

Santé mentale et suicide

*Synthèse documentaire
Actualisation 2014*

Santé mentale et suicide

*Synthèse documentaire
Actualisation 2014*

Auteur

Julie DEBARRE

Comité de pilotage

Erwan AUTES - ARS

Stéphanie BOURGEAIS – ARS

Julie DEBARRE – ORS

Alain LEVIGOUROUX – ARS

Sylvie VANHILLE - ARS

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",
- le personnel des Maisons des Adolescents : MDAJA 17 et Agora-MDA 79
- Marie Blanchon, Cellule BACC (Budget-Administration-Contractualisation-Communication), ARS Poitou-Charentes
- Dr Bouet, département information médicale, Centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers
- Olivier Boutaud, Centre Hospitalier de Niort
- Bernard Cabaussel, service offre de soins, ARS Poitou-Charentes
- Béatrice Cornille, responsable de la plateforme "éducation thérapeutique du patient", ARS Poitou-Charentes
- Dr Lahogue, Service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SIUMPPS)
- Jacques Lavignotte, Association d'aide aux personnes atteintes de troubles bipolaires et à leur entourage (ARGOS 2001)
- Sophie Parent, Equipe mobile d'action psychiatrique pour la précarité 79
- Carole Saboureau, Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse (DTPJJ) Poitou-Charentes

Sommaire

I. CONTEXTE	7
II. OBJECTIF	7
III. METHODOLOGIE DE TRAVAIL	7
IV. DEFINITION DES THEMES	8
IV.1. Santé mentale	8
IV.2. Suicide	8
IV.2.1. Définitions	8
IV.2.2. Le processus suicidaire	9
V. LES DETERMINANTS	10
V.1. Santé mentale	10
V.2. Suicide	11
V.2.1 Facteurs de risque	11
V.2.2 Facteurs de protection	13
VI. LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE EN POITOU-CHARENTES	13
VI. 1. Synthèse des données régionales	13
VI. 2. Santé mentale	14
VI.2.1. La mortalité en lien avec les troubles mentaux	14
VI.2.2. La morbidité liée aux troubles mentaux	15
VI.2.3. Fardeau global des maladies (FGM) liées aux troubles mentaux et du comportement	17
VI. 3. Suicide	21
VI.3.1 La mortalité	21
VI.3.2 Les tentatives de suicide et les idées suicidaires	24
VI.3.3 Le risque suicidaire	26
VI.3.4 Les récidives	26
VII. LES POLITIQUES DE PREVENTION	27
VII.1. Au niveau national	27
VII.1.1. Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015	27
VII.1.2. Plan d'action pour la Santé mentale 2013-2020	28
VII.1.3. Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014	28
VII.1.4. Observatoire national des suicides (ONS)	30
VII.1.5. Exemples d'autres plans et programmes nationaux intégrant ces thématiques	31
VII.1.6. Rapports et recommandations selon la population	32
VII.2. Au niveau régional	34
VII.2.1. Le Plan stratégique de santé 2014 de Poitou-Charentes	34
VII.2.2 Le schéma régional de prévention (SRP)	35
VII.2.3. Le schéma régional d'organisation des soins - Hospitalier (SROS-H)	36
VII.2.4. Le schéma régional d'organisation médico-sociale - Personnes handicapées (SROMS-PH)	37

VII.2.5. Le schéma régional d'organisation médico-sociale - Personnes âgées (SROMS-PA)	38
VII.2.6 Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins 2011-2016 (PRAPS)	39
VII.2.7. Le plan régional d'actions autisme 2014-2017 en Poitou-Charentes	40
VII.2.8. Les autres documents de références régionaux	40
VII.2.8. Les actions de promotion de la santé financées par la Direction de santé publique de l'ARS dans la région	41
VII.2.9. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)	44
VIII. LES DISPOSITIFS DE COORDINATION, D'ECOUTE, DE REPERAGE, D'ORIENTATION ET D'INFORMATION	45
VIII.1. Les ressources nationales	45
VIII.2. Les ressources régionales	46
VIII.2.1. Un dispositif spécifique : Les coordinations territoriales « promotion de la santé mentale-prévention du suicide »	46
VIII.2. 2. Les points d'écoute psychologique	47
VIII.2. 3. Les associations et les réseaux de soutien aux familles	50
L'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)	50
Association d'aide aux personnes atteintes de troubles bipolaires et à leur entourage (ARGOS 2001)	50
Soutien aux familles endeuillées par un suicide	50
IX. L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE EN POITOU-CHARENTES	51
IX.1. Dispositifs de soins sanitaires	51
IX.1.1. Les structures hospitalières	51
IX.1.2. La prise en charge ambulatoire	53
IX.1.3. La prise en charge en secteur libéral	55
IX.2. Dispositifs de soins médico-sociaux	56
IX.3. Typologie de l'organisation des soins en psychiatrie à l'échelle des territoires de santé	57
X. ECONOMIE DE LA SANTE	58
X.1. Santé mentale	58
X.2. Suicide	60
XI. BIBLIOGRAPHIE	61

