du Groupe Technique National de Définition des Objectifs. Direction Générale de la santé. Paris: p 535-542.
- Guelfi, J. D. H., B. (2005). "Troubles de la personnalité. Les personnalités du "cluster A" de la classification du DSM IV." Annales Médico Psychologiques **163**: 78-94.
- Guilbert, P., X. Pommereau, et al. (2000). Pensées suicidaires et tentatives de suicide. Baromètre Santé 2000 - Résultats Volume 2. P. Guilbert, F. Baudier et A. Gautier. Saint-Denis, Editions CFES: 163-185.

- Halbreich, U. et L. S. Kahn (2003). "Hormonal aspects of schizophrenias: an overview." Psychoneuroendocrinology **28 Suppl 2**: 1-16.
- Hall, W. (2006). "Is cannabis use psychotogenic?" Lancet **367**(9506): 193-5.
- Hardy, P. (2002). Troubles de la personnalité et conduites suicidaires. Les troubles de la personnalité, Féline, A., Guelfi, J.D., Hardy, P.: 361-378.
- Harkavy-Friedman, J. M., Nelson, E.A., Venarde, D.F. (2001). "Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder." Clinical Neuroscience Research **1**: 345-350.
- HAS (2005). Troubles Obsessionnels compulsifs (TOC) résistants : prise en charge et place de la neurochirurgie fonctionnelle. Saint denis: 80.
- Haute couverture, S., F. Limosin, et al. (2006). "Epidémiologie des troubles schizophréniques." Presse Médicale **35**: 461-468.
- HCSP (2000). La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes.
- Henderson, M. et C. P. Freeman (1987). "A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'." Br J Psychiatry **150**: 18-24.
- Hennekens, C. H., A. R. Hennekens, et al. (2005). "Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease." Am Heart J **150**(6): 1115-21.
- Hoek, H. W., A. I. Bartelds, et al. (1995). "Impact of urbanization on detection rates of eating disorders." Am J Psychiatry **152**(9): 1272-8.
- Holderness, C. C., J. Brooks-Gunn, et al. (1994). "Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature." Int J Eat Disord **16**(1): 1-34.
- Humphris, G., A. Blinkhorn, et al. (2002). "Psychological stress in undergraduate dental students: baseline results from seven European dental schools." Eur J Dent Educ **6**(1): 22-9.
- INSERM (2003). Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance Tolbiac.
- INSERM (2004). Tabac. Comprendre la dépendance pour agir. Tolbiac.
- Jaeger, M. (2004). Le manque de coopération entre les différents acteurs. Santé mentale et société. A. M. Lovell. Paris, La documentation Française: 96-97.
- Joseph, I. (2004). Les urgences psychiatriques en ville. Santé mentale et société. L. A. M. Paris, La documentation française: 85-86.
- Joubert, M. (2003). Perturbations sociales et santé mentale. Santé mentale, ville et violences sous la direction de M. Joubert. Ramonville Saint Agne, ERES: 14-17.
- Kalus, O., Bernstein, D., Siever, L. (1993). "Schizoid personality disorder: a review of current status and implication for DSM IV." J Pers Disord **7**: 43-52.
- Keller, M. B., P. W. Lavori, et al. (1992). "Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. A 5-year prospective follow-up of 431 subjects." Archives Of General Psychiatry **49**(10): 809-816.
- Kessler, R. C. (1997). Treatment Strategies for Patients with Psychiatric Comorbidity. The prevalence of psychiatric comorbidity. John Wiley & Sons: New York.
- Kessler, R. C., P. Berglund, et al. (2005). "Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003." Jama **293**(20): 2487-95.
- Kessler, R. C., C. B. Nelson, et al. (1996). "Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey." The British Journal Of Psychiatry. **30**: 17-30.
- Kovess-Masféty, V. (2003). "Les indicateurs de santé mentale." adsp **42**: 53-57.

