

Santé mentale et suicide

Synthèse documentaire

SYNTHESE

POITOU-CHARENTES

SANTÉ MENTALE ET SUICIDE

Santé mentale et suicide

Synthèse documentaire

Les auteurs

*Julie DEBARRE
Fanny MOREAU*

Comité de pilotage

*Stéphanie BOURGEAIS – ARS
Julie DEBARRE - ORS*

Remerciements

L'équipe de l'ORS remercie pour leurs contributions et leurs relectures :

- les membres des coordinations territoriales " promotion de la santé mentale et prévention du suicide",
- Béatrice Cornille, responsable de la plateforme "éducation thérapeutique du patient" – ARS Poitou-Charentes,
- Fabrice Maumy, chargée de mission sur la thématique "précarité" – ARS Poitou-Charentes,
- la MSA des Charentes.

Sommaire

I. CONTEXTE.....	5
II. OBJECTIF	5
III. METHODOLOGIE DE TRAVAIL	5
IV. DEFINITION DES THEMES.....	6
IV.1. Santé mentale.....	6
IV.2. Suicide	6
IV.2.1. Définitions.....	6
IV.2.2. Le processus suicidaire.....	7
V. LES DETERMINANTS.....	8
V.1. Santé mentale	8
V.2. Suicide.....	9
V.2.1. Facteurs de risque	9
V.2.2. Facteurs de protection	10
VI. LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE EN POITOU-CHARENTES	11
VI.1. Santé mentale.....	11
VI.1.1. La mortalité en lien avec les troubles mentaux.....	11
VI.1.2. La morbidité liée aux troubles mentaux	12
VI.1.3. Typologie de la santé mentale en 8 classes en 2010.....	14
VI.1.4. Fardeau global des maladies (FGM) liées aux troubles mentaux et du comportement en France	16
VI.2. Suicide	19
VI.2.1. La mortalité.....	19
VI.2.2. Les tentatives de suicide et les idées suicidaires	21
VI.2.3. Le risque suicidaire	22
VI.2.4. Les récidives	23
VII. LES POLITIQUES DE PREVENTION	23
VII.1. Au niveau national.....	23
VII.1.1. Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015.....	23
VII.1.2. Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014).....	24
VII.1.3. Observatoire national des suicides	26
VII.1.4. Exemples d'autres plans et programmes nationaux intégrant ces thématiques ..	26
VII.1.4.1. Plan santé au travail 2010 2014	26
VII.1.4.2. Programme pour la santé des élèves 2011-2015.....	27
VII.1.4.3. Plan d'actions stratégiques 2010-2014 des politiques de santé pour les personnes placées sous-main de justice.....	27
VII.1.5. Rapports et recommandations selon la population.....	27

VII.1.5.1.	Prévention du suicide chez les enfants.....	27
VII.1.5.2.	Prévention du suicide dans le monde agricole	28
VII.1.5.3.	Prévention du suicide en milieu carcéral	29
VII.1.5.4.	Prévention du suicide chez les personnes âgées.....	29
VII.2.	Au niveau régional.....	30
VII.2.1.	Le Projet régional de santé de Poitou-Charentes	30
VII.2.2.	Le schéma régional de prévention	30
VII.2.3.	Le schéma régional d'organisation des soins - Hospitalier (SROS-H)	32
VII.2.4.	Le schéma régional d'organisation médico-sociale - Personnes handicapées (SROMS-PH)	33
VII.2.5.	Le schéma régional d'organisation médico-sociale - Personnes âgées (SROMS-PA)	33
VII.2.6.	Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins 2011-2016 (PRAPS)	34
VII.2.7.	Les autres documents de références régionaux	35
VII.2.8.	Les actions de promotion de la santé financées par la Direction de santé publique de l'ARS dans la région en 2012	36
VII.2.8.1.	Répartition des financements par sous thématiques.....	36
VII.2.8.2.	Les opérateurs	37
VII.2.9.	L'éducation thérapeutique du patient (ETP)	38
VIII.	LES DISPOSITIFS DE COORDINATION, D'ECOUTE, DE REPERAGE, D'ORIENTATION ET D'INFORMATION.....	39
VIII.1.	Les ressources nationales.....	39
VIII.2.	Les ressources régionales.....	39
VIII.2.1.	Un dispositif spécifique : Les coordinations territoriales « promotion de la santé mentale-prévention du suicide »	39
VIII.2.2.	Les points d'écoute psychologique.....	40
VIII.2.3.	Les maisons de l'adolescent (MDA).....	40
VIII.2.4.	Les associations et les réseaux de soutien aux familles.....	41
VIII.2.5.	L'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)....	41
VIII.2.6.	Les autres services.....	41
IX.	L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE EN POITOU-CHARENTES.....	42
IX.1.	Dispositifs de soins sanitaires.....	42
IX.1.1.	Les structures hospitalières	42
IX.1.2.	La prise en charge ambulatoire.....	44
IX.1.3.	La prise en charge en secteur libéral	45
IX.2.	Dispositifs de soins médico-sociaux	46
X.	ECONOMIE DE LA SANTE	47
X.1.	Santé mentale	47
X.2.	Suicide	48
XI.	BIBLIOGRAPHIE	50

Tables des tableaux

Tableau 1. Répartition des décès en lien avec des troubles mentaux selon la pathologie en Poitou-Charentes sur la période 2000-2007	12
Tableau 2. Caractérisation des 8 classes de cantons en 2010	15
Tableau 3. Poids des troubles mentaux et du comportement dans le fardeau global des maladies par pathologies en France en 2010 (%)	18
Tableau 4. Taux comparatif de mortalité par suicide sur la période 2008-2010 (pour 100 000 habitants)	19
Tableau 5. Comparaison des données sur la santé des apprentis avec les données de l'enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012 (%)	22
Tableau 6. Axes et mesures du programme national d'actions contre le suicide (2011-2014)	25
Tableau 7. Nombre d'actions et financements par opérateur	37

Table des figures

Figure 1. Processus de la crise suicidaire	8
Figure 2. Les déterminants de la santé mentale	9
Figure 3. Les facteurs de risque de la crise suicidaire	10
Figure 4. Prévalence des différents troubles repérés par le Mini en population générale adulte en 2002 en Poitou-Charentes et en France (en %)	11
Figure 5. Pathologies composantes des nouvelles admissions en ALD psychiatriques en Poitou-Charentes en 2007	13
Figure 6. Taux de consommateurs de médicaments psychotropes en Poitou-Charentes en 2009 (régime général)	13
Figure 7. Typologie cantonale de la santé mentale en Poitou-Charentes en 2010	14
Figure 8. Pathologies ayant le plus de poids dans le fardeau global des maladies en France en 2010 (en %)	16
Figure 9. Poids des troubles mentaux et du comportement dans le fardeau global des maladies par âge et par pathologies en France en 2010 (%)	17
Figure 10. Evolution du taux comparatif de mortalité par suicide de 1990 à 2010	20
Figure 11. Répartition des financements par sous thématiques en 2012 (en milliers d'€)	36
Figure 12. Répartition des financements en 2012 pour des actions Santé mentale (hors addictions) (en milliers d'€) et nombre d'actions par territoire d'intervention	37
Figure 13. Cartographie de l'offre hospitalière en santé mentale et groupes d'entraide mutuelle en 2013	42
Figure 14. Localisations des secteurs psychiatriques adultes et enfants en Poitou-Charentes en 2013	43
Figure 15. Densité de médecins généralistes et effectifs de psychiatres libéraux en 2012	45
Figure 16. Le coût de la prise en charge sanitaire	47
Figure 17. Le coût de la prise en charge sociale et médico-sociale	48

I. Contexte

Dans le cadre de la réorganisation de la Direction de la santé publique (DSP) de l'Agence régionale de santé (ARS) Poitou-Charentes et de la création de plateformes thématiques, l'ORS est chargé de produire des synthèses documentaires sur différents thèmes. Après concertation interne à la DSP, la plateforme « Santé mentale, prévention du suicide, addictions » bénéficiera de deux synthèses : « Santé mentale et prévention du suicide » et « Addictions ».

Ces synthèses documentaires s'appuient sur une recherche bibliographique qui a fait l'objet d'une analyse, puis d'une mise en forme spécifique. La recherche bibliographique a ciblé la définition des thématiques, des enjeux (prévention, prise en charge et économie) et les sources et documents de référence. Enfin, ces synthèses documentaires feront l'objet d'une présentation aux membres des plateformes thématiques de l'ARS Poitou-Charentes.

II. Objectif

Objectif général :

Apporter une connaissance fiable et actualisée aux membres de la plateforme sur les thématiques qui y seront développées.

Objectifs spécifiques :

- ✓ Définir les termes
- ✓ Décrire l'état de la connaissance épidémiologique : prévalence nationale et régionale, facteurs de risques et facteurs de protection
- ✓ Décrire les orientations stratégiques nationales et régionales en matière de prévention et de prise en charge
- ✓ Décrire les enjeux économiques.

III. Méthodologie de travail

- ✓ Recueil et analyse de la littérature internationale, nationale et régionale :

Les recherches bibliographiques ont été réalisées en juin 2013. Cette recherche s'appuyait sur deux principaux mots clés : la santé mentale et le suicide. Pour chacun d'eux, des mots clés ont été associés : déterminants, mortalité, coût, prévalence, morbidité, prévention, plans nationaux et régionaux ... Le recueil bibliographique a principalement été fait sur internet à l'aide de différentes bases de données : Doc'CISMeF, Pub Med, INPES, INSEE, InVS, OMS, OFDT, Santé Gouv, Drees, INSERM, ARS Poitou-Charentes, ORS Poitou-Charentes.

- ✓ Rédaction de la synthèse documentaire
- ✓ Faire des points réguliers sur l'avancée des travaux avec le responsable de la thématique au sein de la plateforme pour validation
- ✓ Présentation des informations lors des ateliers de préfiguration et lors de l'inauguration de la plateforme.

Ce document fera l'objet d'une actualisation annuelle.

IV. Définition des thèmes

IV.1. Santé mentale

Au même titre que la santé ne se restreint pas à l'absence de maladie physique, la santé mentale ne se limite pas à l'absence de trouble psychique ou de maladie mentale. Selon l'OMS et l'Union européenne, on distingue aujourd'hui **trois dimensions de la santé mentale**(1) :

– **Les troubles mentaux ou troubles psychiatriques** qui se réfèrent à des classifications diagnostiques internationales renvoyant à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants. Parmi eux, les troubles psychotiques, avec les schizophrénies, les psychoses maniaco-dépressives, les délires chroniques, les troubles dépressifs caractérisés, les névroses, les troubles de l'usage des produits toxiques (alcool, drogues et médicaments) et les troubles de la personnalité, dont les personnalités antisociales.

– **La détresse psychologique ou souffrance psychique**, qui traduit un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Elle correspond à la présence de symptômes anxieux et dépressifs peu intenses liés à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles.

– **La santé mentale positive**. Cette dernière dimension, longtemps négligée, recouvre l'estime de soi, les capacités d'adaptation, le sentiment de maîtrise de sa vie, etc. Tout comme la santé physique, elle est la condition d'une vie réussie.

Le champ de la santé mentale est ainsi particulièrement étendu. Toute approche de la santé mentale doit dès lors s'intéresser à ces trois dimensions qui peuvent relever d'une réponse sanitaire mais aussi de déterminants liés à l'environnement familial, social et professionnel, à l'histoire personnelle et au contexte culturel(2).

IV.2. Suicide

IV.2.1. Définitions

Littéralement, **le suicide** signifie «le meurtre de soi-même». Il s'agit donc d'un décès dû à un acte d'une personne contre elle-même. La cause profonde du suicide est la souffrance. Celle-ci peut sembler insurmontable et devenir insupportable. La mort peut alors être envisagée comme un apaisement et le suicide une manière de mettre fin à cette intense souffrance. Cependant, le suicide n'est pas un choix. Au contraire, c'est lorsqu'une personne a l'impression de ne plus avoir aucun choix qu'elle peut être amenée à penser à se suicider¹.

La **tentative de suicide** (TS) est plus difficile à définir, tant est variable l'intentionnalité suicidaire d'un sujet à l'autre. Ce terme recouvre tout acte par lequel un individu met consciemment sa vie en jeu, soit de manière objective, soit de manière symbolique et n'aboutissant pas à la mort. Il ne s'agit donc pas d'un simple suicide non abouti. On parle de sujets suicidants et de morbidité suicidaire.

¹ Définition disponible sur : <http://www.unige.ch/dife/conseil-psychologique/PS/S.html>

Les idées suicidaires correspondent à l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort, qu'il soit actif ou passif. Ces idées sont parfois exprimées sous la forme de menaces suicidaires. On parle de sujets suicidaires.

La **crise suicidaire** est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide(3). Il s'agit d'un moment dans la vie d'une personne, où celle-ci se sent dans une impasse et est confrontée à des idées suicidaires de plus en plus envahissantes ; le suicide apparaît alors de plus en plus à cette personne comme le seul moyen, face à sa souffrance et pour trouver une issue à cet état de crise.

Les "équivalents suicidaires" sont des conduites à risque qui témoignent d'un désir inconscient de jeu avec la mort. Ces conduites, tout comme certaines lésions ou mutilations auto-infligées non suicidaires, ne doivent pas être abusivement considérées comme des tentatives de suicide.

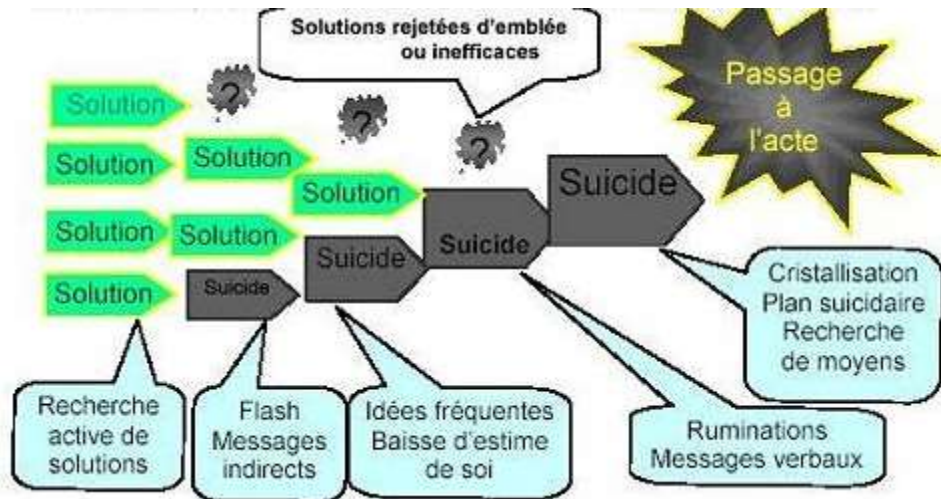
IV.2.2. Le processus suicidaire

Des idéations ou des comportements suicidaires sont l'une des issues possibles d'une crise. La "décision" de passer à l'acte est rarement instantanée et elle s'inscrit dans un processus comportant cinq étapes (*figure 1*):

1. **La recherche de stratégies ou de moyens pour enrayer la crise** : la personne fait l'inventaire des différents moyens possibles pour se sentir mieux et s'en sortir. Chacune de ces alternatives est évaluée en fonction des chances qu'elle offre de produire un changement souhaité et d'atténuer la souffrance.
2. **Le flash suicidaire et l'apparition d'idées suicidaires** : au cours de la recherche et de l'élimination de solutions, il arrive que la personne considère le suicide comme l'"une" des solutions susceptibles d'éliminer la souffrance. Le suicide revient régulièrement comme une solution et l'on s'y attarde chaque fois un peu plus longtemps, élaborant toujours un peu plus les scénarios possibles.
3. **La rumination de l'idée suicidaire** : l'individu rumine le projet suicidaire ; ce retour constant et régulier génère une angoisse et un stress qui attisent la souffrance et la douleur.
4. **La cristallisation et l'élaboration d'un scénario suicidaire** : c'est le moment où le suicide apparaît à la personne comme la seule solution susceptible de mettre fin à son désarroi et à sa souffrance.
5. **L'élément déclencheur et le passage à l'acte** : cet événement est souvent la goutte qui fait déborder le vase et il survient au terme d'une longue série de pertes et d'échecs.

Finalement, le processus suicidaire est dynamique, il varie selon les personnes et les circonstances. La présence constante de l'ambivalence rend toutefois l'intervention possible, ainsi, nous pouvons tous aider une personne en crise suicidaire à entrevoir d'autres alternatives que la mort. Ce processus n'est pas irréversible ; on peut sortir d'une crise suicidaire en tout temps. En population générale, on estime qu'environ 4 % de la population vit une crise suicidaire chaque année(4).