Tables des tableaux

Tableau 1.	Taux comparatif de mortalité par suicide sur la période 2008-2010 (pour 100 000 habitants)	21
Tableau 2.	Comparaison des données sur la santé des apprentis avec les données de l'enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012 (%)	26
Tableau 3.	Axes et mesures du programme national d'actions contre le suicide (2011-2014)	29
Tableau 4.	Nombre d'actions en santé mentale financées par l'ARS et mises en œuvre en Poitou-Charentes de 2011 à 2013	41

Table des figures

Figure 1.	Processus de la crise suicidaire	10
Figure 2.	Les déterminants de la santé mentale	11
Figure 3.	Les principaux facteurs de risque du suicide associés aux interventions pertinentes	12
Figure 4.	Taux comparatif d'admission en ALD pour troubles mentaux selon le sexe et le département en 2009-2011 (pour 100 000 habitants)	15
Figure 5.	Expérimentation de médicaments psychotropes à 17 ans selon le sexe en Poitou-Charentes et en France en 2011	16
Figure 6.	Taux de consommateurs de médicaments psychotropes en Poitou-Charentes en 2011	17
Figure 7.	Pathologies ayant le plus de poids dans le fardeau global des maladies en France en 2010 (en %)	18
Figure 8.	Taux d'AVAI des principaux troubles mentaux et du comportement selon ses composantes en Poitou-Charentes en 2010 (pour 100 000 habitants)	19
Figure 9.	Taux d'AVAI par troubles mentaux et du comportement selon le sexe en Poitou-Charentes en 2010 (pour 100 000 habitants)	20
Figure 10.	Evolution du taux comparatif de mortalité par suicide de 1990 à 2010	22
Figure 11.	Taux de mortalité par suicide des personnes détenues en France et en inter-région (Aquitaine, Poitou-Charentes et Limousin) de 2009 à 2013 (pour 10 000 détenus)	23
Figure 12.	Taux de mortalité standardisés par suicide chez les hommes salariés ⁽¹⁾ , âgés de 15 à 64 ans, selon le secteur d'activité en France de 1997 à 2002 (pour 100 000 hommes)	24
Figure 13.	Taux de réadmission pour tentative de suicide en France métropolitaine selon le nombre de mois écoulés après une hospitalisation « index » entre 2004 et 2011 selon le sexe (en %)	27
Figure 14.	Population cible des actions en santé mentale en Poitou-Charentes de 2011 à 2013	42
Figure 15.	Typologie des actions en santé mentale en Poitou-Charentes de 2011 à 2013	42
Figure 16.	Répartition des financements en octobre 2014 pour des actions Santé mentale (hors addictions) (en milliers d'€) et nombre d'actions par territoire d'intervention	44
Figure 17.	Localisations des secteurs psychiatriques adultes et enfants en Poitou-Charentes en 2014	51
Figure 18.	Offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile	52
Figure 19.	Offre de soins en psychiatrie générale	53
Figure 20.	Localisation des CMPP en 2014	54
Figure 21.	Densité de médecins généralistes et effectifs de psychiatres et de psychologues libéraux en février 2014	55
Figure 22.	Cartographie des groupes d'entraide mutuelle concernant les personnes présentant des troubles psychiques en 2014	57
Figure 23.	Le coût de la prise en charge sanitaire	58
Figure 24.	Le coût de la prise en charge sociale et médico-sociale	59

I. Contexte

En mars 2014, dans le cadre de la réorganisation de la Direction de la santé publique (DSP) de l'Agence régionale de santé (ARS) Poitou-Charentes, la plateforme « santé mentale, prévention du suicide et addictions » a été créée. Cette plateforme poursuit et développe les politiques conduites depuis plus de 10 ans en Poitou-Charentes dans ces domaines. Elle vise également une nouvelle gouvernance en promotion de la santé sur ces thématiques. Le lancement de cette plateforme s'est appuyée notamment sur deux synthèses documentaires réalisées par l'ORS : « Santé mentale et prévention du suicide »(1) et « Addictions »(2). Ce document est la première mise à jour de la synthèse documentaire sur la santé mentale et la prévention du suicide.

