

... La santé mentale en Haute-Normandie

Une publication de l'Observatoire régional de la santé de Haute-Normandie

Contexte

La santé mentale fait partie des dimensions fondamentales de la santé telle que la définit l'Organisation mondiale de la santé en tant qu'«équilibre et l'harmonie des toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques et sociales)». En conséquence, le champ de la santé mentale dépasse largement celui de la pathologie psychiatrique. En effet, la santé mentale relève de l'aptitude de l'individu dans ses relations avec son environnement. Une étude américaine (1992) a permis de définir trois grandes dimensions en matière d'altérations de la santé mentale : le diagnostic psychiatrique (16 % de la population), la détresse psychologique (11 %) et le dysfonctionnement social dans les activités quotidiennes (11 %). Compte tenu de ces concepts, une approche de la santé mentale doit s'intéresser à ces trois dimensions, qui relèvent non seulement d'une réponse du système de santé mais aussi de déterminants qui touchent à l'environnement familial, social ou professionnel, à l'histoire personnelle et aux aspects culturels.

Depuis les années 60, la politique de santé mentale a profondément évolué et les progrès enregistrés par les soins psychiatriques ont eu une influence indiscutable en rendant possible le traitement ambulatoire ou en hospitalisation partielle de nombreux patients jusqu'alors maintenus longtemps en hospitalisation.

De même, la santé mentale des jeunes a été reconnue comme une priorité de santé publique. Le rapport du Haut comité de santé publique sur la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes (2000) montre combien cette période de vie, particulièrement riche pour la construction de l'individu, se révèle être aussi une période de grande fragilité, pleine de paradoxe. En effet, de nombreux indicateurs traduisent la fréquence élevée des différents troubles psychosociaux des jeunes : mal-être et dépression, tentative de suicide, violences, accidents, usage de substances psycho-actives... De même, les professionnels médicaux, sociaux ou éducatifs pointent le «mal être des jeunes» à l'école, dans la famille, en société et soulignent les difficultés des politiques, notamment d'insertion.

Face à ces constats, différentes pistes d'action ont été lancées et suivies notamment par la mise en place de structures d'accueil en lien avec la santé mentale. L'évolution de la psychiatrie hospitalière a été en effet marquée par une diminution de la capacité d'accueil et un développement de l'hospitalisation partielle qui représente plus de 30 % du total des lits ou places d'hospitalisation en psychiatrie. Aujourd'hui, l'offre de soins spécialisés en santé mentale repose sur un dispositif très diversifié, tant au niveau des établissements publics et privés que des professionnels.

Faits marquants en Haute-Normandie

- ❖ Les affections psychiatriques, premier motif d'admission en affection de longue durée avant 15 ans.
- ❖ Un taux comparatif d'admission en affection de longue durée pour pathologies mentales plus élevé en Seine- Maritime que dans l'Eure.
- ❖ Plus de 16 % de la population haut-normande serait en situation de détresse psychologique.
- ❖ Près de 8 % des haut-normands seraient atteints de dépression et plus d'un quart de la population présenteraient des besoins de soins de première ligne en santé mentale (médecins généralistes, psychologues ou psychothérapeutes).
- ❖ Une surmortalité significative par suicide de plus de 22 % chez les hommes et 13 % chez les femmes par rapport à la France métropolitaine, malgré une baisse générale de la mortalité depuis plus de 10 ans.
- ❖ Un taux d'équipement en lits et places en psychiatrie adulte et infanto-juvénile inférieur à celui observé au niveau national.
- ❖ Une offre libérale en psychiatres et neuropsychiatres deux fois moins importante qu'en France métropolitaine et concentrée sur le territoire des agglomérations rouennaise et elbeuvienne.