Figure 1. Processus de la crise suicidaire



Source : Formation nationale à l'intervention de crise (manuel du formateur) (4)

V. Les déterminants

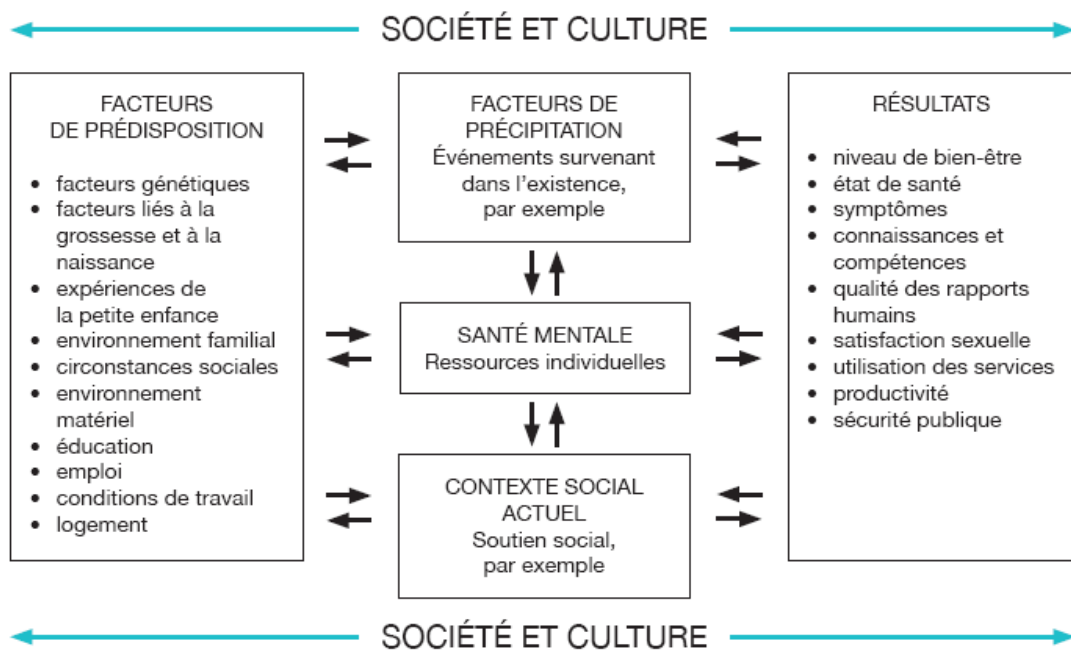
V.1. Santé mentale

Des **facteurs sociaux, psychologiques et biologiques** multiples déterminent le degré de santé mentale d'une personne à un moment donné. Ainsi, des pressions socio-économiques persistantes sont des facteurs de risque reconnus pour la santé mentale des individus et des communautés.

Les problèmes de santé mentale sont également associés aux éléments suivants : changement social rapide, conditions de travail éprouvantes, discrimination, exclusion sociale, mode de vie malsain, risques de violence ou de mauvaise santé physique et violations des droits de l'homme.

Par ailleurs, certains profils psychologiques et certains traits de personnalité prédisposent aux troubles mentaux. Enfin, les troubles mentaux peuvent être dus à des causes biologiques, notamment à des facteurs génétiques et à des déséquilibres chimiques du cerveau(5).

Figure 2. Les déterminants de la santé mentale



Source : Lahtinen E., Lehtinen V., Riikonen E. et Ahonen J. (eds.), Framework for Promoting Mental Health in Europe, Hamina, 1999 (1)

V.2. Suicide

Les facteurs de risque suicidaire sont en interaction les uns avec les autres et l'importance de leur effet va dépendre de la présence ou de l'absence d'autres facteurs.

V.2.1. Facteurs de risque

En 2000, la conférence de consensus de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) sur la crise suicidaire a identifié trois catégories de facteurs de risque(6) et sont représentés sur le schéma suivant :

✓ les facteurs de risque primaires

Les facteurs primaires ont une valeur d'alerte importante, au niveau individuel, ils sont en forte interaction les uns avec les autres et peuvent être influencés fortement par les thérapeutiques.

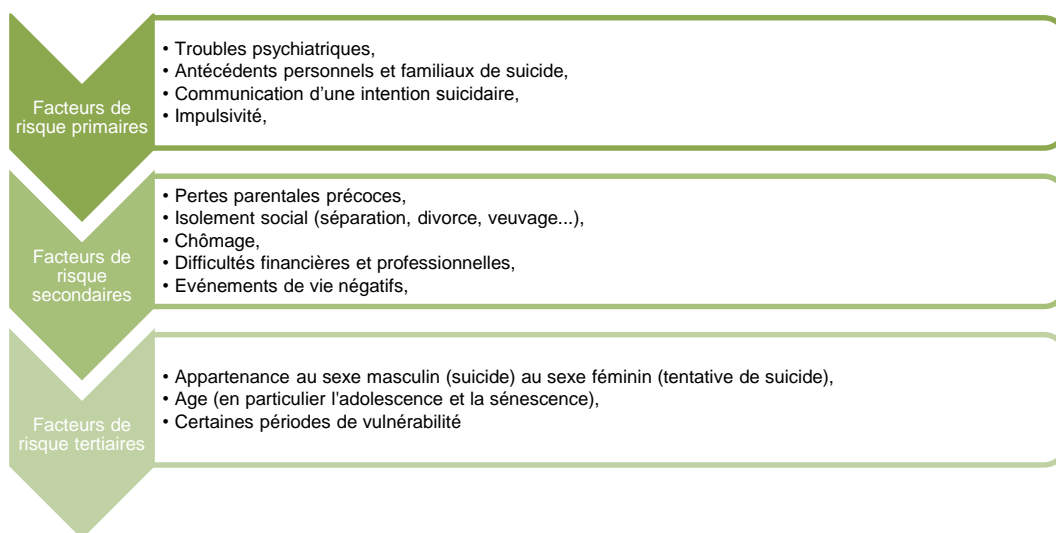
✓ les facteurs de risque secondaires

Les facteurs secondaires sont observables dans la population générale. Leur valeur prédictive est faible en l'absence de facteurs primaires. Ils ne sont que faiblement modifiables par les thérapeutiques.

✓ les facteurs de risque tertiaires

Les facteurs de risque tertiaires n'ont pas de valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires et secondaires et ne peuvent être modifiés.

Figure 3. Les facteurs de risque de la crise suicidaire



Source : Conférence de consensus. La crise suicidaire. 2000 (3)
Réalisation ORS Poitou-Charentes

Il faut également distinguer facteurs de vulnérabilité de facteurs précipitants. Les "facteurs de vulnérabilité" sont des éléments majorant les facteurs de risque précédemment décrits et pouvant contribuer, dans certaines circonstances, à favoriser un passage à l'acte suicidaire sous l'influence de facteurs précipitants. Il s'agit d'événements passés, survenus souvent au cours de pertes parentales précoces, de carences affectives, de violence, de maltraitance ou de sévices, d'isolement social et particulièrement le milieu carcéral.

Les facteurs précipitants précèdent de peu le passage à l'acte et sont déterminants dans la crise suicidaire : des événements de vie négatifs, tels une séparation, une maladie, un échec, la perte d'emploi, etc. Ces événements de vie négatifs sont différents selon l'âge de la personne : pour les enfants, les traumatismes vécus tels que les disputes parentales répétées, les pertes de relations très investies sur le plan affectif ou les abus sexuels jouent un rôle loin d'être négligeable car influant directement le processus de structuration de la personnalité. A l'adolescence, les conflits avec les parents, les amis et l'entourage scolaire sont souvent associés aux tentatives de suicide alors que les violences intrafamiliales, l'échec scolaire, le geste suicidaire d'un proche sont souvent des facteurs précipitants. Chez les personnes âgées, le décès du conjoint est l'événement le plus fréquent(3). Ces facteurs précipitants peuvent parfois être perçus comme des événements anodins mais ils revêtent une importance affective d'autant plus grande pour la personne qu'ils réactualisent, à un moment donné, des problématiques liées au passé du sujet, ponctués par des facteurs de vulnérabilité éventuels.

V.2.2. Facteurs de protection

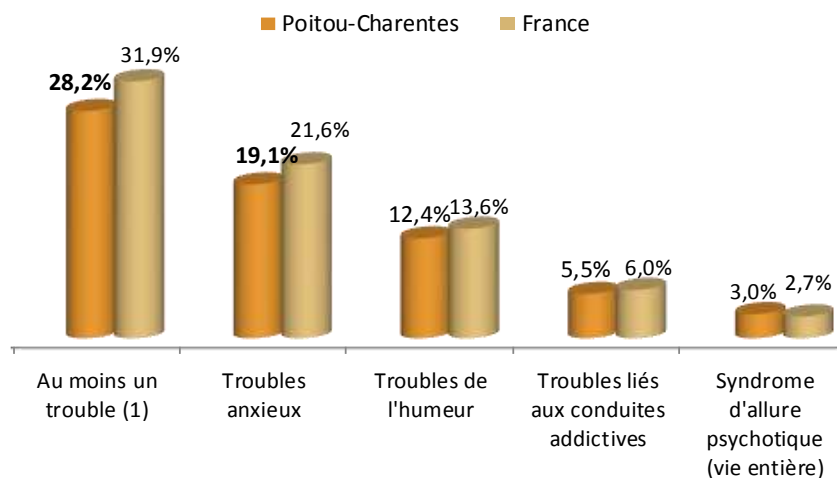
S'il existe de nombreux facteurs de risque suicidaire, il faut mentionner l'existence de facteurs de protection. Il s'agit essentiellement de facteurs psychosociaux tels qu'un soutien familial et social de bonne qualité, le fait d'avoir des enfants, le fait de ne pas vivre seul, avoir des relations amicales diversifiées et la prise en charge thérapeutique. Bien que ceux-ci soient insuffisamment documentés actuellement, on peut citer également "la résilience", c'est à dire la capacité d'un individu à faire face à l'adversité.

VI. La situation épidémiologique en Poitou-Charentes

VI.1. Santé mentale

Douze millions de français souffrent d'au moins un trouble psychiatrique soit près de 18 % de la population, parmi les 44 millions d'adultes vivant à leur domicile en France, 18,5 % souffrent d'une pathologie psychiatrique dont 15 % d'une forme sévère(7). **En Poitou-Charentes, selon l'enquête santé mentale en population générale (SMPG), plus d'une personne sur quatre est susceptible de présenter un trouble mental** : les troubles anxieux (19 %) puis les troubles dépressifs (12 %) sont les plus fréquents en terme de prévalence(8).

Figure 4. *Prévalence des différents troubles repérés par le Mini en population générale adulte en 2002 en Poitou-Charentes et en France (en %)*



(1) : au moins un trouble mental (hors risque suicidaire et insomnie)

En gras, différence significative entre la France et le Poitou-Charentes

Source : Enquête SMPG—Ministère de la santé et de la protection sociale, DREES, ASEP, CCOMS-EPSM-Lille-Métropole ; Exploitation ORS Poitou-Charentes (9)

La dépression chez les 15-85 ans

Selon le Baromètre santé Poitou-Charentes 2010, 5,3 % des personnes interrogées de 15 à 85 ans avaient souffert d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois : les filles (7,5 %) plus que les garçons (3,1 %). Cette proportion est maximale pour les 36-65 ans avec 6,8 % et est sensiblement identique à celle du territoire national (10).

VI.1.1. La mortalité en lien avec les troubles mentaux

Les pathologies mentales sont rarement des maladies directement létales. Elles sont néanmoins associées à une surmortalité importante pour d'autres causes (suicides, addictions, conduites à risque, maladies somatiques). En France, 3 % des décès sont associés à des pathologies mentales.

Sur la période 1996-2007, en Poitou-Charentes 6 055 décès associés à des troubles mentaux ont été comptabilisés, soit **une moyenne annuelle de 505 décès**. Plus des deux tiers des décès étaient en lien avec des troubles mentaux organiques (dont démences) et un sur cinq était lié à l'utilisation de substances psychoactives. Près de six décès sur dix étaient féminins. A part pour

les troubles liés aux substances psychoactives où les hommes étaient majoritaires (81 %), les décès pour les autres troubles mentaux étaient majoritairement féminins(11).

Tableau 1. Répartition des décès en lien avec des troubles mentaux selon la pathologie en Poitou-Charentes sur la période 2000-2007

regroupement pathologie	Effectif	%
Troubles mentaux organiques (dont démences)	2 849	67,3 %
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	859	20,3 %
Tbles de l'humeur	274	6,5 %
Schizophrénie, tbles schizotypiques et tbles délirants	89	2,1 %
Tbles névrotiques, tbles liés à des facteurs de stress et tbles somatoformes	71	1,7%
Retard mental	63	1,5 %
Syndromes comportementaux	22	0,5 %
Tbles du développement psychologique	3	0,1%
TOTAL	4 230	100,0%

Source : INSERM CépiDc ; Exploitation ORS Poitou-Charentes (11)

VI.1.2. La morbidité liée aux troubles mentaux

Les affections longues durées (ALD) pour troubles mentaux

Selon leur nature, les troubles mentaux peuvent donner lieu à une exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD n°23 « affections psychiatriques de longue durée ». 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.

Au 31 décembre 2011, en France, plus de 1 million des assurés du régime général bénéficient d'une prise en charge au titre de l'ALD 23 et 28 % de ces bénéficiaires sont dans ce dispositif depuis plus de 15 ans. En Poitou-Charentes ce sont **26 279 assurés du régime général** qui bénéficient d'une prise en charge au titre de l'ALD 23, soit **2,6 % de l'ensemble des personnes affiliées au régime général** (données CnamTS). Le taux standardisé de prévalence régionale est **de 1 760 bénéficiaires de l' ALD 23** pour 100 000 assurés du régime général, ce qui est moins élevée qu'au niveau national (1 814 pour 100 000).

Sur la **période 2007-2009**, pour les trois principaux régimes d'assurance maladie, la région a recensé en moyenne annuelle **2 455 nouvelles admissions en ALD pour troubles mentaux** (1 114 hommes et 1 341 femmes). Le taux régional de nouvelles admissions d'ALD était significativement inférieur à celui de la métropole pour les deux sexes. Le territoire de santé de la Vienne enregistre en moyenne annuelle 503 nouvelles admissions en ALD pour troubles mentaux, les Deux-Sèvres 459, la Charente 463, la Charente-Maritime Sud-est 483 et la Charente-Maritime Nord 548(12).

Figure 5. Pathologies composantes des nouvelles admissions en ALD psychiatriques en Poitou-Charentes en 2007



Source : ALD Interrégimes ; Exploitation ORS Poitou-Charentes (9)

(1) Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants

(2) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives

(3) Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

(4) Troubles du comportement et troubles émotionnels pendant enfance et adolescence

Le taux de consommateurs de médicaments psychotropes

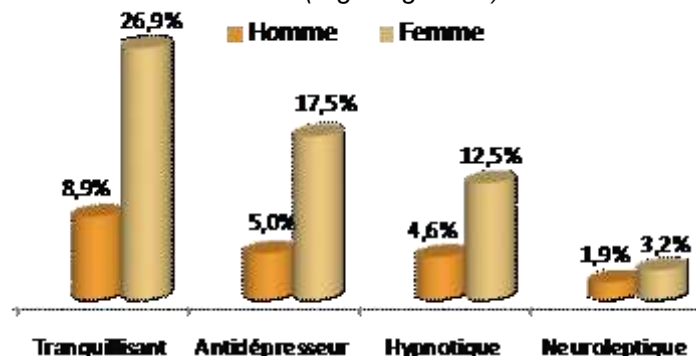
La France est l'un des pays les plus consommateurs de médicaments psychotropes au monde, près de quatre adultes sur dix (37 %) disent avoir déjà pris un médicament psychotrope au cours de leur vie, et un cinquième (19 %) indique l'avoir fait au cours de l'année écoulée(13). Les psychotropes regroupent les antidépresseurs, les anxiolytiques, les neuroleptiques et les hypnotiques.

En Poitou-Charentes en 2008, 19,1 % de la population couverte du régime général et agricole présentaient au moins un remboursement de médicaments psychotropes (antidépresseurs, tranquillisants et hypnotiques). Le plus fort taux étant observé dans le centre de la région particulièrement au niveau du pays de Val de Saintonge, dans certaines zones côtières, dans le Ruffécois et à Confolens (11).

Au cours de l'année 2009, la consommation de psychotropes en Poitou-Charentes a concerné plus d'un quart de la population (25,2 %). Les taux spécifiques variaient avec l'âge et le sexe (23,4 % des hommes et 42,4 % des femmes entre 46 et 55 ans)(14).

De plus, ces prescriptions sont différentes selon le type de médicaments psychotropes : effectivement, 14,7 % de la population couverte par le régime général ont eu au moins une prescription pour un tranquillisant, 9,1 % pour un antidépresseur, 7 % pour un hypnotique et 2 % pour un neuroleptique(9).