Cette synthèse documentaire s'appuie sur une veille bibliographique qui a fait l'objet d'une analyse. Certaines informations ont pu être mises à jour tandis que la partie sur les dispositifs d'écoute psychologique, les associations et les réseaux de soutien aux familles a été détaillée, à la demande du responsable de la plateforme. La veille bibliographique a porté sur la définition des thématiques, des enjeux (prévention, prise en charge et économie) et les sources et documents de référence.

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

- ✓ Mise en place d'une veille documentaire internationale, nationale et régionale :

Depuis la publication de la synthèse documentaire en mars 2014(1), les recherches bibliographiques ont été menées en continu. Ces recherches s'appuient sur deux principaux mots clés : la santé mentale et le suicide. Pour chacun d'eux, des mots clés sont associés comme : 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 : BDSP, Doc'CISMeF, Pub Med, INPES, INSEE, InVS, OMS, OFDT, Ministère de la santé, Drees, INSERM, ARS Poitou-Charentes, ORS Poitou-Charentes.

- ✓ Mise à jour des indicateurs disponibles et actualisation de l'état des connaissances.

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, **trois dimensions de la santé mentale** se distinguent aujourd'hui (3):

– **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(4).

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(5). 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.

Les **"autopsies psychologiques"** conduites auprès de l'entourage d'une personne décédée, en vue de reconstituer les circonstances sociologiques et psychologiques associés au décès, visent à développer une meilleure connaissance qualitative de ce qui a pu, dans un passé plus ou moins récent, amener la personne au suicide.(6)

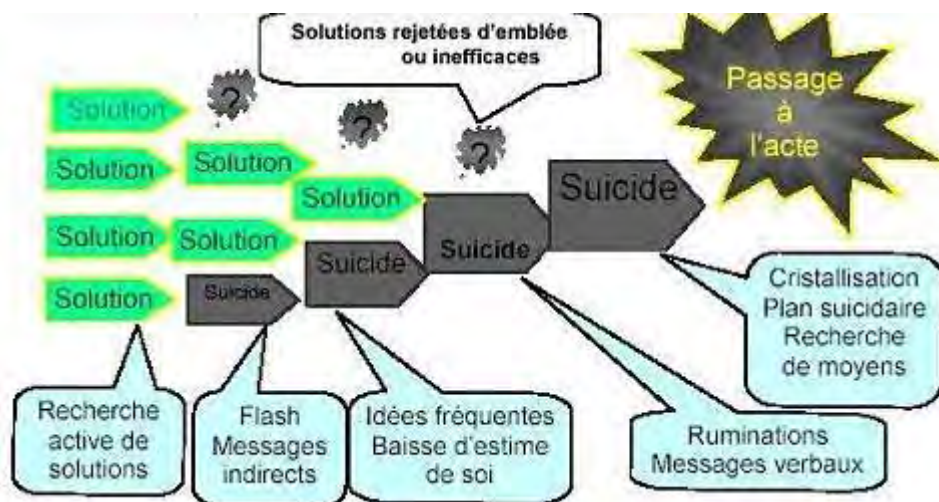
IV.2.2. Le processus suicidaire

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(7).

Figure 1. Processus de la crise suicidaire



Source : Formation nationale à l'intervention de crise (manuel du formateur)(7)