Indicateurs épidémiologiques en santé mentale

Les admissions en affection de longue durée (ALD)

Entre 2004 et 2005, plus de 34 000 admissions en ALD ont été recensées annuellement en Haute-Normandie. Les trois principaux motifs d'admission en ALD sont les maladies cardiovasculaires (30,4%), les cancers (27,0%) et le diabète et autres maladies du métabolisme (15,0%). Les affections psychiatriques (psychoses, troubles graves de la personnalité et arriération mentale) sont le motif le plus fréquent d'admission avant 15 ans (38% chez les hommes et 28% chez les femmes). Ces affections passent ensuite en 3^{ème} position des motifs d'admission en ALD après 15 ans chez les femmes (environ 15% des motifs d'admission) et en 4^{ème} position chez les hommes (environ 10% des motifs d'admission). Globalement, les admissions en ALD pour affections psychiatriques concernent pour les femmes, principalement celles âgées de 65 ans et plus (plus de la moitié des ALD) et pour les hommes, ceux âgés de 35-64 ans (plus de 35% des ALD).

En éliminant l'effet de la structure par âge, on obtient des taux comparatifs d'admission en ALD régionaux de 234 admissions pour 100 000 personnes. Le département de l'Eure présente un taux d'admission pour affections psychiatriques significativement inférieur au taux régional. Le département de Seine-Maritime reste quant à lui au même niveau que la région. Sur le plan cantonal, les taux comparatifs d'admission pour affections psychiatriques s'échelonnent de 104 dans le canton de Goderville en Seine-Maritime à 415 admissions pour 100 000 personnes domiciliées dans le canton de Clères en Seine-Maritime également.

Affection de Longue Durée : en cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «longue durée» (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 affections ou groupes d'affections. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes.

Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels moyens de premiers avis favorables en 2003 et 2004.

Limites d'utilisation des ALD à des fins épidémiologiques : le nombre de personnes admises en affection de longue durée pour une pathologie diffère du nombre de personnes nouvellement atteintes de cette pathologie pour plusieurs raisons :

- certains patients ne demandent pas l'admission en ALD, conduisant à une sous estimation des nouveaux cas (existence d'une autre maladie exonérante, exonération du ticket modérateur à un autre titre ...)
- certaines admissions peuvent être demandées longtemps après la survenue de la maladie (amélioration des possibilités de diagnostics, évolution des possibilités thérapeutiques, évolution de la connaissance que le malade a de son état pathologique et/ou de ses droits...)

Résultats de l'enquête «Indicateurs nécessaires à la planification en santé mentale et en psychiatrie»

Cette enquête, réalisée en 2005 par la Fondation MGEN pour la santé publique à la demande du ministère chargé de la santé dans 4 régions (Haute-Normandie, Ile-de-France, Lorraine et Rhône-Alpes), a concerné des échantillons régionaux d'environ 5 000 personnes de 18 ans et plus vivant à domicile qui ont été interrogées par téléphone. L'objectif était de décrire les problèmes de santé mentale et les modalités de recours aux soins et leurs déterminants, puis de construire des indicateurs simples (à partir notamment des indicateurs sociaux) permettant une meilleure répartition des ressources. Selon cette enquête, plus de 16% de la population haut-normande serait en situation de détresse psychologique (selon le questionnaire SF 36), avec des disparités territoriales, le sud-est de la région, l'Estuaire et la Vallée de la Bresle étant les moins concernés. De plus, près de 8 % des Haut-Normands seraient atteints de dépression (dont 0,9 % sévère) et plus de 15% présenteraient au moins un diagnostic d'anxiété, les phobies spécifiques et sociales ainsi que les états de stress post-traumatiques étant les plus fréquents. Globalement, un quart de la population régionale présenterait un besoin en soins en santé mentale relevant des soins de première ligne (médecins généralistes, psychologues ou psychothérapeutes) et 6,4 % un besoin en soins relevant de la psychiatrie libérale ou publique.

Admissions en Affection de Longue Durée pour affections psychiatriques - 2004/2005