Figure 6. Taux de consommateurs de médicaments psychotropes en Poitou-Charentes en 2009 (régime général)



Source : coordination régionale du régime général
Exploitation : ORS Poitou-Charentes (9)

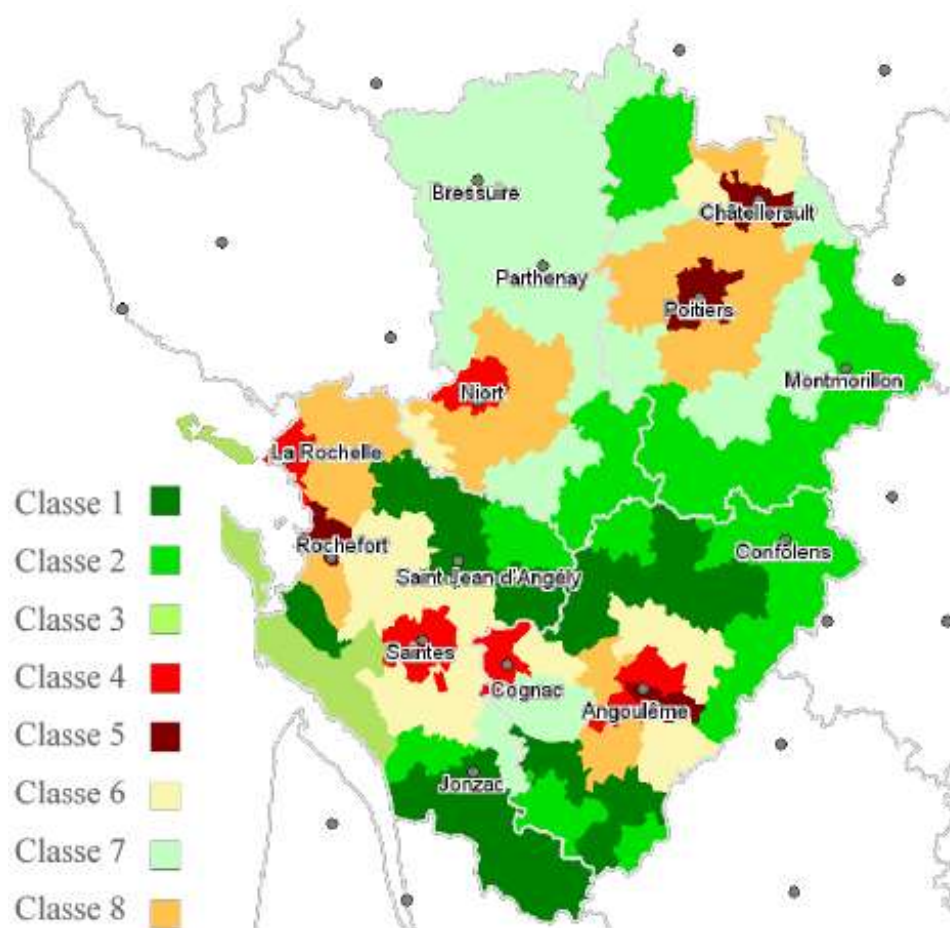
VI.1.3. Typologie de la santé mentale en 8 classes en 2010

Note : l'objectif de la typologie est de mettre en avant des profils de territoires selon certaines caractéristiques. Les données prise en compte sont certes assez anciennes, mais les liens entre les caractéristiques et les profils de territoire évoluant peu, nous pouvons considérer que la situation aujourd'hui est sensiblement la même.

L'étude sur la typologie cantonale de la santé mentale en Poitou-Charentes (11), menée par l'ORS, en 2010, avait pour objectif principal d'identifier des profils de cantons du Poitou-Charentes selon leurs caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques relatives à la santé mentale. Cette étude a permis de répartir les pseudo-cantons en 8 classes avec des caractéristiques identiques et une analyse complète et multidimensionnelle des inégalités cantonales concernant :

- La population et les conditions de vie
- L'offre de soins et prévention
- La mortalité par troubles mentaux et par suicide
- La morbidité liée aux troubles mentaux

Figure 7. Typologie cantonale de la santé mentale en Poitou-Charentes en 2010



Espace à dominante rurale : classes 1, 2, 7
Espace à dominante urbaine : classes 4, 5, 6, 8
Mixte : Classe 3

Source : Insee, INSERM CépiDc, ANPE, DGI, ERASME, SNIR, SAE, DRASS, CNAMTS, MSA, RSI
 Réalisation : ORS Poitou-Charentes (11)

Tableau 2. Caractérisation des 8 classes de cantons en 2010

Classe	Type espace	Populations et conditions de vie	Offre de soins et prévention	Mortalité (suicide, troubles mentaux)	Morbidité (ALD 23, consommations de psychotropes)
1	Rural	Population âgée, personnes isolées précarité*, logement sans confort	- Temps d'accès aux urgences important - Densité médecins généralistes élevée	/	Situation défavorable
2	Rural	Population âgée, agriculteurs, ouvriers, personnes isolées, précarité*, logement sans confort	- Temps d'accès aux urgences important	Situation plutôt défavorable surtout par troubles mentaux	/
3	Mixte	Population âgée, employés, artisans, retraités, chômage, personnes isolées revenu médian >	- Temps d'accès aux urgences important - Densité médecins généralistes élevée	Situation plutôt favorable	Incidence élevée en ALD 23
4	Urbain, densité élevée	Population jeune, cadre, employés, PI**, retraités, personnes isolées, précarité* revenu médian >	Situation plutôt favorable	Taux de suicide faibles	Situation défavorable
5	Urbain, à très forte densité	Population jeune, cadres, employés, PI** personnes isolées, précarité* revenu médian >	Situation plutôt favorable	Situation plutôt favorable	Incidence élevée en ALD 23
6	Péri-urbain	Population très jeune, cadre, employés, PI** personnes isolées, précarité*, revenu médian >	- Densité médecins généralistes faible	Taux de suicide élevé (65 ans et +), Mortalité par troubles mentaux faible	Incidence élevée en ALD 23
7	Rural	Population plutôt jeune, agriculteurs, ouvriers, peu de personnes isolées, indicateurs de précarité favorables	Situation plutôt défavorable	Taux de suicide faibles	Situation plutôt favorable
8	Péri-urbain	Population enfant et adulte, cadre, employés, PI**, peu de personnes isolées, indicateurs de précarité favorables	- Densité médecins généralistes faible	Situation plutôt favorable	Situation plutôt favorable

Source : Insee, INSERM CépiDc, ANPE, DGI, ERASME, SNIR, SAE, DRASS, CNAMTS, MSA, RSI
Réalisation : ORS Poitou-Charentes(11)

Note : *Précarité : proportion d'allocataires de minimas sociaux et de chômeurs élevés

**PI : profession intermédiaire

Les enseignements de la typologie

La typologie a permis de répartir les pseudo-cantons en 8 classes avec des caractéristiques identiques. Un premier ciblage des territoires peut être proposé : il s'agit des cantons à forts taux de mortalité par troubles mentaux (classe 2) et par suicide (classe 6). Les classes 1, 4 et 5 sont aussi « à surveiller » car elles rassemblent les cantons où les proportions de consommateurs de psychotropes et/ou de bénéficiaires de l'ALD « affections psychiatriques de longue durée » sont importantes.

En milieu urbain, les zones où l'incidence des affections psychiatriques de longue durée (ALD 23) est élevée correspondent également aux territoires où le taux de suicide est faible (classes 4 et 5). En milieu rural, cette corrélation est moins évidente. D'autre part, le lien entre taux d'incidence en affections psychiatriques de longue durée et la consommation de psychotropes (dont neuroleptiques) a été mis en évidence pour toutes les classes excepté la classe 2.

Les territoires où la précarité est élevée avec de faibles niveaux de vie sont associés à des situations défavorables au niveau des pathologies mentales, en particulier pour les deux premières classes qui reflètent une grande précarité et dont la mortalité par suicide ou troubles mentaux est également importante. Cependant, concernant les autres classes, les zones en situation économique dégradée ne sont pas forcément liées à une situation défavorable en termes de morbidité et/ou mortalité.

L'isolement semble jouer un rôle prépondérant dans cette typologie : effectivement, les six premières classes de cantons sont caractérisées par une situation défavorable au niveau de

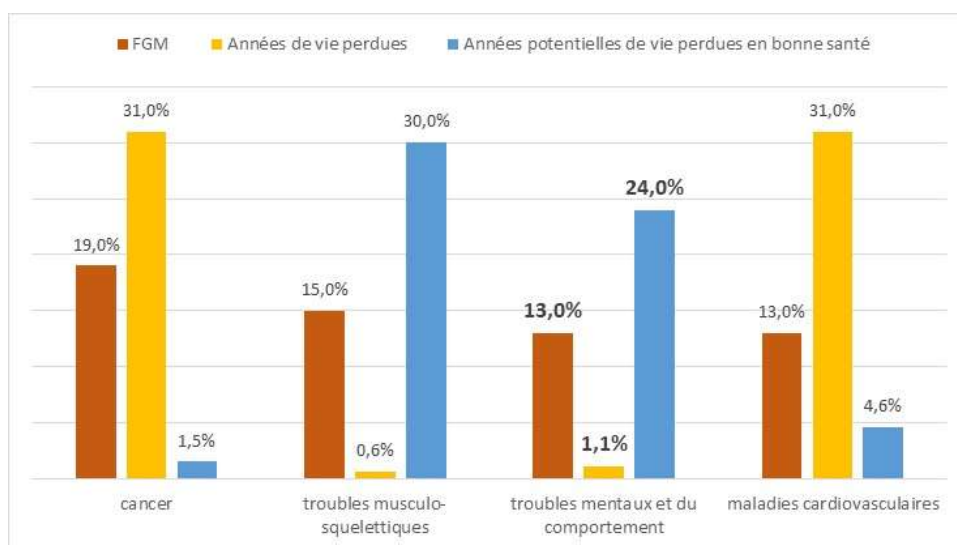
la santé mentale ainsi que de fortes proportions de personnes isolées. Et inversement, les deux dernières classes de cantons sont marquées par un faible taux de personnes isolées et une situation favorable concernant la morbidité et la mortalité liées à la santé mentale. Finalement, même si le type d'espace et la profession des habitants des cantons du Poitou-Charentes ont un poids important dans la caractérisation des classes de cette typologie, vis à vis de la santé mentale, ceux-ci ne sont pas vraiment discriminants dans cette étude. Enfin, les indicateurs décrivant l'offre de soins et de prévention ont un rôle moindre dans cette typologie. Cependant, peu d'indicateurs étaient disponibles au niveau des cantons. La difficulté majeure est de recueillir des indicateurs qui reflètent l'activité de prévention et de soins à l'intérieur de chacun des territoires(11).

VI.1.4. Fardeau global des maladies (FGM) liées aux troubles mentaux et du comportement en France

Le fardeau global de la maladie (FGM) est une méthode qui permet d'estimer et de hiérarchiser les répercussions des maladies ou des risques sur la santé des populations. Il permet d'estimer le poids de la maladie ou d'un risque sur l'état de santé en prenant en compte à la fois la mortalité en nombre d'années de vie perdues et la morbidité en nombre d'années de vie avec incapacité. Le poids d'une maladie ou d'un risque (FGM) est l'addition de ces deux éléments.

En France en 2010, selon l'*Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*, Les cancers et les troubles musculo-squelettiques (TMS) seraient responsables respectivement de 19 % et de 15 % du fardeau global des maladies. Il faut également noter qu'au-delà des facteurs biomécaniques et personnels, les facteurs organisationnels et psychosociaux contribuent également à la genèse des TMS liés au travail². Puis, dans les mêmes proportions que pour les maladies cardiovasculaires, les **troubles mentaux et du comportement** serait responsable de **13 % du fardeau global des maladies** (2 % du nombre d'années de vie perdue du fait de la mortalité et 24 % du nombre d'année de vie perdues en bonne santé) : 15 % chez les femmes et 12 % chez les hommes.

Figure 8. Pathologies ayant le plus de poids dans le fardeau global des maladies en France en 2010 (en %)



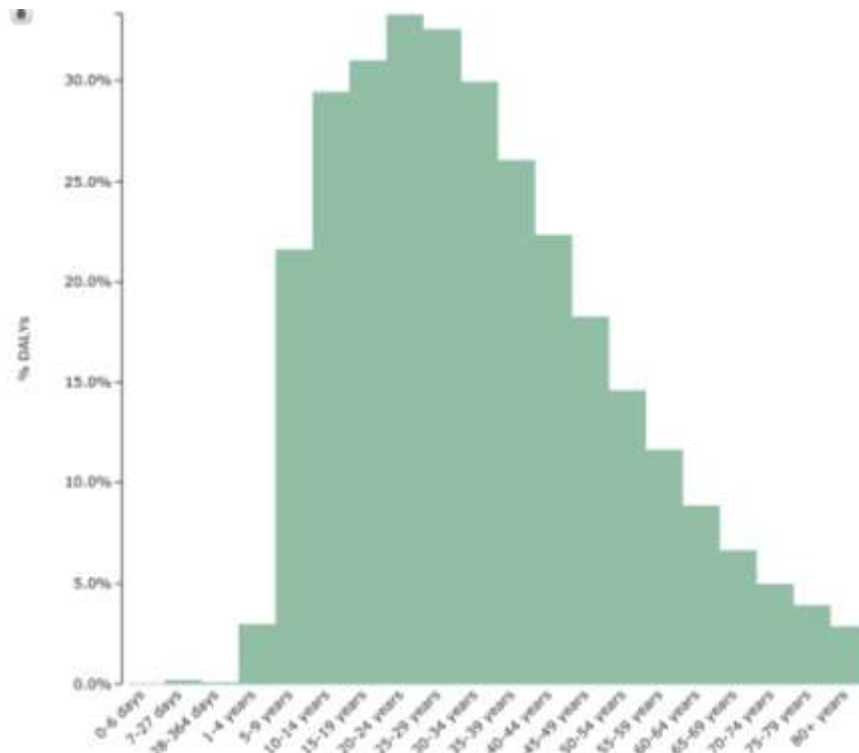
Source : IHME (GBD 2010)

Réalisation ORS Poitou-Charentes

² Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé 2013, disponibles sur <http://pistes.revues.org/3407>

De 22 % chez les 5-14 ans, la part des troubles mentaux et du comportement dans le fardeau global des maladies augmente avec l'âge jusqu'à 20-24 ans où ils seraient responsables d'un tiers des années de vie perdues du fait de la mortalité ou en bonne santé du fait de la maladie. Puis, cette proportion diminue progressivement et atteint 2,8 % chez les 80 ans et plus.

Figure 9. Poids des troubles mentaux et du comportement dans le fardeau global des maladies par âge et par pathologies en France en 2010 (%)



Source : IHME (GBD 2010)

Cinq principaux troubles mentaux et du comportement composent ces 13 % d'années de vie perdues (du fait de la mortalité ou années de vie perdues en bonne santé du fait de la maladie) :

- les épisodes et troubles dépressifs qui seraient responsables de 5 % du fardeau global de la maladie (6,5 % chez les femmes),
- les troubles anxieux (3 %), avec 3,8 % chez les femmes,
- les troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool (2 %), avec 3 % chez les hommes et 4,1 % chez les 40-44 ans,
- les troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de drogues (1 %), avec 6,6 % chez les 40-44 ans,
- la schizophrénie (0,8 %).

Tableau 3. *Poids des troubles mentaux et du comportement dans le fardeau global des maladies par pathologies en France en 2010 (%)*

Troubles mentaux ou du comportement	%
Episodes et troubles dépressifs, dysthymies	4,7 %
Troubles anxieux, TOC, troubles de l'adaptation et dissociatif	2,6 %
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	2,0 %
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues	1,0 %
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	0,8 %
Episode maniaque et trouble bipolaire	0,6 %
Troubles de l'alimentation	0,4 %
Troubles envahissant du comportement	0,4 %
Troubles du comportement et émotionnels (période enfance-adolescence)	0,2 %
Autre trouble mental et du comportement	0,2 %

Source : IHME (GBD 2010)

Ces indicateurs sont issus du Global Burden of Diseases 2010 (GBD 2010) publié par l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de l'Université de Washington. Les résultats présentés concernent la France et combinent les années de vie perdues du fait de la mortalité et les années de vie perdues en bonne santé du fait des maladies. L'ORS est actuellement en train de travailler sur des estimations régionales des poids des facteurs de risques liés aux troubles mentaux et du comportement à partir de ces résultats.

<http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns> (site visité le 2 décembre 2013)

VI.2. Suicide

VI.2.1. La mortalité

Plus de 10 000 décès par suicide en France et plus d'un suicide par jour en Poitou-Charentes

En 2010, 10 334 décès par suicide en France et 363 décès en Poitou-Charentes ont été comptabilisés. De plus, ce nombre de décès par suicide serait sous-estimée de 9 % en France(15) et de 10 % en Poitou-Charentes(16). Le taux de mortalité par suicide français est nettement au-dessus de la moyenne européenne (respectivement 15 vs 10 décès pour 100 000 habitants)(17).