V. Les déterminants

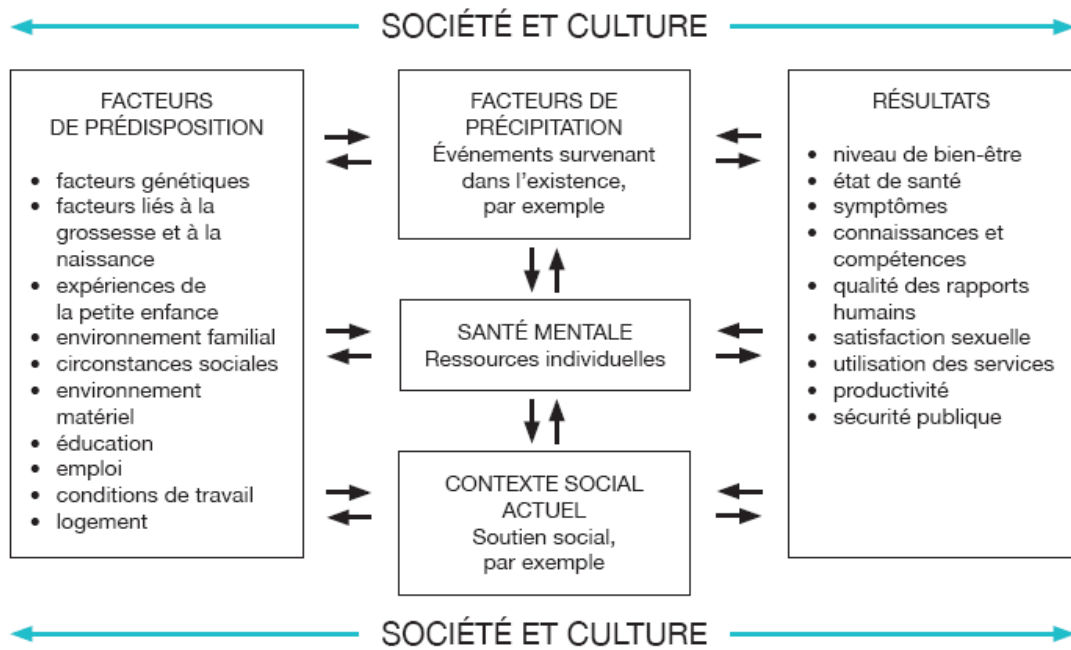
V.1. Santé mentale

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(8).

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(3)

V.2. Suicide

V.2.1 Facteurs de risque

Un large spectre de facteurs de risque a été identifié. Les principaux sont illustrés dans la figure 3. Pour faciliter la lecture, ils ont été regroupés dans différentes catégories, à savoir systèmes de santé, société, communauté, relations (lien social avec la famille et les amis proches) et individus.