- Kovess, V. (2000). "Troubles psychiatriques et utilisation des soins chez les sans abri à Paris abus et dépendance à l'alcool et aux drogues." ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE **22**(2): 121-129.
- Kovess, V., Fournier, L. (1990). "The DISSA: an abridged self-administered version of the DIS. Approach by episode." Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology **25**(4): 179-86.
- Kovess, V., A. Lesage, et al. (2001). Planification et évaluation des besoins en santé mentale.
- Kovess, V. et C. Mangin-Lazarus (1997). "La santé des sans abri à Paris." La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale **9**: 17-24.
- Kraus, G. et D. J. Reynolds (2001). "The "A-B-C's" of the cluster B's: identifying, understanding, and treating cluster B personality disorders." Clin Psychol Rev **21**(3): 345-73.
- Kuruppuarachchi, K. A. et S. S. Williams (2002). "Psychological distress among university students." Ceylon Med J **47**(3): 103.
- Kusyszyn, I. (1972). "The gambling addict versus the gambling professional. A difference in character?" Int J Addict **7**(2): 387-93.
- Ladouceur, R. et r. H. Shaffe (2005). "Treating Problem Gamblers: Working towards Empirically Supported Treatment." J Gambl Stud. **21**(1): 1-4.
- Ladouceur, R., C. Sylvain, et al. (2006). "Pathological Gamblers: Inpatients' versus Outpatients' Characteristics." J Gambl Stud. **22**(4): 443-50.
- Lamboy, B. (2006). Les troubles dépressifs et leur prise en charge. Baromètre santé 2005. Premiers résultats. P. Guilbert et A. Gautier. Saint-Denis, éditions inpes: 69-76.
- Le Moigne, P. (2004a). La sur-consommation de psychotropes en France. Santé mentale et société. L. A M. Paris, La documentation française: 56-58.
- Le Moigne, P. (2004b). Qu'est-ce qu'un médicament psychotrope ? Santé mentale et société. L. A M. Paris, La Documentation Française: 58.
- Le Pape, A. et T. Lecomte (1999). Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-97. **1277**.
- Le Pape, A. L., T. (1999). "Prévalence et prise en charge médicale de la dépression 1996-1997." questions d'économie de la santé **21**: 6.
- Lebargy, F., Becquart, LA., Picavet, B. (2005). "Epidémiologie du tabagisme. Aide à l'arrêt du tabac." EMC - Médecine **2**: 171-190.
- Lecadet, J., P. Vidal, et al. (2003a). "Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I . Données nationales, 2000." Revue Médicale de l'Assurance Maladie **34**(2): 75-84.
- Lecadet, J., P. Vidal, et al. (2003b). "Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. II. Données et comparaisons régionales, 2000." Revue Médicale de l'Assurance Maladie **34**(4): 233-48.
- Lecrubier, Y., H. U. Wittchen, et al. (2000). "A European perspective on social anxiety disorder." Eur Psychiatry **15**(1): 5-16.
- Legleye, S., T. Rosilio, et al. (2005). Alcoolisation, un phénomène complexe. Baromètre santé 2005. premiers résultats. INPES. Saint denis, Guilbert, P., Gautier, A.: 39-48.
- Lenzenweger, M. F., M. C. Lane, et al. (2007). "DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication." Biol Psychiatry.
- Lepine, J. P. et J. Lellouch (1995). "Classification and epidemiology of social phobia." Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci **244**(6): 290-6.
- Leroux, I. et T. Morin (2006). "Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale." DREES, Etudes et Résultats **545**: 1-4.

- Loas, G. (2002). La personnalité dépendante. Les troubles de la personnalité, féline, A., Guelfi, JD., Hardy, P.: 230-244.
- Lovell, A. (2004a). Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale. Saint-Maurice, InVS: 72.
- Lovell, A. (2004b). L'impact des facteurs socio-économiques. Santé mentale et société. L. A M. Paris, La Documentation Française: 44-46.