Une surmortalité régionale par suicide

En tenant compte de la structure par sexe et par âge de la population, une surmortalité régionale de 25 % est notée par rapport à la France, ainsi que dans tous les territoires de santé de la région, exceptée en Vienne. Chez les hommes, cette surmortalité est nettement plus élevée au niveau régional (29 %) et dans tous les territoires de santé. Chez les femmes, seule une surmortalité par suicide a été enregistrée en Charente-Maritime Sud Est par rapport à la France métropolitaine alors qu'une sous-mortalité féminine était notée en Vienne(16).

Tableau 4. *Taux comparatif de mortalité par suicide sur la période 2008-2010 (pour 100 000 habitants)*

	France	Poitou-Charentes	Charente	Charente-Maritime Nord	Charente-Maritime Sud Est	Deux-Sèvres	Vienne
Hommes	26,7	34,7	33,2	33,1	41,3	36,2	31,8
Femmes	8,2	8,7	9,5	8,9	13,4	6,6	6,2
Ensemble	16,6	20,6	20,4	20,0	26,0	20,4	18,0

Sources : INSERM CépiDc, INSEE (16)

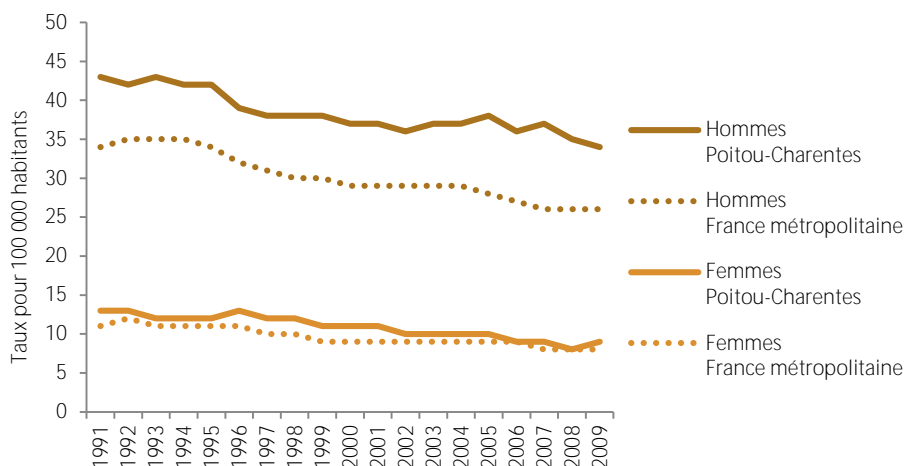
Exploitation : ORS Poitou-Charentes

En gras : différence significative avec la France métropolitaine au risque de 5 %

Une diminution des taux de mortalité depuis 20 ans

Entre 1990 et 2010, les taux comparatifs de mortalité par suicide ont connu une diminution plus rapide chez les hommes que chez les femmes, selon la même tendance en Poitou-Charentes qu'en France métropolitaine. Au cours de cette même période, la mortalité restait toutefois beaucoup plus élevée chez les hommes de la région qu'en métropole(16).

Figure 10. Evolution du taux comparatif de mortalité par suicide de 1990 à 2010



Source : Score Santé (Inserm CépiDc, Insee) (16)

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

L'année indiquée est l'année centrale de la période triennale utilisée

La population de référence utilisée pour la standardisation par âge du taux de mortalité est la France entière au recensement de 2006.

Une augmentation des taux de suicide avec l'âge

Sur la période 2008-2010, le taux brut de mortalité par suicide augmentait fortement avec l'âge, surtout chez les hommes. La mortalité masculine demeurait plus élevée qu'en métropole quel que soit l'âge, cette différence étant encore plus marquée à partir de 75 ans(16).

Le nombre de décès par suicide selon le statut matrimonial

Parmi les personnes décédées par suicide, 15 % étaient veuves et 13 % étaient divorcées contre respectivement 9 % et 8 % en population générale (INSEE RP 2010) (16).

Des suicides majoritairement par pendaison

Chez les hommes comme chez les femmes, le principal mode de suicide utilisé était la pendaison (53 %). Ensuite les hommes ont eu davantage recours aux armes à feu alors que les femmes, à l'auto-intoxication médicamenteuse et à la noyade(16).

Les suicides en milieu carcéral

En Poitou-Charentes, en 2012, 3 décès par suicide ont été comptabilisés parmi la population carcérale de la région. **Le taux régional de suicide en milieu carcéral était alors de 18,6** décès par suicide pour 10 000 détenus, équivalent au taux national(16).

Des taux de suicide différents selon l'activité professionnelle

L'analyse nationale, inexploitable au niveau régional, des taux de décès par catégorie socio-professionnelle de 1976 à 2002 fait apparaître chez les hommes de 15 à 64 ans :

- des taux de suicide plus élevés chez les inactifs (58 pour 100 000 hab.) que chez les actifs occupés (25 pour 100 000 hab.)
- des taux de suicide trois fois plus élevés chez les ouvriers (32 pour 100 000 hab.) que chez les cadres (11 pour 100 000 hab.)
- une surmortalité chez les agriculteurs exploitants de 22 % en 2009 par rapport aux autres hommes du même âge(16).

VI.2.2. Les tentatives de suicide et les idées suicidaires

En France, les tentatives de suicide ne font pas l'objet d'un enregistrement systématique. Suite à une tentative de suicide, les personnes arrivant aux urgences, ainsi que celles hospitalisées sont comptabilisées. Par contre, il est difficile d'obtenir des informations pour les suicidants restant à domicile ou ayant consulté un médecin généraliste ou spécialiste. En conséquence, les enquêtes épidémiologiques menées en population générale permettent d'estimer la proportion d'idées suicidaires et de tentatives de suicide.

Les tentatives de suicide hospitalisées

Le programme de médicalisations des systèmes d'information (PMSI) est un système de mesure de l'activité hospitalière. Ici, les données font référence aux patients domiciliés en Poitou-Charentes ayant effectué un séjour pour tentative de suicide dans les unités de soins de courte durée des établissements de santé publics ou privés. En raison d'une différence de codage, les données des établissements de Charente-Maritime Sud Est ne sont pas intégrées ici.

En 2011, les Picto-charentais ont effectué **2 950 séjours (hors Charente-Maritime Sud Est) pour tentative de suicide** en établissement de soins de courte durée publics et privés. Les séjours féminins représentaient 63 % de l'ensemble des séjours pour tentative de suicide. Le taux de recours à l'hospitalisation était de 233 pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus. A l'échelle des territoires de santé, le taux de recours variait de 167 dans la Vienne à 279 en Charente, soit un rapport de 1,7(16).

Les tentatives de suicide enregistrées aux services des urgences

Le réseau Oscour® assure la surveillance sanitaire des urgences et est gérée par l'InVS et les Cire.

Au cours de l'année 2013, **le nombre de passages pour tentative de suicide dans les services d'urgence** recueillis par OSCOUR®³ est estimé à **3 706** sur les sites participants dans la région, ce qui représente **0,9 % de l'ensemble des passages aux urgences**. Si on extrapole ces passages à l'ensemble des services des urgences de Poitou-Charentes, on peut considérer que près de **4 900 passages aux urgences** pour tentative de suicide ont lieu chaque année dans la région.

Globalement, 58 % des passages aux urgences suite à une tentative de suicide concernent des femmes, alors que chez les 20-39 ans, ce sont plutôt les hommes qui sont le plus comptabilisés. Les deux tiers des passages aux urgences pour tentative de suicide concernent les moins de 50 ans. L'absorption de médicaments ou de poisons était le mode opératoire le plus fréquent (88 %), particulièrement chez les femmes (92 %). En 2013, **254 cas graves** (c'est-à-dire dont le pronostic vital est engagé) ont été répertoriés aux urgences (soit 7 % des cas)(16).

Les pensées suicidaires et les tentatives de suicide déclarés

Selon le Baromètre Santé 2010 en Poitou-Charentes(10), 3 % des personnes interrogées, âgées de 15 à 85 ans, déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Cette proportion était significativement plus élevée chez les femmes (4 %) que chez les

³ **Taux de couverture de 90 %** de l'ensemble des services des urgences de la région. Sont inclus CH d'Angoulême (sans les urgences pédiatriques), CH de Barbezieux, CH de Châtellerauld, CH de Cognac, CH de Confolens, CH de Jonzac, CH de La Rochelle (sans les urgences pédiatriques), CH de Loudun, CH de Montmorillon, CH de Niort (avec les urgences pédiatriques), CH Nord Deux Sèvres (Sites de Thouars, Bressuire et Parthenay), CHU de Poitiers (avec les urgences pédiatriques), CH de Rochefort, CH de Ruffec, CH de Saintes, CH St Jean d'Angély, Polyclinique Inkermann.

hommes (2 %). De plus, la proportion d'idées suicidaires chez les hommes était moins élevée en Poitou-Charentes qu'en France (2 % vs 3,4 %) et la proportion de personnes ayant discuté avec quelqu'un de ses pensées suicidaires (parmi les personnes ayant eu des idées suicidaires) était plus élevée en Poitou-Charentes qu'au niveau national (64 % vs 49 %).

D'après cette même étude, 5,2 % des personnes de 15 à 85 ans déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie : 7,7 % pour les femmes et 2,6 % pour les hommes. Cette proportion était plus élevée chez les jeunes de 15 à 35 ans (6 %) et diminuait au fur et à mesure que l'âge augmentait.

Chez les apprentis en 2012

En 2012, sur une période rétrospective de 12 mois, 4 % des apprentis interrogés⁴ déclaraient avoir pensé fréquemment au suicide, particulièrement pour les apprentis de l'hôtellerie-restauration ou de production alimentaire. Au cours de la vie, 10 % des apprentis déclaraient avoir déjà fait une tentative de suicide, et plus particulièrement les filles (16 %) et ceux de l'hôtellerie-restauration (31 %).

Chez les jeunes scolarisés de 15 ans

En 2012, près de 6 % des adolescents de 15 ans interrogés déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête. Au cours de leur vie, 15 % des élèves de 15 ans déclaraient avoir tenté de se suicider. Qu'ils s'agissent d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide, les filles étaient plus nombreuses que les garçons à déclarer être concernées.

En comparant les résultats de ces enquêtes régionales, il apparaît qu'au niveau des déclarations des pensées suicidaires : les proportions sont les mêmes pour les apprentis, les élèves scolarisés et les jeunes en population générale (enquête Baromètre Santé), alors qu'au niveau des tentatives de suicide, les apprentis et les jeunes de 15 ans scolarisés déclarent plus souvent être passés à l'acte que les jeunes en population générale(18).

Tableau 5. *Comparaison des données sur la santé des apprentis avec les données de l'enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012 (%)*

	Santé des apprentis (15-16 ans)		Ados 15 ans PC	
	Garçons n=500	Filles n=127	Garçons n=455	Filles n=468
Pensées suicidaires (année)	3,1	6,8	3,5	8,8
Tentative de suicide (vie)	5,3	22,3	8,0	22,8

Source : Santé des apprentis de Poitou-Charentes 2013/ Enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012 (17)

VI.2.3. Le risque suicidaire

Dans l'enquête SMPG (santé mentale en population générale), en 2002, le risque suicidaire est mesuré à partir des réponses à cinq questions sur les pensées suicidaires (2 items), les idées auto-agressives et les tentatives de suicide, durant la vie d'une part, durant le dernier mois d'autre part. Un indicateur indiquant le niveau de risque suicidaire est construit, selon ces questions.

Les niveaux de risque suicidaire en France et en Poitou-Charentes sont globalement identiques : près de 86 % de la population régionale n'auraient pas de risque suicidaire tandis que 14 % d'entre eux peuvent être considérés à tendance suicidaire : 10 % à risque léger, 2 % à risque moyen et 1,6 % à risque élevé(8).

⁴ Enquête réalisée de janvier à juin 2012 auprès de 3 100 apprentis de la région Poitou-Charentes

VI.2.4. Les récidives

Peu de données existent sur les récidives. Selon les sources, les taux de récidives sont estimés entre 12 et 30 % de l'ensemble de la population de suicidants(19). Le taux de récidive est maximum dans les 4 à 6 mois suivant la tentative de suicide(17).

En Poitou-Charentes, 16 % des patients hospitalisés suite à une tentative de suicide ont effectué au moins deux séjours pour ce motif sur la période 2008-2010(16).

VII. Les politiques de prévention

VII.1. Au niveau national

VII.1.1. Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015



« le plan s'adresse aux personnes vivant avec des troubles psychiatriques, en particulier des troubles sévères générant parfois du handicap, mais cette priorité politique ne portera ses fruits qu'intégrée dans une prise en compte plus globale de la santé mentale en concernant l'ensemble des citoyens et pas uniquement les professionnels de la psychiatrie »(20).

L'enjeu majeur de ce nouveau plan 2011-2015 est de prévenir les ruptures dans les parcours de vie des personnes concernées par un trouble psychique, quel que soit leur lieu de vie, notamment celles en grande précarité ou en milieu pénitentiaire.

L'objectif est donc de permettre à ces personnes de mieux vivre avec des troubles psychiques, troubles dont l'impact et la prévalence sont souvent sous-estimés, notamment chez les personnes placées sous-main de justice ou faisant l'objet d'un suivi éducatif.

Le plan décline 4 axes stratégiques :

- 1/ Prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne
- 2/ Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires
- 3/ Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal
- 4/ Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs

Les principes d'action sur lesquels s'appuie ce plan sont les suivants :

- des actions qui privilégient l'accès au droit commun et la participation des personnes, et qui pensent conjointement la prévention, le soin et l'accompagnement ;
- des actions qui sont toujours orientées dans la recherche et l'entretien de l'alliance thérapeutique, et qui respectent le libre-choix du patient ;
- des actions qui prennent en compte les représentations sociales des troubles psychiques, et qui luttent en permanence contre la stigmatisation ;
- des actions conformes aux données de la science, qui s'appuient sur la complémentarité des approches thérapeutiques, des acteurs et des compétences ;
- des actions conduites avec méthode et qui sont soumises à évaluation.

Conçu comme un plan de nouvelle génération, qui intègre pleinement les principes et les outils de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires, il trace des grandes lignes stratégiques et passe le relais aux agences régionales de santé (ARS) et aux acteurs de terrain pour traduire ces grandes orientations dans leurs réalités locales. L'évaluation de ce plan est d'ores et déjà prévue, un premier bilan sera établi en 2016.

VII.1.2. Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014)



En 2008, la Ministre chargée de la santé a confié à David Le Breton, sociologue, la présidence d'un comité de pilotage, composé d'experts et de partenaires institutionnels et associatifs. Ce comité a abordé le problème du suicide dans sa globalité, de la prévention à la prise en charge des suicidants et à la « postvention ». La postvention réfère aux mesures à prendre à la suite d'un suicide.

C'est sur la base du rapport de ce comité de pilotage que le « programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 »(21) a été élaboré en partenariat avec les ministères concernés⁵.

Le Programme national d'actions pour la période 2011-2014 comporte 49 mesures regroupées en six axes :

⁵ Le ministère de la Justice et des Libertés, le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, le ministère de l'Education nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative, le ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du territoire, le ministère de la Solidarité et de la Cohésion sociale, le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Tableau 6. *Axes et mesures du programme national d'actions contre le suicide (2011-2014)*

Axe	Mesures
1 Développement de la prévention et de la postvention	1 Développer la qualité et l'efficacité des actions de promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide 2 Améliorer, développer et faire connaître les dispositifs d'intervention à distance dédiés à la prévention du suicide et à la prévention/promotion de la santé mentale 3 Prévenir l'isolement social et la détresse psychique 4 Renforcer la prévention du suicide en milieu institutionnel 5 Soutenir les personnes et les équipes endeuillés par le suicide 6 Agir sur la communication sur internet concernant le suicide 7 Limiter l'accès aux moyens létaux
2 Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire	1 Améliorer la prise en charge de la dépression chez l'adolescent 2 Développer les structures pour la prise en charge des personnes en risque suicidaire 3 Améliorer la prise en charge psychiatrique des personnes en situation de précarité 4 Renforcer la prévention en établissement de santé 5 Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance liée au travail
3 Information et communication autour de la prévention du suicide	1 Développer l'information du grand public 2 Mieux diffuser l'information sur les dispositifs d'aide et d'écoute
4 Formations des professionnels	1 Renforcer les actions de sensibilisation et de formation sur la souffrance psychique et la crise suicidaire des enfants et des adolescents en direction des professionnels en contact avec ce public 2 Renforcer les actions de sensibilisation et de formation sur la crise suicidaire 3 Former les responsables en milieu du travail sur les risques psychosociaux
5 Etudes et recherche	1 Améliorer la qualité des données et le suivi des tentatives de suicide en population générale et au sein de populations ou dans les lieux de vie spécifiques (personnes détenues, travail,...) 2 Améliorer la qualité des données et le suivi de la mortalité par suicide en population générale et au sein de population ou dans les lieux de vie spécifiques (personnes détenues, travail, ...) 3 Mener de nouvelles études et recherches pour améliorer l'état des connaissances
6 Suivi et animation du programme d'actions contre le suicide	1 Suivre et animer les déclinaisons régionales du programme national d'actions contre le suicide

Source : D'après le programme national d'action contre le suicide (2011-2014) (21)
Réalisation ORS Poitou-Charentes

Un traitement interministériel de la problématique du suicide doit permettre d'agir plus efficacement en termes de prévention et de prise en charge. Une attention particulière a également été portée à certaines populations plus vulnérables au risque suicidaire, comme les jeunes adultes (deuxième cause de décès chez les 15-34 ans au niveau régional et national, après les accidents de la circulation) ou les proches de victimes de suicides. Un des objectifs majeurs du programme est également d'améliorer la qualité des données et le suivi des suicides et tentatives de suicides en population générale comme au sein de populations spécifiques (en milieu agricole, en milieu carcéral, dans le contexte professionnel...).