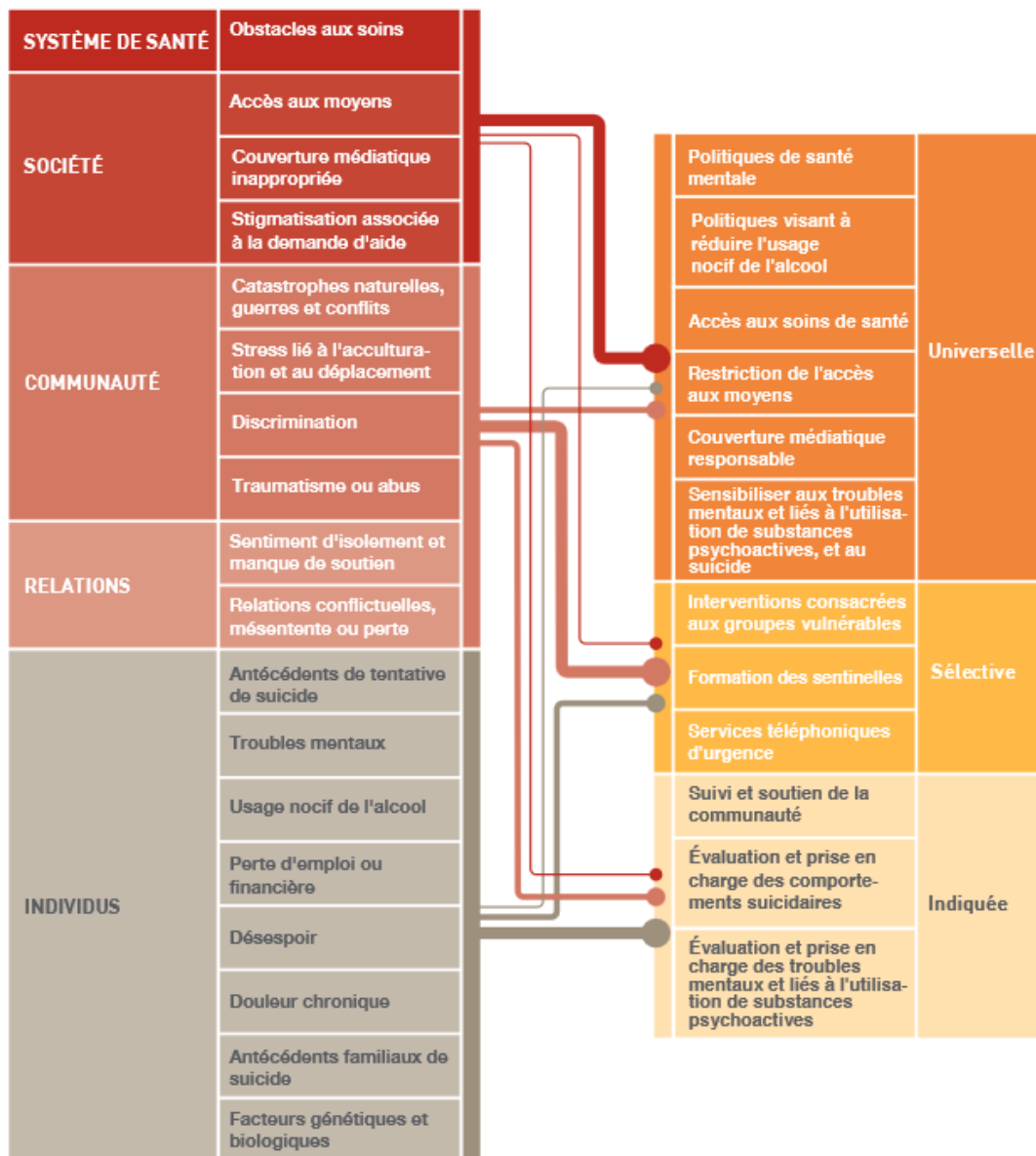
Il est important de noter que la liste des facteurs de risque présentée ici est loin d'être exhaustive. Il existe bien d'autres facteurs qui peuvent être classés différemment. L'importance de chaque facteur de risque et sa classification dépendent du contexte. Ces facteurs peuvent contribuer aux comportements suicidaires directement mais également indirectement, en influençant la prédisposition des individus aux troubles mentaux. Les facteurs de risques identifiés interagissent entre eux. Ainsi, certains facteurs de risque spécifiques pourraient appartenir simultanément à plusieurs de ces catégories. Par exemple, la perte d'un emploi ou d'une aide financière pourrait avoir des conséquences sur une personne et se traduire par une détérioration de ses relations avec ses proches mais elle pourrait également être liée à une récession économique au niveau systémique. Les groupes ainsi créés permettent de simplifier la longue liste des facteurs de risque existants et d'identifier plus facilement les interventions pertinentes.

Selon l'OMS, un antécédent de tentative de suicide est le plus important des facteurs prédictifs de comportement fatal ultérieur. La dépression constitue également un facteur de risque très important, parfois difficile à déceler : « la dépression est le trouble mental le plus souvent associé au suicide ». L'anxiété, moteur puissant du suicide, est étroitement liée à la dépression, et les deux troubles sont parfois indissociables. Les études montrent que 80

% des personnes qui mettent fin à leurs jours présentent plusieurs symptômes de dépression. »(6)

Figure 3. Les principaux facteurs de risque du suicide associés aux interventions pertinentes

(L'épaisseur des traits reflète l'importance relative des interventions à différents niveaux pour différentes catégories de facteurs de risque.)



Source : Prévention du suicide – l'état d'urgence mondial. OMS. 2014(9)
Réalisation ORS Poitou-Charentes

Il faut également distinguer facteurs de vulnérabilité et 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 en 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 important 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(5). 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

A l'inverse des facteurs de risques, les facteurs de protection prémunissent les individus contre les risques de suicide. 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. Synthèse des données régionales

Santé mentale

- 602 décès annuels associés à des troubles mentaux
- 32 300 bénéficiaires de l'ALD « affections psychiatriques de longue durée », ce qui est moins élevé qu'en France (taux standardisés)
- Une surconsommation de psychotropes chez les jeunes de 17 ans dans la région
- Près d'un habitant sur 5 a pris des médicaments psychotropes dans l'année écoulée
- Les troubles mentaux et du comportement constituent le 3^{ème} groupe de pathologies, après les cancers et les troubles musculo-squelettiques, qui a le plus de poids dans le fardeau global des maladies.
- Les troubles dépressifs majeurs, la dysthymie et les troubles anxieux ont le plus de conséquences au niveau de la perte des années de vie en bonne santé (sans incapacité) et sont plus souvent féminins.
- Suivent les troubles liés à la consommation d'alcool et l'automutilation (dont les suicides). Ils concernent plus fréquemment les hommes et ont des répercussions plus importantes en termes de mortalité.