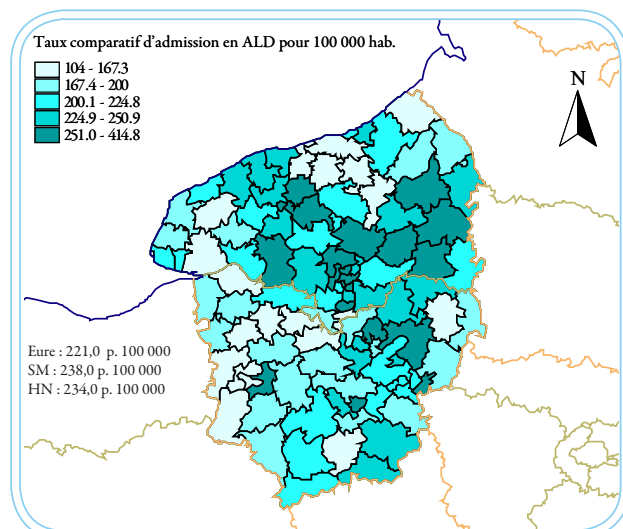
	Hommes		Femmes	
	Nb*	%	Nb*	%
< à 15 ans	223	13,5%	110	4,3%
15-34 ans	344	20,8%	293	11,5%
35-64 ans	599	36,2%	791	31,0%
65 ans et plus	488	29,5%	1 355	53,2%
Ensemble	1 655	100,0%	2 549	100,0%

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

Exploitation ORS

*Nombre moyen par an

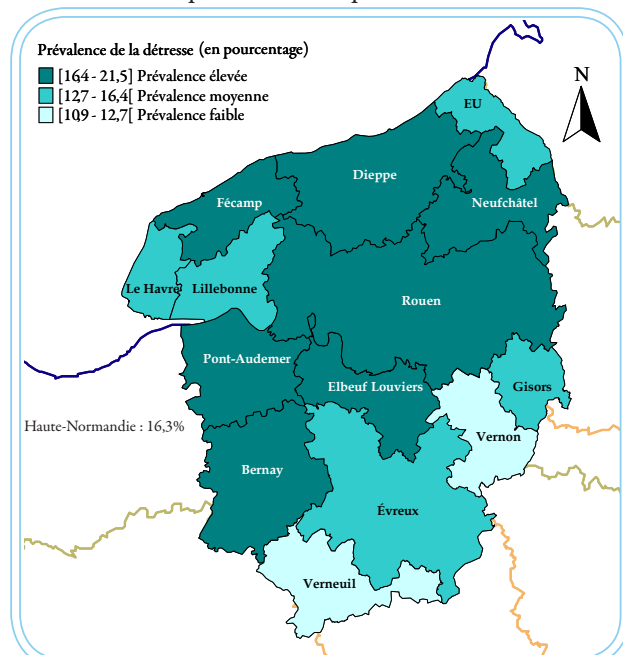
Taux comparatifs d'admissions en Affection de longue durée pour affections psychiatriques par canton 2004/2005



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

Cartographie ORS

Prévalence de la détresse psychologique par territoire de proximité



Source : Enquête indicateur en santé mentale

Exploitation Fondation MGEN, G. Le Breton-Lerouillois et al., 2006

Mortalité par suicide

Le suicide constitue un réel problème de santé publique, tant par les pertes en vie humaine qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux qu'il témoigne.

Au cours de la période 2003-2005, chaque année en moyenne, 10 800 personnes sont décédées par suicide en France métropolitaine (2% de l'ensemble des décès). Les études sur le sujet s'accordent à dire que ce nombre est sous-estimé de 20%. En effet, le suicide reste un sujet tabou, la condamnation de l'église, le problème des assurances, et aussi le souci de ménager la douleur de l'entourage, peuvent en partie expliquer cette sous-estimation.

Au cours de la période 2003-2005, 373 décès annuels par suicide ont été recensés en Haute-Normandie : 278 hommes et 95 femmes. A structure d'âge comparable, la Haute-Normandie présente une surmortalité par suicide par rapport à la France métropolitaine, surtout chez les hommes (+ 22% chez ces derniers, et +13% chez les femmes). La Haute-Normandie se place ainsi parmi les régions françaises les plus touchées par la mortalité par suicide (9^{ème} position parmi les 26 régions et DOM).

Pour les deux sexes, la part des décès par suicide dans la mortalité générale varie fortement avec l'âge. Cette dernière est la plus élevée chez les hommes comme chez les femmes entre 25 et 34 ans, représentant respectivement 22% et 15% des décès de cette tranche d'âge en moyenne en France métropolitaine. Ce constat se retrouve également en Haute-Normandie avec toutefois une proportion de décès par suicide parmi l'ensemble de décès masculin plus élevée qu'au niveau national (25% versus 22%). L'analyse de la mortalité par suicide par le biais des taux comparatifs permet des comparaisons à des échelons géographiques fins.