- Lucas, A. R., C. S. Crowson, et al. (1999). "The ups and downs of anorexia nervosa." Int J Eat Disord **26**(4): 397-405.
- Marziali, E., H. Munroe-Blum, et al. (1994). "Severity as a diagnostic dimension of borderline personality disorder." Can J Psychiatry **39**(9): 540-4.
- Médecins du Monde (2005a). Rapport d'activité 2005. Centre d'accueil de soins et d'orientation (CASO) – Marseille.
- Médecins du Monde (2005b). Rapport d'activité 2005. Mission auprès des personnes sans-abri – Marseille.
- MILDT (2006). La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007 – 2011. Paris, Mission Interministerielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie: 19.
- Ministère de la Santé et des Solidarités (2005). Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008: 98.
- Mission nationale d'appui en santé mentale (2005). La psychiatrie en France quelles voies possibles ? Rennes.
- Mouquet, M. C. et V. Bellamy (2006). "Suicides et tentatives de suicide en France." DREES, Etudes et Résultats **488**.
- Muller-Oerlinghausen, B., A. Berghofer, et al. (2002). "Bipolar disorder." Lancet **359**(9302): 241-7.
- Nocon, A., H. U. Wittchen, et al. (2006). "Dependence symptoms in young cannabis users? A prospective epidemiological study." J Psychiatr Res **40**(5): 394-403.
- Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E. (1984). "A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. 1984." Schizophr Bull **10**: 300-312.
- Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E., Ventura, J. et al. (1994). "**The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse : a longitudinal study.**" Acta Psychiatr Scand **89**(suppl 382): **58-64**
- Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur et Direction Santé Environnement de la Ville de Marseille (2004). La santé observée dans la commune de Marseille. Analyses "inter villes" et "infra communale". Rapport final. Marseille: 71.
- OEDT (2006). Rapport annuel 2006 : état du phénomène de la drogue en Europe: 104.
- OFDT (2005). Drogues et dépendances, données essentielles, OFDT.
- Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (2006). Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes, par Mme Maryvonne BRIOT, Députée.
- OIP (2003). Les conditions de détention en France - rapport 2003, Observatoire International des Prisons.
- OIP (2005). Les conditions de détention en France - rapport 2005 Observatoire International des Prisons.
- Oliver, J. (1998). "Successive generations of child maltreatment: the children." Br J Psychiatry **153**: 543-553.
- OMS (1996). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes - CIM 10.
- Organisation Mondiale de la Santé (2001). Rapport sur la santé dans le monde 2001 - La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs.

- ORS PACA (2002). Tableau de bord régional de la santé en Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- ORS PACA (2006). "Les affections de longue durée chez les jeunes de 15-24 ans en Provence-Alpes-Côte d'Azur " repèreSanté **4**: 1-4.
- ORS PACA (2007). "Suicides et tentatives de suicide en Provence-Alpes-Côte d'Azur." repèreSanté **11**.
- ORS PACA, DRASS PACA, et al. (2005). Guide répertoire sur la prévention et la prise en charge de la crise suicidaire en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Marseille.
- Osby, U., N. Correia, et al. (2000). "Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden." Schizophr Res **45**(1-2): 21-8.
- Pariante, P., Challita, H., Mesbah, M., Guelfi, JD. (1992). "The GHQ-28 questionnaire in French: a validation survey in a panel of 158 general psychiatric patients." European psychiatry **7**(1): 15-20.
- Patton, G. C., C. Coffey, et al. (2002). "Cannabis use and mental health in young people: cohort study." Bmj **325**(7374): 1195-8.
- Paykel, E. S., T. Brugha, et al. (2005). "Size and burden of depressive disorders in Europe." European Neuropsychopharmacology. **15**: 411-23.
- Petry, N., F. Stinson, et al. (2005). "Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions." J Clin Psychiatry **66**(5): 564-74.
- Pichot, P. (2002). le concept de trouble de la personnalité. Les troubles de la personnalité, Féline, A., Guelfi, JD., Hardy, P.: 18-31.