Suicide

- 386 décès annuels par suicide
- Une surmortalité régionale de 25 % par rapport à la France, principalement chez les hommes et chez les 75 ans et plus
- Une diminution des taux de mortalité depuis 20 ans
- Des suicides majoritairement masculins, mais les tentatives de suicide sont plus nombreuses chez les femmes
- Une proportion de veufs et de divorcés plus importante chez les suicidés que dans la population générale
- La probabilité que le geste suicidaire entraîne le décès dépend de plusieurs facteurs dont la létalité des moyens utilisés. Parmi les personnes décédées par suicide, la pendaison a été le plus souvent utilisée alors que parmi les personnes ayant eu une prise en charge médicale suite à une tentative de suicide, il s'agit plus fréquemment de l'absorption de médicaments.
- Un taux de suicide et un risque suicidaire en prison supérieur à celui observé en population générale
- Des taux de suicide plus élevés chez les inactifs, chez les ouvriers, les agriculteurs exploitants et dans certains secteurs d'activité (santé et action sociale)
- Chaque année, environ 3 400 séjours hospitaliers pour tentatives de suicide dans les services de courts séjours et 4 900 passages aux urgences estimés suite à une tentative de suicide
- Selon les enquêtes régionales existantes, une personne sur 20, âgée entre 15 et 85 ans, déclare avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie, 10 % des apprentis et 15 % des élèves scolarisés de 15 ans.
- Avoir un antécédent de tentative de suicide est le plus important des facteurs de risque de suicide. Or, selon les sources, les taux de récurrences sont estimés entre 12 et 30 % de la population de suicidants.

VI. 2. Santé mentale

VI.2.1. 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 2008-2010, en Poitou-Charentes 1 806 décès associés à des troubles mentaux ont été comptabilisés, soit **une moyenne annuelle de 602 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(10).

VI.2.2. La morbidité liée aux troubles mentaux

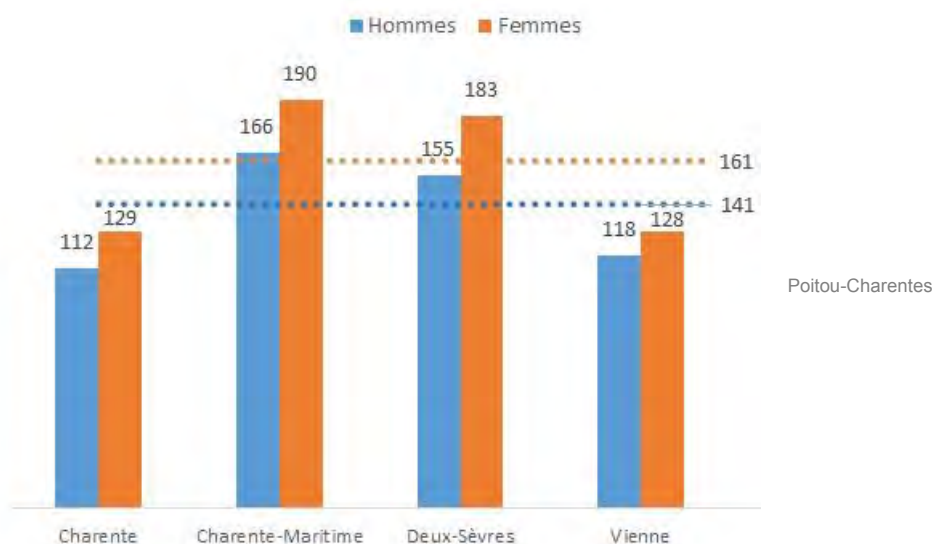
Les affections longues durées (ALD) pour troubles mentaux

Selon leur nature, les troubles mentaux peuvent donner lieu à une exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD 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 2012, en France, 1 254 151 assurés du régime général, agricole et des indépendants bénéficient d'une prise en charge au titre de l'ALD 23. En Poitou-Charentes, ce sont **32 292 assurés des trois principaux régimes de sécurité sociale** qui bénéficient d'une prise en charge au titre de l'ALD 23. En 2012, le taux standardisé de prévalence régionale est de **1 793 bénéficiaires de l'ALD 23** pour 100 000 assurés des 3 principaux régimes de sécurité sociale, ce qui est moins élevée qu'au niveau national (2 036 pour 100 000). Les femmes sont plus concernées que les hommes (1 884 vs 1 661).