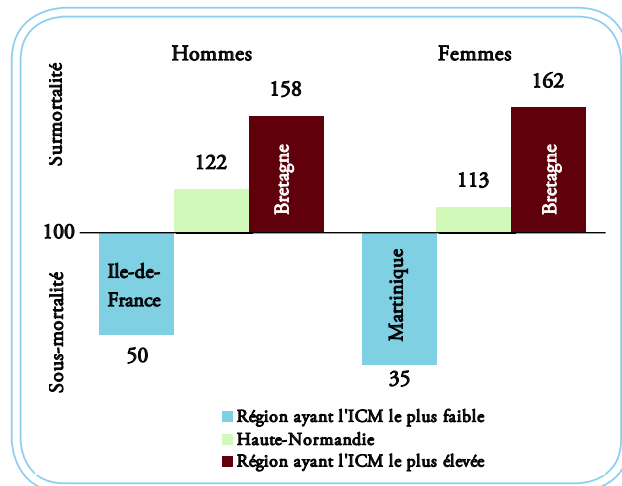
Sur le plan cantonal, les taux comparatifs de mortalité par suicide s'échelonnent de 12,4 décès pour 100 000 personnes domiciliées dans le canton d'Evreux-Sud à 40,9 décès pour celles habitant le canton de Bernay.

Les zones rurales, notamment celles situées dans le Pays de Bray dans le nord du département de la Seine-Maritime et celles dans l'Ouest du département de l'Eure sont particulièrement touchées par la mortalité par suicide.

Entre les périodes 1993-1995 et 2003-2005, les taux comparatifs de mortalité par suicide ont baissé en Haute-Normandie et ce quel que soit le sexe. Chez les hommes, le taux comparatif de mortalité par suicide est passé de 45,4 décès pour 100 000 en 1993-1995 à 32,9 en 2003-2005, et chez les femmes de 14,2 décès pour 100 000 à 9,4 décès soit une baisse significative de plus de 28% pour les deux sexes confondus.

Cette baisse importante ne permet pourtant pas de stopper la situation de surmortalité par suicide observée dans la région par rapport à la France métropolitaine. En effet, les taux comparatifs de mortalité par suicide au niveau national ont également baissé au cours de cette période (-19%). Toutefois, cette baisse étant moins prononcée qu'en Haute-Normandie, notamment chez les femmes (respectivement -33% en Haute-Normandie versus -20% en France métropolitaine), les écarts observés entre les différents échelons géographiques considérés tendent à se réduire.

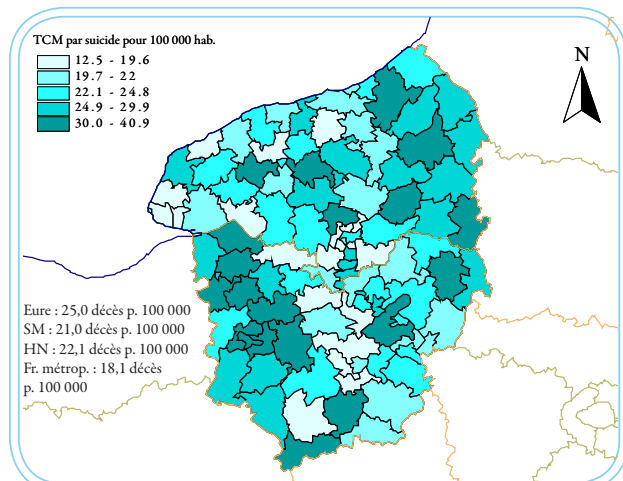
Indice comparatif de mortalité par suicide
Référence France métropolitaine 2003-2005