- Piel, E. et J. Roelandt (2001). De la psychiatrie vers la santé mentale. Rapport de mission. M. d. à. l. s. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Paris: 92.
- Piel, E. et J. Roelandt (2004a). L'insuffisante prise en compte des droits des usagers. Santé mentale et société. A. M. Lovell. Paris, La documentation Française: 93-94.
- Piel, E. et J. Roelandt (2004b). Une offre de soins importante mais mal répartie. Santé mentale et société. A. M. Lovell. Paris, La documentation Française: 87-89.
- Pini, S., V. DeQueiroz, et al. (2005). "Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries." Eur Neuropsychopharmacol **15**(4): 425-34.
- Prescott, C. A. et K. S. Kendler (1999). "Age at first drink and risk for alcoholism: a noncausal association." Alcohol Clin Exp Res **23**(1): 101-7.
- Radloff, L. S. (1977). "The CES-D Scale : A self-report depression scale for research in the general population." App. Psychol. Meas. **3**: 385-401.
- Raine, A. (1991). "The SPQ: a scale for the assessment of Schizotypal Personality based on DSM III R criteria." Schizophr Bull **17**: 555-64.
- Raymont, V., D. Bettany, et al. (2003). "The Maudsley bipolar disorder project. Clinical characteristics of bipolar disorder I in a Catchment area treatment sample." Eur Psychiatry **18**(1): 13-7.
- Regier, D. A., W. E. Narrow, et al. (1990). "The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience." J Psychiatr Res **24 Suppl 2**: 3-14.
- Robins, L., J. Helzer, et al. (1982). "Validity of the diagnostic interview schedule, version II: DSM-III diagnoses." Psychol Med **12**: 855-70.
- Robins, L., Helzer, JE., Croughan, J., Ratcliff, KS. (1981). "National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule." Arch Gen Psychiatry **38**: 381-389.
- Robins, L. N. et D. A. Regier (1991). Psychiatric disorders in America : the Epidemiologic Catchment Area Study. New York.

- Rouillon, F. (1992). "Enquête épidémiologique des troubles psychiatriques en consultation spécialisée." Encephale **18**(5): 525-35.
- Rouillon, F. (1997). "[Epidemiology of bipolar disorders. Current studies]." Encephale **23 Spec No 1**: 7-11.
- Rozin, P. et A. Fallon (1988). "Body image, attitudes to weight, and misperceptions of figure preferences of the opposite sex: a comparison of men and women in two generations." J Abnorm Psychol **97**(3): 342-5.
- Rueff, B., Cernac, J., Darne, B. (1989). "Dépistage de maladies alcooliques par l'auto-questionnaire systématique DETA." Presse médicale **18**: 1654-1656.
- Salbreux, R. (2004). La prise en charge médico-sociale. Santé mentale et société. L. A M. Paris, La documentation française: 81-83.
- Saliou, V., A. Fichelle, et al. (2005). "Psychiatric disorders among patients admitted to a French medical emergency service." Gen Hosp Psychiatry **27**(4): 263-8.
- Scott, J. (1988). "Chronic depression." Br J Psychiatry **153**: 287-97.
- Séguin, M. et J. L. Terra (2001). Manuel de formateur - Intervantion de crise suicidaire. d. l. s. e. d. l. f. Ministère des solidarités. Paris.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, KH., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, MF., Dunbar, GC. (1997). "The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability." European psychiatry **12**(5): 232-241.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Shenan, KH., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, GC., Katon, J. (1989). "The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10." The Journal of clinical psychiatry - Supplement. **59**(20): 22-33.
- Sher, L. (2006). "Risk and protective factors for suicide in patients with alcoholism." ScientificWorldJournal **6**: 1405-11.
- Soundy, T. J., A. R. Lucas, et al. (1995). "Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990." Psychol Med **25**(5): 1065-71.