En Poitou-Charentes, ce suivi d'indicateurs de suicide et des tentatives de suicides est répertorié dans un tableau de bord disponible sur : <http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/W9WkU5TDBSuicide13.pdf>

VII.1.3. Observatoire national des suicides

Lors de la journée mondiale de prévention du suicide, le 10 septembre 2013, un **observatoire national des suicides** (22) a été mis en place. Cet observatoire a les missions suivantes :

- ✓ Coordonner les différents producteurs de données et améliorer le suivi des suicides et des tentatives de suicide,
- ✓ Développer la connaissance des facteurs de risque et des mécanismes conduisant aux suicides et aux tentatives de suicide, afin d'en améliorer la prévention
- ✓ Promouvoir et valoriser les dispositifs de collecte, de suivi et d'alerte sur le suicide,
- ✓ Evaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide et des tentatives de suicide,
- ✓ Produire des recommandations, notamment en matière de prévention.

Pour plus de précisions : <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-observatoire-national-du-suicide-ons,11209.html>

VII.1.4. Exemples d'autres plans et programmes nationaux intégrant ces thématiques

VII.1.4.1. Plan santé au travail 2010 2014



Ce plan fait suite au premier plan santé au travail 2005-2009 du Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Il comprend 4 axes de travail majeurs dont l'axe « poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels », en particulier l'objectif 4 : « renforcer la prévention en direction de certains risques, secteurs et publics prioritaires » et l'action 13 : « Risques psycho-sociaux (RPS) » :

- ✓ mieux connaître les RPS et surveiller leurs évolutions
- ✓ développer la diffusion des outils d'aide à la prévention des RPS auprès des entreprises
- ✓ prendre en compte la prévention des RPS à l'occasion des processus de restructuration des entreprises
- ✓ développer la formation des acteurs de l'entreprise sur les RPS

Disponible sur : www.travail-emploi.gouv.fr.

VII.1.4.2. Programme pour la santé des élèves 2011-2015

Sept objectifs prioritaires :

- l'hygiène de vie
- l'éducation nutritionnelle et la promotion des activités physiques
- l'éducation à la sexualité, l'accès à la contraception, la prévention des IST et du sida
- la prévention des conduites addictives
- la lutte contre les jeux dangereux
- **la prévention du mal-être**
- la formation aux premiers secours.

VII.1.4.3. Plan d'actions stratégiques 2010-2014 des politiques de santé pour les personnes placées sous-main de justice

Axe 2 - action 3.1 : renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions.

VII.1.5. Rapports et recommandations selon la population

VII.1.5.1. Prévention du suicide chez les enfants

Dans un rapport remis à la secrétaire d'Etat à la Jeunesse (Jeannette Bougrad) en septembre 2013 (23), Boris Cyrulnik dénombre environ 70 suicides par an chez les 5-12 ans.

Il appelle à une politique de prévention basée sur 4 niveaux :

- ✓ Autour de la naissance :
 - Limiter le stress maternel et faciliter la prise de congés parentaux,
 - Donner une cohérence aux « métiers de la petite enfance » *via* une université de la petite enfance, la formation des médecins, infirmiers, éducateurs, enseignants et bénévoles à cette problématique,
 - Encourager les études sur les fratries,
 - Porter une attention particulière aux enfants précoces.
- ✓ Autour de l'école :
 - Adaptation des rythmes scolaires aux rythmes biologiques de l'apprentissage,
 - Notation plus tardive,
 - Développer la lutte contre le harcèlement,
 - Soutenir les élèves et les parents en difficulté.
- ✓ Autour de la famille :
 - Renforcer les cultures de quartier,

- Faire connaître les réseaux d'écoutes téléphoniques.
- ✓ Autour de la culture :
 - Faire rentrer dans les récits collectifs la notion de « crise suicidaire » et non pas de fatalité,
 - Défendre la politique culturelle de l'intégration.

VII.1.5.2. Prévention du suicide dans le monde agricole

Bruno Le Maire, Ministre de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du Territoire, a annoncé un plan de prévention du suicide dans le monde agricole, le jeudi 31 mars 2011. Il a alors confié à la MSA (Mutualité sociale agricole) le soin de mettre en œuvre ce plan qui est aujourd'hui intégré dans le Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014.

Il comporte trois orientations :

- ✓ **Mieux connaître la réalité du suicide dans le monde agricole** : Pour ce faire, Bruno LE MAIRE a demandé à la MSA et à l'InVS (Institut de veille sanitaire) de constituer un groupe de professionnels chargé d'établir des données fiables sur le suicide des agriculteurs. Ce groupe a remis sa première étude en octobre 2013 (24). La comparaison de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants à celle des hommes du même âge dans la population française montre une surmortalité par suicides de 28 % en 2008 et de 22 % en 2009. Cette situation est surtout marquée dans les classes d'âge de 45 à 64 ans et dans les secteurs des filières d'élevage bovins-lait et bovins-viande qui présentent en 2008 et 2009 les surmortalités par suicide les plus élevées. Ces secteurs rencontrent par ailleurs de grandes difficultés économiques sur les années d'étude (difficultés qui perdurent à ce jour). Ces résultats préliminaires confirment la nécessité de poursuivre la surveillance des secteurs agricoles en tension. Cette étude va permettre d'adapter les actions de prévention aux besoins d'une région ou d'un secteur professionnel, et de développer un plan global de prévention des risques psychosociaux et de prise en charge des agriculteurs en souffrance.

Une étude ultérieure devrait concerner les salariés du monde agricole.

- ✓ **Mettre en place des dispositifs d'écoute pour les agriculteurs en situation de détresse** :
 - Une convention a été passée avec les associations nationales d'écoute à distance : SOS AMITIE, SOS Suicide Phenix, Suicide Ecoute.
 - Un numéro national devrait être officiellement mis en place au cours du premier trimestre 2014 et des bénévoles formés prendront les appels des ressortissants agricoles en situation de détresse.
- ✓ **Créer des cellules de prévention dans chaque caisse de la MSA pour repérer les agriculteurs en difficultés**

Les cellules regroupent plusieurs compétences : des médecins du travail, des assistantes sociales, des conseillers en prévention des risques professionnels, des psychologues et des élus de la MSA. Elles sont chargées de repérer les situations à risque et de prendre contact avec les personnes en souffrance (salariées et non salariées) et avec les acteurs de santé concernés (réseau de prévention du suicide, médecine du travail, médecin traitants, travailleurs sociaux, préventeurs.....). Elles peuvent également suivre les

agriculteurs ayant déjà commis des tentatives de suicide par le passé afin de prévenir les récidives.

VII.1.5.3. Prévention du suicide en milieu carcéral



A l'initiative de la direction de l'Administration pénitentiaire, une journée d'étude internationale sur la prévention du suicide en prison a été organisée à l'École nationale de la magistrature à Paris le 22 janvier 2010. A la suite des recommandations du rapport du professeur Jean-Louis Terra en 2003, puis de la commission Albrand en 2009, l'administration pénitentiaire a renforcé, à la demande du Ministre d'État, Garde des Sceaux, ses dispositifs de prévention du suicide en détention, à travers (25):

- ✓ La formation du personnel pénitentiaire à la crise suicidaire,
- ✓ La mise en place de procédures de détection de la crise suicidaire (grille systématiquement renseignée lors de l'arrivée en détention),
- ✓ La disparition d'éléments matériels pouvant faciliter le passage à l'acte (potence de télévision par exemple),
- ✓ La mise en place de mesures de surveillance particulière en cas de crise suicidaire aiguë,
- ✓ Le développement des activités et l'élaboration de plans de protection individualisés pour les personnes repérées comme présentant un risque suicidaire,
- ✓ La lutte contre l'isolement,
- ✓ Le développement de la recherche pluridisciplinaire.

VII.1.5.4. Prévention du suicide chez les personnes âgées



Michèle Delaunay, Ministre des personnes âgées et de l'autonomie, a reçu le 8 octobre 2013 les propositions du CNBD (Comité National pour la Bientraitance et les Droits des personnes âgées et des personnes handicapées) en matière de prévention du suicide de personnes âgées. Elaborées à partir d'expériences concrètes, ces propositions doivent constituer le socle à partir duquel sera proposé un plan gouvernemental à venir dans les prochains mois, intégré au volet Prévention de la Loi Autonomie.

Selon les chiffres du CépiDc-Inserm, 28 % des suicides survenus en France en 2010 ont concerné des personnes âgées de 65 ans et plus. Le taux de suicide des personnes âgées reste donc très élevé en France, malgré plusieurs plans nationaux successifs de prévention du suicide portant sur l'ensemble de la population.

Les propositions du CNBD (26) s'articulent autour de trois axes :

- **Renforcer l'information et la communication** à destination du grand public, notamment sur le fait que la dépression n'est pas une fatalité de l'âge, promouvoir toute action de prévention de l'isolement des personnes âgées, et établir une « charte medias ».
- **Améliorer la formation initiale et continue** de tous les intervenants auprès des personnes âgées, qu'ils soient bénévoles ou professionnels.
- **Mieux valoriser les actions et dispositifs déjà existants** sur l'ensemble du territoire, notamment en impulsant auprès des Agences Régionales de Santé la mise en place de liens effectifs entre psychiatrie et gérontologie.

VII.2. Au niveau régional

VII.2.1. Le Projet régional de santé de Poitou-Charentes



La loi HPST du 21 juillet 2009 et la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ont consacré l'approche territoriale de l'organisation de la prise en charge des pathologies mentales et le rôle des ARS tout particulièrement dans leurs missions de transversalité (27).

Dans son Projet Régional de Santé, l'ARS a défini six domaines d'actions, dont la santé mentale et les morts violentes au même titre que le handicap, le vieillissement, les risques sanitaires, de la périnatalité à l'adolescence, et les cancers, maladies chroniques et maladies rares.

Dans le domaine de la santé mentale et des morts violentes, sont concernées les maladies mentales et la souffrance psychique, quel que soit l'âge. L'objectif stratégique est de développer des programmes de prévention, d'accompagnement et de soins de personnes exposées à des conduites à risques, à tout âge de la vie. Cinq priorités ont été dégagées :

- Les conduites addictives et à risque
- Les risques psychosociaux
- Les suicides
- Les pathologies mentales
- Les morts violentes.

VII.2.2. Le schéma régional de prévention



Le **Schéma Régional de Prévention (SRP)** constitue une vision géographique et prospective de l'organisation des services et actions, des coopérations et des financements. Les champs qu'il recouvre sont : la prévention, la promotion de la santé, la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires. Il vise à organiser les bons acteurs aux bons endroits, à identifier les leviers d'action ou de soutien aux actions dont ils disposent, ainsi que leurs domaines d'intervention, leurs forces et leurs faiblesses, leurs interdépendances... Il cherche également à améliorer la qualité et l'efficacité des actions par une professionnalisation du travail de prévention et une meilleure articulation avec les autres schémas et politiques portées par l'Etat, l'assurance maladie ou les collectivités.

Dans ce schéma de prévention Poitou-Charentes, 22 thèmes ont été identifiés dont la prévention des suicides et des morts violentes dans la fiche 19, et la prévention des pathologies mentales dans la fiche 20 (27).

La prévention des suicides et des morts violentes (Fiche 19)

Les objectifs opérationnels sont les suivants :

- ✓ Améliorer le repérage et le dépistage par les professionnels de santé et du social de situations à risque de suicide dans tous les milieux et en particulier dans le milieu du travail et le milieu scolaire,
- ✓ Renforcer le dépistage systématique par les professionnels de santé des troubles liés à l'utilisation de substances chez les sujets présentant des risques de situation suicidaire,
- ✓ favoriser le dépistage précoce des troubles psychiatriques chez les sujets présentant des facteurs de risques suicidaires,
- ✓ Favoriser l'orientation adaptée et faciliter l'accès aux interventions thérapeutiques des personnes présentant des facteurs de risques suicidaires,
- ✓ Favoriser la démarche de réseaux de santé mentale de proximité dans le cadre des politiques de santé de proximité,
- ✓ Développer des programmes de prévention, d'accompagnement et de soins des personnes exposées à des conduites à risques à tout âge de la vie.

Cette fiche présente des zones de chevauchement avec d'autres schémas et programmes du PRS : schéma régional de l'organisation des soins, schéma régional de l'organisation médico-sociale et PRAPS.

La prévention des pathologies mentales (Fiche 20)

Les objectifs opérationnels sont les suivants :

- ✓ Organiser le repérage dans la population des 15-35 ans, et à l'occasion de la consultation des services de santé de première ligne, publics ou privés, des événements et des situations constituant un risque avéré de pathologie psychiatrique,
- ✓ Organiser le dépistage des troubles psychiatriques, parmi la population des 15-35 ans ayant été repéré à l'occasion de consultations des services de santé publics ou privés de première ligne,
- ✓ Développer des programmes d'Education thérapeutique des patients⁶ (ETP) pour les troubles mentaux schizophrènes et bipolaires, pour le patient dont le diagnostic a été posé et qui sont suivis par les structures de soins ambulatoires, les centres médicaux et psychologies, les centres hospitaliers spécialisés,
- ✓ Organiser le repérage avec des outils spécifiques des situations psychiques fragiles des enfants dès le plus jeune âge ainsi que les adolescents,
- ✓ Former des professionnels médicaux, sociaux, personnes aidantes et de la justice à mieux connaître les symptômes de la maladie psychique.

Cette fiche de prévention présente des zones de chevauchement avec d'autres schémas et programmes du PRS : schéma régional de l'organisation des soins, schéma régional de l'organisation médico-sociale et PRAPS.

⁶ Cf. page 38

VII.2.3. Le schéma régional d'organisation des soins - Hospitalier (SROS-H)



Le SROS constitue désormais un outil opérationnel de mise en œuvre du plan stratégique régional de santé, document comportant notamment l'évaluation des besoins de santé et de l'offre de soins et la détermination des orientations stratégiques de la région en matière de santé. Quinze axes sur l'activité de soins et 6 thèmes transversaux (hospitalisation à domicile, diabète, obésité, accidents vasculaires cérébraux, pathologies du vieillissement et maladie d'Alzheimer) sont listés.

Axes de chevauchement avec le schéma régional de prévention :

- Axe « soins aux détenus »

Deux objectifs opérationnels sont recensés :

- ✓ Améliorer l'accès aux soins, en particulier :
 - Assurer une offre de soins graduée en psychiatrie en développant des prises en charge de groupe dans certains établissements pénitentiaires non dotés de SMPR (service médico-psychologique régional),
 - Organiser les liens entre les UCSA (unité de consultation et de soins ambulatoires) et les UHSI (unité hospitalière sécurisée interrégionale) de rattachement, et en psychiatrie, entre les acteurs des soins psychiatriques ambulatoires et à temps partiel et les UHSA (Unité hospitalière spécialement aménagée).
- ✓ Améliorer l'efficacité
 - L'amélioration de la prévention du suicide en détention est également préconisée.

- Axe « psychiatrie »

Les objectifs généraux sont :

- ✓ Améliorer l'accès aux soins et assurer la continuité des prises en charge,
- ✓ Améliorer la qualité et la sécurité des soins,
- ✓ Développer l'articulation avec le médico-social et les acteurs du premier recours,
- ✓ Gérer et prévenir les conséquences psychologiques chez les acteurs impliqués lors des crises graves et notamment améliorer la prise en charge des personnes handicapées psychiques vieillissantes et améliorer celles des personnes présentant un handicap psychique.

VII.2.4. Le schéma régional d'organisation médico-sociale - Personnes handicapées (SROMS-PH)



Ce schéma veille à répondre aux besoins de prise en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée et à l'articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale, en lien avec les schémas départementaux. Les objectifs généraux du PRS sont déclinés en objectifs opérationnels qui sont traduits en actions relatives aux personnes en situation de handicap par parcours de vie (petite enfance, adolescence, adultes, personnes handicapées vieillissantes). Dans ce schéma, 13 axes sont recensés.

Axes de chevauchement avec le schéma régional de prévention :

- Axe « dépistage »

Les objectifs opérationnels sont :

- ✓ Optimiser des dispositifs chargés du dépistage, de la prévention et de la prise en charge précoce,
- ✓ Favoriser l'accessibilité des équipements en termes de délai de réponse et de proximité. En particulier, l'amélioration du maillage territorial en CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce) et en CMPP (centre médico-psycho-pédagogique) est préconisée.