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Exploitation ORS

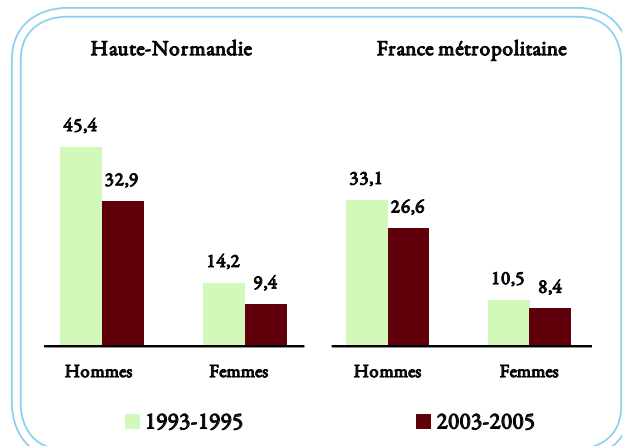
Taux comparatifs de mortalité par suicide par cantons
Référence France métropolitaine 1996-2004



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Cartographie ORS

Evolution des taux comparatifs de mortalité par suicide
entre 1993-1995 et 2003-2005



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Exploitation ORS

Indice comparatif de mortalité : L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport en pourcentage du nombre de décès observés en Haute-Normandie au nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux (ICM France = 100).

Taux comparatif de mortalité : Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est défini comme le taux que l'on observerait dans la région et dans les cantons si ces différents échelons géographiques avaient la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de la population 1999). Les taux comparatifs de mortalité éliminent l'effet de la structure par âge et autorisent les comparaisons entre les sexes et les cantons haut-normands.

Offre de soins en santé mentale

Capacité d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes et psychiatrie infanto-juvénile

Au 31 décembre 2004, la Haute-Normandie était dotée d'une capacité d'hospitalisation (complète ou partielle) en psychiatrie pour adultes de 1 733 lits et places, soit un taux d'équipement de 120,5 lits et places pour 100 000 personnes âgées de 15 ans et plus. Ce taux est très inférieur à celui observé en moyenne en France métropolitaine. Ce constat de sous-équipement en offre de soins hospitaliers se retrouve également en ce qui concerne la psychiatrie infanto-juvénile. Les écarts sont certes moins importants qu'en psychiatrie adulte mais la Haute-Normandie présente toutefois un taux d'équipement de 82,3 lits pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans contre 99,4 en France métropolitaine.

Ces chiffres, reflet de la situation globale régionale, cachent des disparités importantes sur le territoire. Les zones urbaines notamment en Seine-Maritime étant les mieux dotées en termes d'offre de soins hospitalière pour les pathologies liées à la santé mentale.

Densité d'offre de soins en santé mentale

Le déficit en offre de soins libérale ou salariée en Haute-Normandie, présent dans toutes les professions de santé, est particulièrement important chez les médecins spécialistes. Ce constat est d'autant plus marqué que l'on considère les seuls psychiatres ou neuropsychiatres. Avec 268 professionnels libéraux et salariés, la Haute-Normandie présente une densité de 14,8 psychiatres et neuropsychiatres pour 100 000 habitants contre plus de 22 en France métropolitaine. L'écart constaté entre ces deux échelons géographiques est encore plus marqué si l'on s'intéresse aux seuls spécialistes libéraux : respectivement 5 psychiatres ou neuropsychiatres pour 100 000 haut-normands contre 11 sur le plan national. Au plan infra-régional, de grandes disparités sont également à noter ; plus des deux-tiers des psychiatres et neuropsychiatres libéraux sont implantés dans les agglomérations de Rouen et d'Elbeuf.

L'offre de soins en santé mentale sur le territoire haut-normand

L'offre de soins en santé mentale ne peut se réduire au nombre de lits et nombre de professionnels en psychiatrie. De nombreux autres professionnels interviennent dans ce champ via diverses structures rattachées au milieu hospitalier ou non.

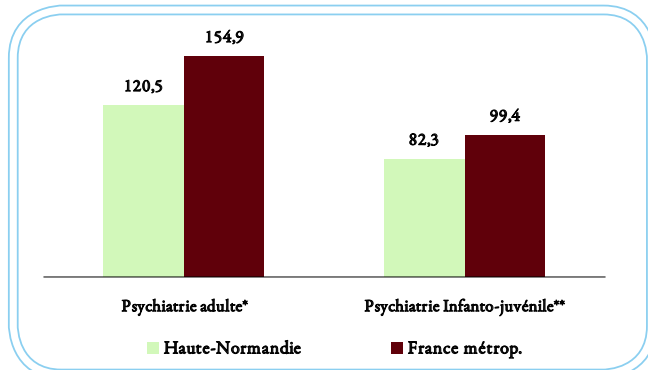
La Haute-Normandie comme toute autre région dispose de Centres Médico-Psychologiques (CMP) et Centres Médico-Psychopédagogiques (CMPP). Recensés au nombre de 68 (17 CMPP et 51 CMP), ces centres (structures mères et antennes) permettent le dépistage et le soin de troubles dès le plus jeune âge.