- Step toe, A. et J. Wardle (2001). "Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe." Soc Sci Med **53**(12): 1621-30.
- Strober, M., R. Freeman, et al. (2000). "Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes." Am J Psychiatry **157**(3): 393-401.
- Taleb, M., F. Rouillon, et al. (2006). "Les programmes d'action contre la dépression." l'encéphale **32**(1): 9-15.
- Thelen, M. H., J. Farmer, et al. (1991). "A revision of the Bulimia Test: The BULIT-R." Psychological Assessment **3**: 119-124.
- Torgersen, S., E. Kringlen, et al. (2001). "The prevalence of personality disorders in a community sample." Arch Gen Psychiatry **58**: 590-596.
- Toupin, J., M. Cyr, et al. (1993). "Validation d'un questionnaire d'évaluation du fonctionnement social des personnes ayant des troubles mentaux chroniques." Revue canadienne de santé mentale communautaire **12**(1): 143-156.
- Trucy, F. (2002). Les jeux de hasard et d'argent en France. R. d. i.-.-C. d. finances.
- Turnbull, S., A. Ward, et al. (1996). "The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database." Br J Psychiatry **169**(6): 705-12.

- Vaissade, L. (2007). Estimations locales de la prévalence de l'usage problématique de drogues - Nouvelle étude multicentrique de l'OFDT (Nemo). Saint-Denis, OFDT: à paraître.
- Vallier, N., B. Salanave, et al. (2006). "Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée." Points de repère **1**: 8.
- van Os, J., M. Bak, et al. (2002). "Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study." Am J Epidemiol **156**(4): 319-27.
- Ventelou, B. et B. Saliba (2005). "Provence-Alpes-Côte d'Azur : des états de santé comparables avec la France, un recours aux soins plus fréquent." Sud INSEE l'essentiel n°79: 1-4.
- Verger, P., P. A. Brabis, et al. (2006). "Déterminants de l'hétérogénéité des pratiques de prescription d'antidépresseurs dans le cadre d'un panel représentatif de médecins généralistes libéraux de la région PACA." La lettre de la MIRE **10**: 5-8.
- Verger, P. C., P.; Bidaud, S.; Paraponaris, A.; Sauze, L. (2007). "Les prescriptions d'antalgiques, d'anti-inflammatoires ou le nombre d'actes radiologiques sont les facteurs prédictifs d'un traitement par antidépresseur : une étude des données de remboursements de la Caisse Médicale Régionale de Provence." Presse médicale **36**: 50-56.
- Vieta, E., F. Colom, et al. (2001). "Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients." Bipolar Disord **3**(5): 253-8.
- Villani, P., C. Morciano, et al. (2001). "[Prescriptions and consumption of hypnotic and anxiolytic drugs in the South University Hospital of Marseille]." Thérapie **56**(1): 11-4.
- Weiller, E., J. C. Bisserbe, et al. (1996). "Social phobia in general health care: an unrecognised undertreated disabling disorder." Br J Psychiatry **168**(2): 169-74.
- Weiser, M., M. Davidson, et al. (2005). "Comments on risk for schizophrenia." Schizophr Res **79**(1): 15-21.
- Widiger, T. A., A. Frances, et al. (1988). "The DSM-III-R personality disorders: an overview." Am J Psychiatry **145**(7): 786-95.
- Wilquin, J. L. (2006). Tabagisme : le recul se confirme. Baromètre santé 2005. Premiers résultats. P. Guilbert et A. Gautier. Saint-Denis, éditions INPES: 29-37.
- Yager, J., J. Landsverk, et al. (1987). "A 20-month follow-up study of 628 women with eating disorders, I: Course and severity." Am J Psychiatry **144**(9): 1172-7.
- Zarifian, E. (1996). Le prix du bien-être. Psychotropes et société. Paris.
- Zigmond, A., Snaith, RP. (1983). "The hospital anxiety and depression scale." Acta Psychiatrica Scandinavica **67**(6): 361-70.