VII.2.5. Le schéma régional d'organisation médico-sociale - Personnes âgées (SROMS-PA)



Ce schéma veille à répondre aux besoins de prise en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population âgée et à l'articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale, en lien avec les schémas départementaux. Les objectifs généraux du PRS sont déclinés en objectifs opérationnels qui sont traduits en actions relatives aux personnes en perte d'autonomie. Dans ce schéma, 6 axes sont abordés : l'aide aux aidants, le lieu de vie, les maladies neuro-dégénératives, la coordination gériatrique, les dispositifs de répit, les services de soins infirmiers à domicile et les services d'aide à domicile.

Axes de chevauchement avec le schéma régional de prévention :

- Axe « l'aide aux aidants »

- ✓ Développer la connaissance des pathologies ou des handicaps pour les aidants
- ✓ Dispenser aux aidants familiaux, aux associations et aux professionnels des formations adaptées.

VII.2.6. Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins 2011-2016 (PRAPS)



Les PRAPS visent à améliorer l'accès à la santé des publics en précarité par une approche globale et coordonnée au niveau régional. Les PRAPS, confirmés par la loi HPST, constituent l'un des quatre programmes obligatoires du PRS.

Le PRAPS Poitou-Charentes 2011-2016 a **pour objectif général de permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé (soins et prévention) et médico-social de droit commun.**

Pour contribuer à la réduction des inégalités de santé, ses principes de mise en œuvre sont :

- l'approche territoriale et de proximité,
- la prise en compte de publics spécifiques,
- le partenariat intersectoriel et interministériel.

Le PRAPS Poitou-Charentes se décline en **huit fiches programmes** :

- veille et observation,
- contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé,
- favoriser un accès effectif aux droits et un accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité
- structurer et renforcer le rôle des permanences d'accès à la prévention et aux soins (PASS),
- la santé des personnes détenues,
- précarité et santé mentale,
- précarité et nutrition,
- habitat et santé.

Fiche programme n°6 : Santé Mentale et précarité

Priorité : Les suicides

- ✓ Objectifs généraux proposés dans la Plan régional stratégique :
 - Renforcer le repérage des situations de mal-être, d'isolement des populations le plus à risque
 - Sensibiliser et former les professionnels de santé à détecter la souffrance psychique des enfants et des adolescents.

✓ Axes d'interventions :

- Développer un volet spécifique de lutte contre les inégalités sociales de santé dans chacune des actions développées par le programme des coordinations « promotions de la santé mentale – prévention du suicide »
- Développer les compétences des professionnels de 1^{ère} ligne intervenant auprès des populations en situation de précarité (aide au repérage, à l'orientation, connaissance des dispositifs)
- Intégrer les actions de promotion de la santé mentale dans les dispositifs territoriaux de santé (ex : Atelier Santé Ville (ASV), Contrat Local de Santé (CLS), territoires ruraux) et favoriser la démarche de réseaux de santé mentale dans le cadre de politiques de santé locales, notamment sur les territoires « défavorisés »
- Soutenir le travail en réseau et intersectoriel entre les champs sanitaires et sociaux (ex : développement de collaborations dans le cadre de dispositifs de repérage et/ou de prise en charge sanitaire et/ou sociale – PASS, CHRS, lits halte soins santé, projets collectifs...)
- Soutenir une offre de proximité en termes d'écoute sur les territoires les plus défavorisés ou pour des populations « à risques » spécifiques (quartiers urbains de la politique de la ville, ruraux isolés, professionnels ciblés...).

VII.2.7. Les autres documents de références régionaux

Plan régional de santé au travail en Poitou-Charentes (2010-2014)



Son plan d'action est décliné en 5 objectifs principaux. L'un de ces objectifs est de prévenir les risques psychosociaux à partir de 3 axes de travail :

- ✓ développer les connaissances pour les professionnels de la prévention
- ✓ informer et sensibiliser les chefs d'entreprises, représentants des salariés et salariés eux-mêmes
- ✓ mener des actions collectives en entreprises.

Pour en savoir plus : www.prstpoitoucharentes.fr

Convention établie entre l'ARS et le rectorat Poitou-Charentes en date du 21 mars 2012.

Les orientations prioritaires sont :

- ✓ l'éducation à la sexualité, l'accès à la contraception, la prévention des IST et du sida
- ✓ **promotion de la santé mentale et prévention du suicide**
- ✓ la prévention des conduites addictives
- ✓ l'organisation du dépistage et la prise en charge des troubles spécifiques de l'apprentissage
- ✓ l'environnement, santé et citoyenneté.

VII.2.8. Les actions de promotion de la santé financées par la Direction de santé publique de l'ARS dans la région en 2012 ⁷

Les données suivantes concernent uniquement les actions financées par l'ARS. Cette partie n'est donc pas représentative de toutes les actions menées sur le territoire régional. Effectivement, la majeure partie des actions concernant cette thématique a été menée par les coordinations territoriales et leurs réseaux et ne sont pas systématiquement financées par l'ARS.

En 2012, la Direction de la Santé Publique de l'ARS a octroyé 196 694 € à des actions de promotion de la santé mentale / prévention du suicide (hors addictions), pour contribuer au financement de 34 actions au total.

Les actions liées à la promotion de la santé / prévention du suicide sont en réalité plus nombreuses. En effet une même action peut concerner plusieurs thèmes (nutrition, addiction, santé mentale, etc.) et sera affectée pour des raisons budgétaires à un seul d'entre eux. L'outil OSCARS[®], base de données en ligne, permet de recenser l'ensemble des actions mises en œuvre sur les différentes thématiques de santé publique. Ainsi, en 2012, 56 actions concernent cette thématique.

Une description de toutes les actions liées à la santé mentale est disponible sur l'outil OSCARS[®] (www.oscarsante.org).

VII.2.8.1. Répartition des financements par sous thématiques

Figure 11. Répartition des financements par sous thématiques en 2012 (en milliers d'€)



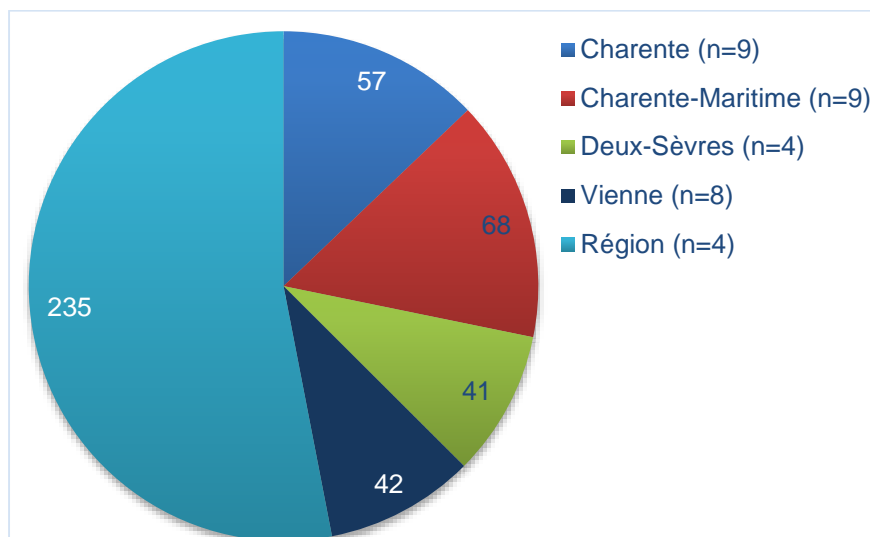
Source : ARS, Direction de la Santé publique, 2013

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Près de la moitié (45 %) de ces financements ont été alloués à des points d'écoute psychologique et un quart à des actions de prévention du suicide (soutien des familles endeuillées, sensibilisations / formations d'intervenants, observation...). Une faible part des financements concerne des actions de prévention des risques psychosociaux (une seule action portée par un centre socioculturel). Les actions « Autres » regroupent des actions auprès de publics spécifiques (personnes en situation de précarité, détenus, jeunes et adultes en insertion), des actions d'information (édition et diffusion d'une plaquette) ou encore des travaux d'observation.

⁷ Cette partie n'exploite que les actions qui font l'objet d'un financement par l'ARS. Or de nombreux autres acteurs peuvent intervenir : CPAM, MSA, Conseil généraux, établissements scolaires sur leurs financements propres, etc.

Figure 12. Répartition des financements en 2012 pour des actions Santé mentale (hors addictions) (en milliers d'€) et nombre d'actions par territoire d'intervention



Source : ARS, Direction de la Santé publique, 2013

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Un quart du budget est octroyé à des actions de dimension régionale. La Charente bénéficie du quart du budget également, suivi par la Charente-Maritime (21 %). Les Deux-Sèvres est le département où les financements sur ce thème sont les moins importants (10 %).

VII.2.8.2. Les opérateurs

Tableau 7. Nombre d'actions et financements par opérateur

Type de structures	Nombre d'actions	Financement total
Associations	19	112 800 €
Etablissements hospitaliers	6	12 450 €
ORS	1	21 194 €
Centres socio-culturels / Maisons des jeunes et de la culture	2	6 500 €
Associations spécialisées dans la prévention du suicide	3	13 750 €
CCAS / Villes / Pays	2	14 000 €
Autres	1	16 000 €
Total	34	196 694 €

Source : ARS, Direction de la Santé publique, 2013 Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Les actions liées à la promotion de la santé mentale / Prévention du suicide sont souvent portées par des associations liées à l'insertion et l'accompagnement des personnes en situation de précarité. Les établissements hospitaliers et les structures travaillant auprès des jeunes sont également souvent mobilisés sur ce thème. Enfin, les coordinations territoriales de prévention du suicide et promotion de la santé mentale présents sur les 5 territoires de santé et leur association régionale (ARP), mobilisent 7 % des financements.

Outre les travaux d'observation (Recherche action multicentrique portant sur l'analyse des difficultés des processus d'adolescence par la Fondation Vallée et Tableau de bord de suivi des suicides et tentatives de suicide par l'ORS), les principaux types d'action mis en œuvre

sur cette thématique sont des actions de sensibilisation, d'accueil / écoute et du travail de mise en réseau des acteurs.

En 2012, le financement moyen par action⁸ était de 5 785 €, avec un financement minimum de 1000 € et un financement maximum de 21 194 €.

VII.2.9. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

La santé mentale (et plus particulièrement la schizophrénie et les troubles bipolaires) est l'une des priorités définies par le schéma régional de prévention bénéficiant de programmes d'éducation thérapeutique.

En 2013, deux structures hospitalières spécialisées ont été autorisées par l'agence régionale de santé à mettre en œuvre 3 programmes d'éducation thérapeutique pour les patients atteints d'affections psychiatriques :

- Un programme à destination des **patients souffrant de troubles bipolaires** a été élaboré par le centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers. Le centre médico psychologique Laborit « Bonnafé » qui accueille les bénéficiaires de ce programme privilégie une approche psycho éducative. 5 ateliers ont été mis en place et définissent chacun des priorités d'apprentissage pour les patients. L'association Argos 2001 des patients et familles de patients bipolaires participe à l'animation de plusieurs ateliers. Les effets du programme portent sur l'augmentation de l'observance médicamenteuse, une diminution du nombre d'hospitalisations, un meilleur équilibre de la vie familiale, une amélioration de la qualité de vie. Ce projet a la volonté d'associer la médecine de ville.

- Le centre hospitalier Camille Claudel situé à La Couronne en Charente propose une éducation thérapeutique **aux patients schizophrènes** visant à renforcer leur capacité à prendre en charge leur pathologie et à améliorer leur qualité de vie. 4 ateliers thématiques sont réalisés dans les centres médico psychologiques d'Angoulême et Soyaux, de Cognac, de la Rochefoucauld et de Barbezieux. L'Union Nationale des familles et Amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) est un partenaire privilégié dans ce programme.

- Le centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers a mis au point un programme d'éducation thérapeutique **pour les enfants dysphasiques** ayant une déviance structurelle du langage oral. Il a été mis en place le 20 février 2014. Si ce type de programme ne permet pas d'infléchir totalement le développement dysphasique, il n'en demeure pas moins qu'il devrait apporter une réduction de la comorbidité comportementale. Il convient de souligner le rôle majeur que joue la famille, l'objectif étant que les parents soient des personnes ressources face aux troubles de leur enfant. Un module interactif spécifique leur est dédié.

⁸ Il s'agit du financement par l'ARS et non du financement global des actions qui bénéficient souvent de cofinancements.

VIII. Les dispositifs de coordination, d'écoute, de repérage, d'orientation et d'information

VIII.1. Les ressources nationales

Les dispositifs nationaux d'aide et d'écoute à distance dédiés à la prévention du suicide et du mal-être traitent plus de 700 000 appels par an, entretiens où s'expriment le mal-être, la grande détresse, l'isolement social ou les tentations suicidaires des appelants, mais également les demandes d'aide et de soutien de l'entourage. Ces associations assurent une écoute téléphonique 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

L'INPES subventionne six dispositifs intervenant dans le champ de la santé mentale.

Quatre d'entre eux interviennent spécifiquement sur ce champ :

- SOS amitié (www.sos-amitié.org),
- Suicide écoute (www.suicide-ecoute.fr),
- Suicide Phénix (www.sos-suicide-phenix.org),
- Phare enfants parents (www.phare.org)

Les suivants ciblent des publics spécifiques pour lesquels cette thématique est présente:

- La ligne Azur (www.ligneazur.org),
- Fil santé jeunes (www.filsantejeunes.com). (9)

D'autres sites internet spécifiques existent également :

- PsySurdus pour les personnes sourdes et malentendantes (www.psysurdus.net)
- Site pour enfant ou adolescent ayant perdu un parent par suicide : (www.atergatis.fr).

VIII.2. Les ressources régionales

VIII.2.1. Un dispositif spécifique : Les coordinations territoriales « promotion de la santé mentale-prévention du suicide »

Depuis 1999, la région Poitou-Charentes bénéficie d'un dispositif spécifique né d'un appel d'offres de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH). Cinq coordinations territoriales « prévention du suicide promotion de la santé mentale », portées par cinq centres hospitaliers sont chargées de développer et de mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé mentale sur chacun des cinq territoires de santé.

Sous le pilotage de l'ARS, ces coordinations mettent en œuvre des actions répondant aux priorités régionales en direction des publics cibles et des professionnels de leur territoire. Elles développent des réseaux impliquant l'ensemble des partenaires concernés par la thématique : centres hospitaliers, collectivités locales, institutions, associations, éducation nationale, commissariats, professionnels de santé libéraux, services de santé au travail, établissements pénitentiaires, etc.

Les axes de travail particulièrement développés sont :

- les **formations** des professionnels et bénévoles au repérage de **la crise suicidaire**,
- le développement de projets en **milieu carcéral**,
- le développement de projets en **milieu du travail**,
- le développement de projets de promotion de la santé mentale en direction des **personnes âgées** et des adolescents et jeunes adultes,

- en outre, les coordinations travaillent à développer la **participation de la médecine générale** aux actions de prévention et de promotion de la santé mentale. Si cette mobilisation est à ce jour compliquée, elle reste un enjeu majeur.

Les populations prioritairement ciblées sont :

- les adolescents et les jeunes adultes,
- les personnes en situation d'exclusion sociale,
- les personnes détenues et placées sous-main de justice,
- les personnes âgées,
- les personnes au travail.

Ces cinq coordinations territoriales ont créé l'Association Régionale de Prévention du suicide et de Promotion de la santé mentale en Poitou-Charentes (ARP) afin de faire connaître leurs missions et d'organiser des actions de communication et de formation (www.arp-preventionsuicide.fr).

VIII.2.2. Les points d'écoute psychologique

En plus des CMP et des professionnels de santé libéraux, de nombreuses structures, associatives ou non, ont une mission d'accueil et d'écoute des personnes en souffrance. Composés d'équipes pluri-professionnelles (dont des psychologues et/ou des professionnels sensibilisés et/ou formés à la problématique), ces points d'écoute psychologiques sont répartis sur le territoire, prioritairement dans les zones ou quartiers où les besoins ont été identifiés.

VIII.2.3. Les maisons de l'adolescent (MDA)

Deux départements bénéficient de MDA : la Charente-Maritime et les Deux-Sèvres. Les MDA proposent une écoute et une prise en charge globale des jeunes de 12 à 25 ans du département et de leurs familles, ainsi qu'un soutien aux professionnels intervenant auprès des jeunes. Cet accueil peut être anonyme et toutes les prestations sont gratuites.