La Haute-Normandie est également dotée de 12 Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ), lieux de regroupement et de rencontre adaptés aux besoins et attentes des jeunes dans lesquels ils sont susceptibles de bénéficier d'écoute et de conseil. Ces PAEJ (portés ou non par un centre hospitalier) sont également des lieux ressources pour les parents afin de favoriser le dialogue avec les adolescents.

De mêmes 5 Relais d'aide et d'écoute psychologique (RAEP) sont présents sur le territoire accueillant et offrant soutien aux personnes en situation d'exclusion, bénéficiaires ou non du RMI.

Les structures de soins en lien avec la santé mentale sont nombreuses et diverses. L'Observatoire Régional de la Santé a d'ailleurs été commandité afin de réaliser un annuaire en santé mentale répertoriant ces structures. Cet annuaire consultable sur Internet sera mis en ligne au second semestre de l'année 2009.

Taux d'équipement en psychiatrie adulte et infanto-juvénile (lits et places) en Haute-Normandie - hospitalisation complète ou partielle en 2004 -



Sources : Drass, Drees - SAE 2004

Exploitation ORS

* taux pour 100 000 personnes âgées de 15 ans et plus

** taux pour 100 000 personnes âgées de moins de 15 ans

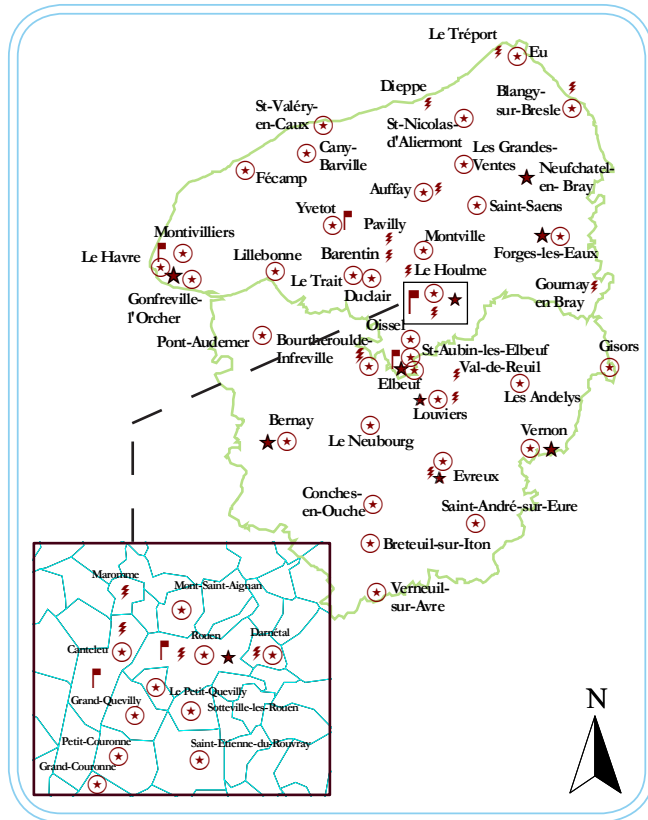
Les psychiatres et neuropsychiatres (salariés et libéraux) en Haute-Normandie en 2006

	Haute-Normandie	France métropolitaine
Nombre	268	13 600
% parmi l'ensemble des spécialistes	11,1%	12,8%
Densité pour 100 000 habitants	14,8	22,4
Dont offre libérale		
Nombre	90	6 452
% parmi l'ensemble des spécialistes libéraux	7,8%	11,9%
Densité pour 100 000 habitants	5,0	10,6

Sources : Drass, Dress, Insee

Exploitation ORS

CMP, CMPP, PAEJ et RAEP en Haute-Normandie



Source : Drass

Cartographie ORS