- **La MDA de La Rochelle** : Ouverte en 2009, les permanences de la MDA de La Rochelle sont assurées par une équipe de 7 professionnels (psychologue, infirmiers psychiatriques, assistances sociales, et éducatrices spécialisées). En terme individuel elle peut proposer une évaluation clinique par un psychiatre, un accompagnement psychologique ou éducatif, une consultation en addictologie. De manière plus collective, elle peut proposer des entretiens familiaux, des ateliers d'expression artistique pour les ados, des groupes de paroles pour les parents. La MDA propose aussi des accompagnements et des outils pour les professionnels : analyse de situation pour une équipe sur un rythme ponctuel ou régulier, groupe de réflexion de cadres d'établissement, ...
<http://maisondesadolescents17.fr/>
- **La MDA de Niort** : Ouverte en septembre 2012, l'équipe de la MDA de Niort est composée d'une responsable coordonnatrice, d'un responsable coordinateur d'un médecin généraliste, d'une assistante sociale, de sage-femmes, de conseillères conjugales, d'une animatrice de prévention, de psychologues, d'infirmières, d'une éducatrice spécialisée. Elle est également complétée par différents partenaires effectuant des permanences régulières au sein de la structure. Ces professionnels sont mobilisés par les trois structures coopérantes : le Conseil général des Deux-Sèvres, le centre hospitalier Nord Deux-Sèvres et le centre hospitalier de Niort.

VIII.2.4. Les associations et les réseaux de soutien aux familles

Des associations proposent un soutien aux familles endeuillées par un suicide. Par exemple, Jusqu'à la mort accompagner la vie (**JALMALV**) et **Jonathan Pierres Vivantes** dans la Vienne. L'antenne régionale de la **Fédération Vivre son deuil** regroupe certaines de ces associations. (<http://www.vivresondeuil.asso.fr>)

En collaboration avec le service des Urgences du C.H. de Niort, avec le soutien financier de l'ARS et d'autres partenaires, la coordination « Prévention du suicide » adresse, au domicile des **personnes décédées par suicide**, un courrier proposant à l'entourage d'être **soutenu psychologiquement** (expression des ressentis, écoute, aide à l'annonce, etc.). Jusqu'à 5 entretiens sont ainsi entièrement financés. Les familles reçoivent un courrier accompagné du listing des psychologues engagés du département. Plusieurs personnes de l'entourage peuvent bénéficier de ce dispositif sans limitation de durée. Fin 2012, et depuis sa mise en place en mars 2008, 169 personnes ont bénéficié de ce dispositif (627 entretiens).

VIII.2.5. L'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)

Les délégations départementales de l'UNAFAM proposent des permanences d'accueil et d'écoute, des réunions thématiques, des formations et/ou des groupes de paroles à l'intention des parents et proches de personnes atteintes de troubles psychiques. Très impliquée dans la prévention du suicide, l'UNAFAM participe activement aux instances consultatives chargées de définir la politique de santé mentale. Pour connaître les actions départementales : www.unafam.org (9)

VIII.2.6. Les autres services

Les services de santé au travail

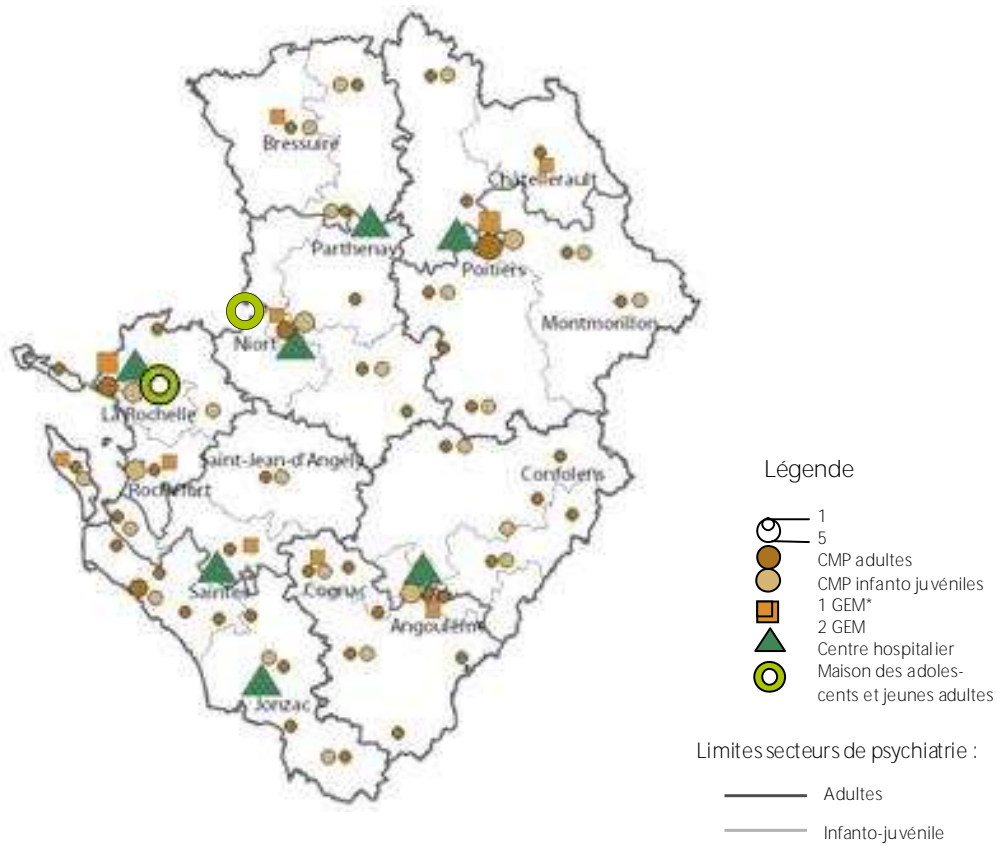
Les services de santé au travail ont une mission exclusivement préventive et sont attentifs notamment aux risques psychosociaux. Effectivement, les risques psychosociaux évoquent diverses situations de mal-être au travail avec des causes variées (surcharge de travail, contrainte excessive de temps, conflit de valeur, violences interne ou externes...). Les conséquences de ces risques peuvent aller de la somatisation aux symptômes dépressifs voire au suicide (28).

Les services de promotion de la santé en faveur des élèves

Les services de santé de l'Education nationale sont composés de médecins, d'infirmiers et de secrétaires. Ils font partie intégrante de l'équipe éducative et interviennent au cours de la scolarité des élèves par des actions de prévention et d'éducation à la santé à titre individuel ou collectif. La mission de promotion de la santé en faveur des élèves a pour objectifs essentiels de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité.

IX. L'offre de prise en charge en Poitou-Charentes

Figure 13. Cartographie de l'offre hospitalière en santé mentale et groupes d'entraide mutuelle en 2013



Source : ARS (Cosa), UNAFAM (9)
Exploitation ORS Poitou-Charentes

IX.1. Dispositifs de soins sanitaires

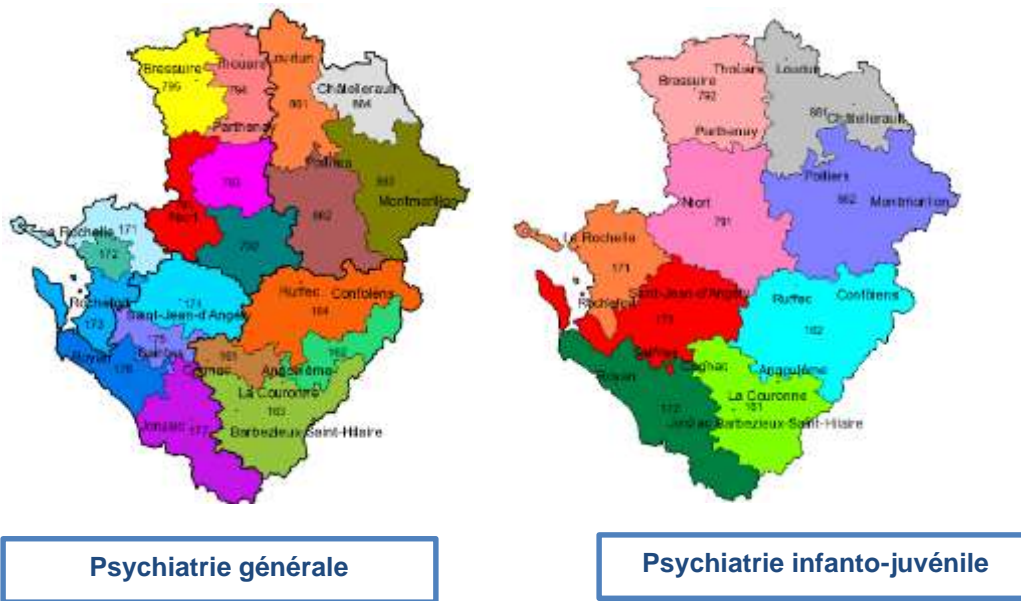
IX.1.1. Les structures hospitalières

Organisation de la prise en charge en secteur psychiatrique

Un secteur psychiatrique est la zone d'intervention des équipes soignantes et l'aire de concertation et de coordination de tous les acteurs concernés par la santé mentale. Il existe des secteurs de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie pour les enfants et les jeunes de moins de 16 ans.

La région compte deux centres hospitaliers psychiatriques (Vienne et Charente). Au niveau des départements de la Charente-Maritime et des Deux-Sèvres, la psychiatrie est rattachée aux centres hospitaliers généraux (29).

Figure 14. *Localisations des secteurs psychiatriques adultes et enfants en Poitou-Charentes en 2013*



Source : ARS Poitou-Charentes, COSA (29)

La prise en charge à temps partiel

Il s'agit de prises en charge plus importantes que celles en ambulatoire sans impliquer une prise en charge continue de jour et de nuit. Elles sont réalisées dans 4 types de structures.

Les hôpitaux de jour et les hôpitaux de nuit, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) qui visent à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe, et **les ateliers thérapeutiques** qui ont pour objectif le réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale.

La prise en charge à temps complet

Les prises en charge à temps complet sont réalisées dans des lieux permettant la surveillance et les soins 24 heures sur 24. La forme d'activité la plus répandue est l'hospitalisation à temps plein.

Les centres de postcure sont définis comme des unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins et traitements nécessaires à la réadaptation à une vie autonome.

Les **centres de crise** sont des unités destinées à répondre aux situations d'urgence et de détresse aiguës. Elles doivent mettre en place la possibilité d'un accueil 24h sur 24 et de prises en charge intensives et de courte durée.

Les appartements thérapeutiques sont des unités de soins, situées en dehors de l'hôpital, mises à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnels soignants. Ils sont à visée de réinsertion sociale.

Le placement familial thérapeutique permet le traitement de patients de tous âges, placés dans des familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible. Il peut être envisagé à moyen et long terme et généralement proposé en complément avec un autre dispositif de soins.

Les urgences psychiatriques

La plupart des services d'urgences bénéficie de la présence d'une équipe psychiatrique ou d'une organisation avec les CMP permettant le recours à une évaluation médico-psychologique.

IX.1.2. La prise en charge ambulatoire

Les centres médico-psychologiques (CMP) sont des établissements rattachés à un hôpital public. Ils regroupent différents professionnels, notamment de santé mentale (psychiatres, infirmières, assistants de service social, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs spécialisés...). Dispositif central de la psychiatrie de secteur, le CMP a pour mission l'accueil gratuit de toute personne en souffrance psychique. Il assure l'accueil, l'orientation et les consultations. Il a également une mission de coordination de professionnels et de prévention en santé mentale. Les consultations en CMP sont entièrement prises en charge par la Sécurité sociale. Il existe des CMP pour adultes et des CMP pour enfants et adolescents (infanto juvéniles).

Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) sont des centres de consultation, de diagnostic et de soins ambulatoires, non sectorisés, recevant des enfants et adolescents, ainsi que leur famille. Créés à partir de 1946 sous l'impulsion d'enseignants et de soignants, les CMPP se situent à la frontière du secteur médico-social et de la psychiatrie. Ces structures s'adressent aux enfants et aux adolescents de 0 à 20 ans présentant des difficultés d'apprentissage, des troubles psychiques, psychomoteurs ou du comportement. Elles ont pour fonction de pratiquer le dépistage précoce par des bilans, le diagnostic d'éventuelles manifestations pathologiques et de mettre en œuvre une action thérapeutique ou rééducative sous la responsabilité d'un médecin. Leur activité est exclusivement ambulatoire et prend la forme de consultations, de séances de traitement d'au maximum quelques heures par semaine. L'enfant est donc maintenu autant que possible dans son milieu familial. Au 1^{er} décembre 2013, on recensait 22 CMPP sur l'ensemble du territoire régional.

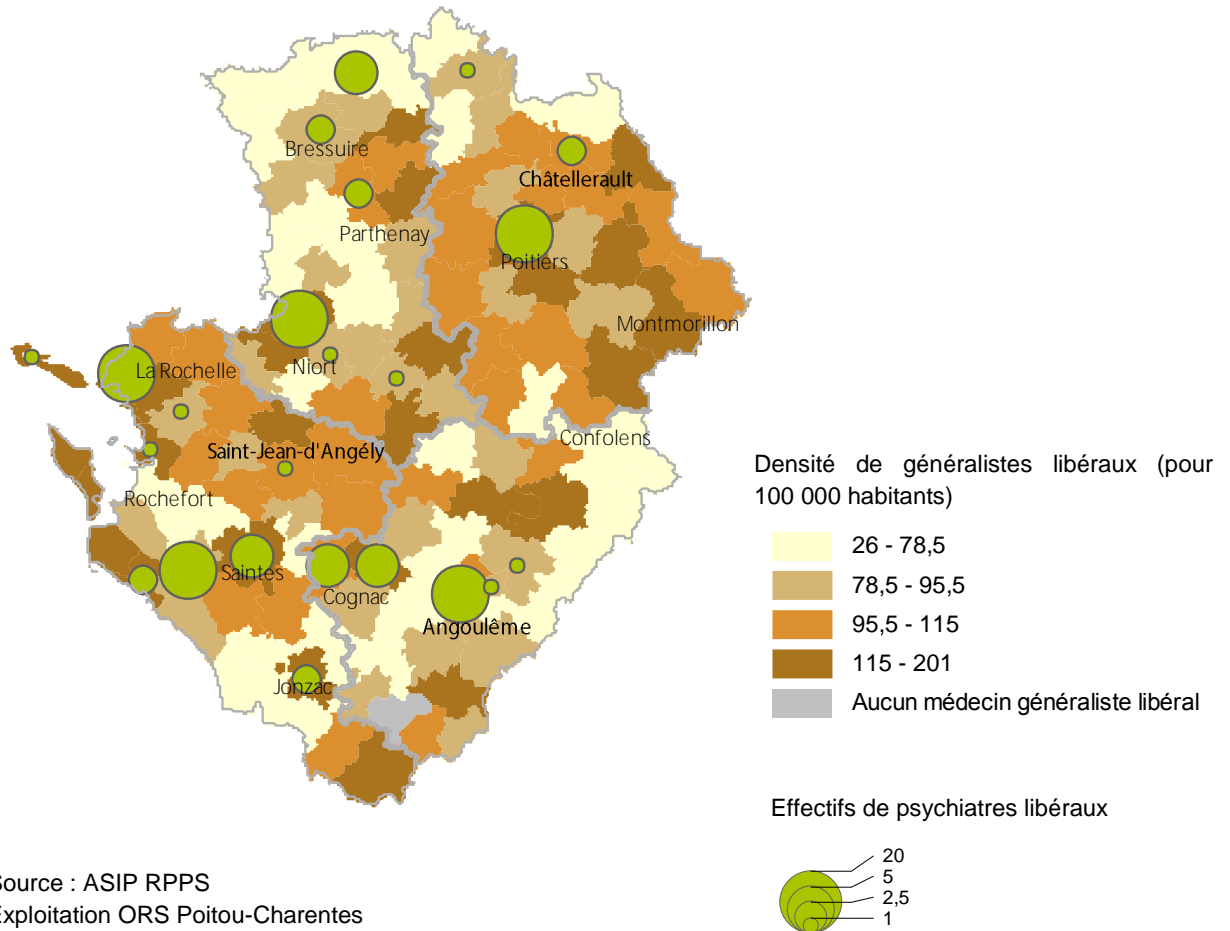
Les équipes mobiles précarité-psychiatrie sont des équipes de psychiatrie hospitalières qui mènent des actions spécifiques en dehors de leurs structures :

- en direction de leur public cible (personnes en situation de précarité, adolescents et / ou personnes âgées) : permanences, animation d'espaces d'accueil et d'écoute, groupes d'échanges, ateliers thérapeutiques, etc. ;
- en direction des acteurs de première ligne : actions de formation, de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs, soutien des équipes, développement d'un travail de réseau, supervisions, etc.

En Poitou-Charentes, il existe des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité dans tous les départements et des équipes mobiles de géronto-psychiatrie (en Charente-Maritime nord, dans les Deux-Sèvres et la Vienne).

IX.1.3. La prise en charge en secteur libéral

Figure 15. Densité de médecins généralistes et effectifs de psychiatres libéraux en 2012



Source : ASIP RPPS
Exploitation ORS Poitou-Charentes

En 2012, 1 946 médecins généralistes exercent dans le secteur libéral, soit une densité de 110 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Leur répartition sur le territoire est très inégale puisqu'un quart des cantons bénéficie de moins de 79 médecins pour 100 000 habitants quand le quart le mieux loti bénéficie de plus de 115 médecins pour 100 000 habitants. Les agglomérations sont généralement mieux dotées que les territoires ruraux. Globalement, les départements de la Vienne (114 pour 100 000 habitants) et de la Charente-Maritime (120 pour 100 000 habitants) ont des densités supérieures aux deux autres départements.

Cent trois psychiatres libéraux exercent en Poitou-Charentes. Ils se répartissent de la façon suivante : 36 en Charente-Maritime, 25 en Charente, 23 dans la Vienne, et 19 dans les Deux-Sèvres.

Enfin, 115 psychologues libéraux exercent dans la région, surtout en Charente-Maritime (44) et dans la Vienne (32). Dans les Deux-Sèvres et en Charente, le nombre de psychologues est respectivement de 25 et 14 au 1^{er} janvier 2013.

IX.2. Dispositifs de soins médico-sociaux

Les établissements et service d'aide par le travail (ESAT) : Autrefois nommés « Centres d'Aide par le Travail », les établissements et services d'aide par le travail (ESAT), ont une double vocation : la mise au travail et le soutien médico-social. Ils s'adressent à des personnes handicapées dont les capacités de travail, inférieures à un tiers de celle d'un travailleur « valide », ne leur permettent pas d'exercer en milieu ordinaire. Selon Finess, au 1^{er} décembre 2013, 50 ESAT couvrent l'ensemble du territoire régional et offrent la possibilité de travailler en milieu protégé à environ 3 355 personnes.

Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ont pour mission de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement 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. Les besoins de l'usager sont définis par l'équipe pluridisciplinaire avec lui, dans le cadre de l'élaboration de son projet individualisé de prise en charge et d'accompagnement. Selon Finess, au 1^{er} décembre 2013, 43 SAVS offrant 1 507 places existent sur l'ensemble de la région.

Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés psychiques (SAMSAH) ont pour mission de contribuer à la réalisation à domicile du projet de vie de personnes adultes reconnues en situation d'handicap psychique par des soins et un accompagnement adapté.

Selon Finess, au 17 mars 2014, 14 SAMSAH offrant 200 places existent sur l'ensemble de la région.

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des associations d'usagers, parrainées par des structures œuvrant dans le champ de la santé mentale. Les personnes présentant des troubles psychiques peuvent s'y retrouver, s'entraider, partager et organiser ensemble des activités culturelles, sportives, artistiques, etc. Parce qu'ils contribuent à la lutte contre l'isolement et à l'augmentation de la confiance en soi, les GEM sont des acteurs essentiels de la promotion de la santé mentale. Au total, 15 GEM sont présents sur le territoire.

Les foyers

En Poitou-Charentes, environ 137 établissements offrent près de 3 815 places au 31 décembre 2013. On distingue les foyers d'hébergement (40 % des places), les foyers de vie ou occupationnels (47 %), et les structures pour adultes lourdement handicapés (13 % des places) : maisons d'accueil spécialisé, foyers d'accueil médicalisé.

- **Les foyers d'hébergement** accueillent des personnes en mesure d'exercer une activité professionnelle, qui travaillent principalement en milieu protégé dans des ESAT, ne disposent pas de logement personnel ou ne résident pas dans leur famille. Au 1^{er} décembre 2013, 43 foyers d'hébergement offrent 1 507 places au niveau régional.
- **Les foyers de vie ou occupationnels** permettent d'accueillir les personnes dont le handicap ne leur permet plus de travailler mais qui disposent néanmoins d'une relative autonomie leur permettant de se livrer à des activités occupationnelles quotidiennes, ludiques et éducatives. Ils fonctionnent majoritairement en internat mais certains d'entre eux disposent de places en accueil de jour. Au 1^{er} décembre 2013, 65 foyers de vie offrent 1 802 places au niveau régional.
- **Les maisons et foyers d'accueil médicalisé** sont destinées à accueillir jour et nuit les personnes les plus lourdement handicapées, dans l'impossibilité totale d'exercer

une activité et dont l'état nécessite le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants. Au 1^{er} décembre 2013, 29 maisons et foyers d'accueil médicalisé offrent 506 places au niveau régional.

X. Economie de la santé

X.1. Santé mentale

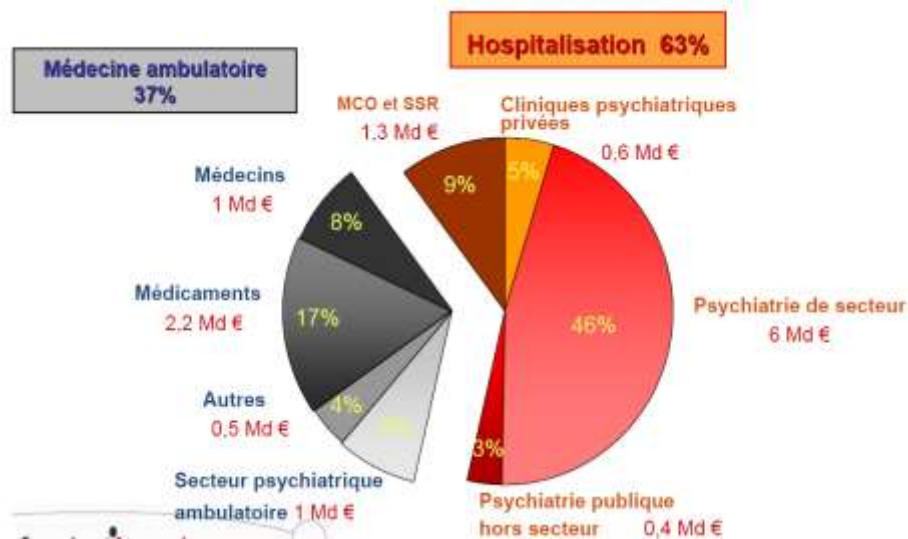
A l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale, le 10 octobre 2013, la Commission européenne a publié une étude portant sur les systèmes de santé mentale des pays de l'Union européenne et de la Norvège (30). En France, près de 13 % du budget total de la santé est consacré à la santé mentale. La France est située en 3^{ème} position, après la Norvège (18 %), le Luxembourg (13 %) et le Royaume-Uni (13 %), la majorité des pays dépense entre 4 et 8 % de leur budget total de santé pour la santé mentale.

Les pathologies mentales coûtent chaque année à la France presque 110 milliards d'euros. Ces coûts sont répartis entre la prise en charge sanitaire, sociale, la perte de productivité et la perte de qualité de vie. Cette dernière représentant à elle seule près de 60% des dépenses (7).

Le coût de la prise en charge sanitaire

Il était estimé, en 2007, à 13,4 milliards d'euros soit 8 % des dépenses nationales de santé. La dépense la plus importante était le coût des services psychiatrique des hôpitaux publics, atteignant 6,4 milliards d'euros (11 % de la dépense nationale des hôpitaux publics) (31).

Figure 16. Le coût de la prise en charge sanitaire



Source : Le coût de la pathologie mentale en France en 2007 (31)

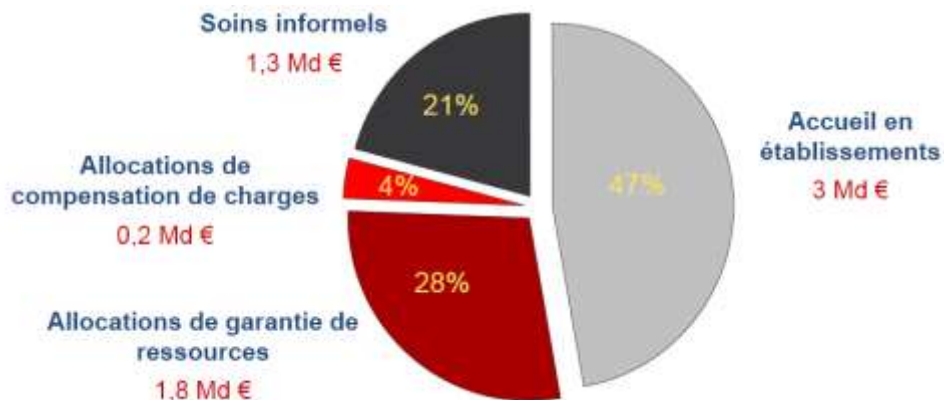
Note

MCO : séjours hospitaliers en soins de courte durée avec une activité médecine-obstétrique-chirurgie
 SSR : soins de suite et réadaptation

Le coût de la prise en charge sociale et médico-sociale

En 2007, il était estimé à 6,3 milliards d'euros dont 1,3 milliards pour les soins informels (31).

Figure 17. Le coût de la prise en charge sociale et médico-sociale



Source : Le coût de la pathologie mentale en France en 2007 (31)

Le coût de la perte de productivité

Il représentait en 2007, 24,4 milliards d'euros, dont 20 milliards concernant la perte de production et 4,4 milliards la compensation de la perte de revenu (chômage, invalidité, indemnité journalière, RMI).(31)

Le coût de la perte de qualité de vie

La perte de qualité de vie liée à la pathologie mentale est évaluée à partir du questionnaire SF-36 (questionnaire de qualité de vie général), adressé aux personnes de 18 ans et plus résidant en ménage ordinaire. Ce questionnaire fait partie de l'enquête décennale santé (INSEE, 2003), représentative de la population française. La perte de qualité de vie au niveau individuel est estimée à partir du différentiel moyen d'un score global de qualité de vie entre les différents groupes d'individus (présentant ou non des troubles mentaux). La valorisation au niveau national se fait à partir de la prévalence estimée des troubles mentaux. Enfin, une valorisation monétaire doit être effectuée de manière à déterminer un coût de perte de qualité de vie.

En 2007, la perte de la qualité de vie représentait 65,1 milliard d'euros. Les personnes souffrant de pathologies mentales ont une qualité de vie réduite de 30 % par rapport au reste de la population (31).

X.2. Suicide

Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide pour l'année 2009 en France : près de 5 milliards d'euros

Une étude (32) de l'Unité de recherche en économie de la santé (URC ECO) de l'Hôtel Dieu à Paris a estimé à près de 5 milliards d'euros le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide pour l'année 2009 en France. Cette évaluation comprend les coûts formels (liés à la prise en charge dans le secteur sanitaire et les autres dépenses publiques

qui incluent les coûts médico-sociaux, les interventions de la police et des pompiers, mais également les indemnités journalières des suicidants) et les coûts informels (liés à la perte de productivité engendrée par les suicides et les tentatives de suicide pour la victime et ses proches).

Pour 2009 : les coûts formels sont estimés à 27,4 millions d'euros pour les suicides et 626,7 millions d'euros pour les tentatives de suicide, et les coûts informels à 3,7 milliards d'euros pour les suicides et 449 millions d'euros pour les tentatives de suicide. Le coût moyen de prise en charge des suicidants et suicidés correspond à deux tiers des dépenses faites pour les patients atteints de diabète, à un tiers de celles des patients victimes d'un AVC (accident vasculaire cérébral), et à deux tiers de celles des personnes soignées pour hypertension artérielle (33) .

XI. Bibliographie

1. KOVESS-MASFETY V., BOISSON M., GODOT C., SAUNERON S. La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de la vie. Centre d'analyse stratégique. 2010. Rapport n° 24. 272 p.
2. BERTAUT A., LEMERY B., MILLOT I. Regards croisés sur la santé mentale de la prise en charge des troubles mentaux à la promotion de la bonne santé psychique. ORS Bourgogne. Septembre 2010. 12 p.
3. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. ANAES, Fédération Française de Psychiatrie. 19 Octobre 2000. 30 p.
4. TERRA J.-L. Concepts et méthodes utilisés sur le suicide et sa prévention. Ban Public : association pour la communication sur les prisons et l'incarcération en Europe. 23 décembre 2003;1 p.
5. OMS. La santé mentale: renforcer notre action. WHO. 2010
6. PITCHOT W., PAQUAY C., ANSSEAU M. Le comportement suicidaire : facteurs de risque psychosociaux et psychiatriques. Rev Médicale Liège. 2008;63(5-6):396-403.
7. CHEVREUL K., MARION-LEBOYER I., BOURMAUD A., LEBOYER M., DURAND-ZALESKI I. The cost of mental disorders in France. Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol. août 2013;23(8):879-886.
8. DEBARRE J., CHABAUD F. Images et réalités de la santé mentale en Poitou-Charentes. Comparaison avec la France d'après les données de l'enquête « santé mentale en population générale » (SMPG) 1999-2004. ORS Poitou-Charentes. Mai 2007. Rapport n° 109. 38 p.
9. DEBARRE J., BOUNAUD V. BOS Le suicide en Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes. Février 2011. 8 p.
10. DEBARRE J. Dépression et tentative de suicide. Baromètre santé Poitou-Charentes 2010. ORS Poitou-Charentes. Juin 2012. 4 p.
11. BOUFFARD B., BOUNAUD V., DEBARRE J., GIRAUD J. Typologie cantonale de la santé mentale en Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes. Avril 2010. Rapport n° 128. 56 p.
12. GIRAUD J., PUBERT M., TEXIER N. Indicateurs de suivi sanitaire des territoires de santé de Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes. Juin 2012. 70 p.
13. BECK F., GUIGNARD R., RICHARD J.-B., TOVAR M.-L., SPILKA S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Tendances. Juin 2011;(76):6.
14. LE MINOR L. Médicaments psychotropes: consommation et profils de consommateurs en Poitou-Charentes. Mission d'Appui Drogues et Toxicomanies Poitou-Charentes. 2011. 14 p.
15. BERNUS D. Suicide : plaidoyer pour une prévention active. Journal officiel de la République française. 12 février 2013. 58 p.
16. InVS. Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France. BEH. 13 déc 2011;(47-48):487-510.
17. DEBARRE J., PUBERT M., GIRAUD J., BOUFFARD B. Tableau de bord de suivi des suicides et des tentatives de suicide en Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes. Février 2014. Rapport n° 154. 36 p.

18. ROBIN S., BOUNAUD V., DEBARRE J. La santé des apprentis en Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes. Juin 2013. Rapport n° 151. 125 p.
19. VAIVA G., DUCROCQ F., JEHEL L., DUHEM S. Le recontact téléphonique des suicidants sortant des urgences. Prévention du suicide. 2005. 216 p.
20. BLEMONT P., GENETY C. Psychiatrie et santé mentale. CNFPT. 2013
21. Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Ministères de la Justice, du Travail, de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur, de la solidarité. Septembre 2011. 96 p.
22. Marisol Touraine installe l'Observatoire national du suicide. ASH. 13 sept 2013;(2824):44.
23. CYRULNICK B. Attachement et sociétés *in* « Quand un enfant se donne la mort ». Editions Odile Jacob; 2011.
24. BROSSARD C., SANTIN G., GUSEVA CANU I. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants - Premiers résultats. InVS. Octobre 2013. 26 p.
25. Le suicide en prison: mesure, dispositifs de prévention, évaluation. Direction de l'administration pénitentiaire. Janvier 2010. 136 p.
26. Prévention du suicide chez les personnes âgées. Comité National pour la Bienveillance et les Droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD). Octobre 2013. 74 p.
27. ARS Poitou-Charentes. Projet régional de santé de Poitou-Charentes. Décembre 2012. 326 p.
28. DEBARRE J., COLIN A., TEXIER N. BOS La santé au travail en Poitou-Charentes. Mai 2013. 8 p.
29. Projet régional de santé-Etat des lieux-Proposition révision 2013. ARS Poitou-Charentes. 2013. 287 p.
30. Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health- European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH). European Commission. Juillet 2013. 574 p.
31. CHEVREUL K., PRIGENT A., BOURMAUD A., DURAND-ZALESKI I. Le coût de la pathologie mentale en France en 2007. Unité de recherche clinique en économie de la santé. 2009. 13 p.
32. CHEVREUL K., LE JEANNIC A., LEFEVRE T., VINET M-A. Estimation du fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France en 2009. Unité de recherche clinique en économie de la santé. 2013. Rapport n° en cours.
33. Suicide, 10000 morts passés sous silence. Enquête Santé. France 5. 2013

Santé mentale et suicide

Synthèse documentaire

Mots-clés

Santé mentale, suicide, tentative de suicide, Epidémiologie, Prévention, Prise charge, Offre soins, Ressource, Plan, Programme, Facteur risque, Facteur socioculturel, Facteur socioéconomique, Poitou-Charentes.

Pour nous citer

DEBARRE J., MOREAU F. Santé mentale et suicide. Synthèse documentaire. ORS Poitou-Charentes. Mars 2014. Rapport n° 156. 52 p.



17, rue Salvador Allende ■ 86000 Poitiers ■ Tél. 05 49 38 33 12 ■ ors@ors-poitou-charentes.org ■ www.ors-poitou-charentes.org
Sites gérés par l'ORS : www.esprit-poitou-charentes.com ■ www.indisante.org