Sur la période 2009-2011, pour les trois principaux régimes d'assurance maladie, la région a recensé en moyenne annuelle **2 700 nouvelles admissions en ALD** pour troubles mentaux (1 208 hommes et 1 492 femmes). Le taux régional de nouvelles admissions d'ALD était significativement inférieur à celui de la métropole pour les deux sexes. La Charente-Maritime et les Deux-Sèvres ont des taux d'admission en ALD pour affections psychiatriques supérieurs à la valeur régionale, pour les hommes comme pour les femmes(11) (figure 4).

Figure 4. Taux comparatif d'admission en ALD pour troubles mentaux selon le sexe et le département en 2009-2011 (pour 100 000 habitants)



Source : ALD inter-régimes, Insee (RP 2009)(11) Exploitation ORS Poitou-Charentes

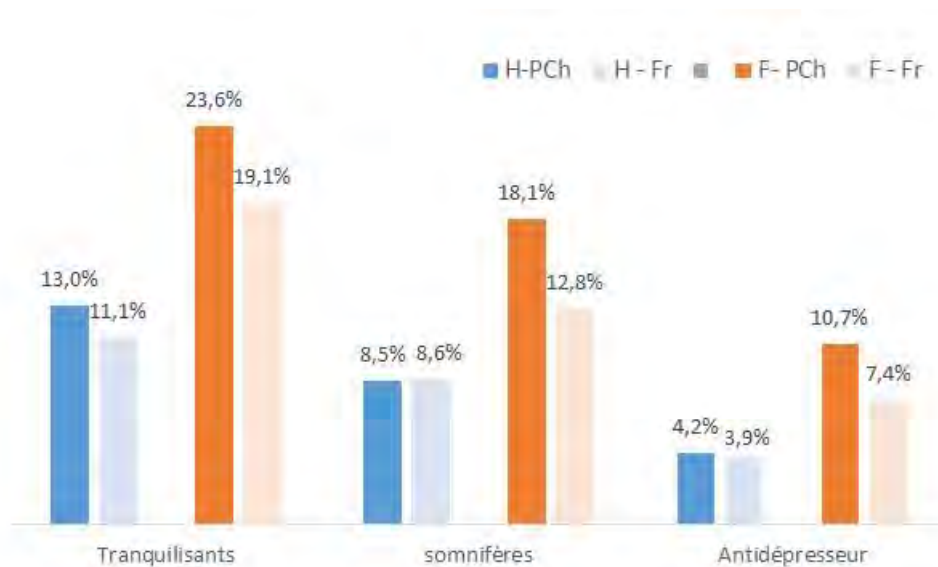
Le taux de consommateurs de médicaments psychotropes ²

Par rapport à ses voisins européens (Allemagne, Belgique, Espagne, Italie et Pays bas), la France est l'un des pays les plus consommateurs de médicaments psychotropes avec une proportion de 21 % des Français qui y ont recours chaque année, contre 12 % dans les autres pays européens(13).

Selon le Baromètre santé 2010, en France, 35 % de la population interrogée de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà pris des médicaments psychotropes au cours de leur vie et 17,5 % en ont consommé au cours de l'année écoulée. Les femmes en consomment davantage que les hommes (21 % vs 13 % au cours de l'année écoulée), et ceci quelle que soit la tranche d'âge. Les prévalences au cours de l'année sont relativement élevées en particulier pour les anxiolytiques (10,4 %), les somnifères (6,3 %) et les antidépresseurs (6,2 %).(14)

En 2011, 45,5 % des jeunes Picto-Charentais interrogés de 17 ans déclarent avoir déjà pris au moins un de ces médicaments³ au cours de sa vie, 34 % au cours des douze derniers mois et 18 % au cours du mois écoulé. Ces niveaux de consommations sont supérieurs à ceux des jeunes français, particulièrement chez les filles. Les produits phytothérapeutiques ou homéopathiques demeurent les plus fréquemment expérimentés à 17 ans (34 %), suivis des tranquillisants (18 %), des somnifères (13 %) et des antidépresseurs (7 %) (cf figure 5).

Figure 5. Expérimentation de médicaments psychotropes à 17 ans selon le sexe en Poitou-Charentes et en France en 2011



Source : ESCAPAD (15)

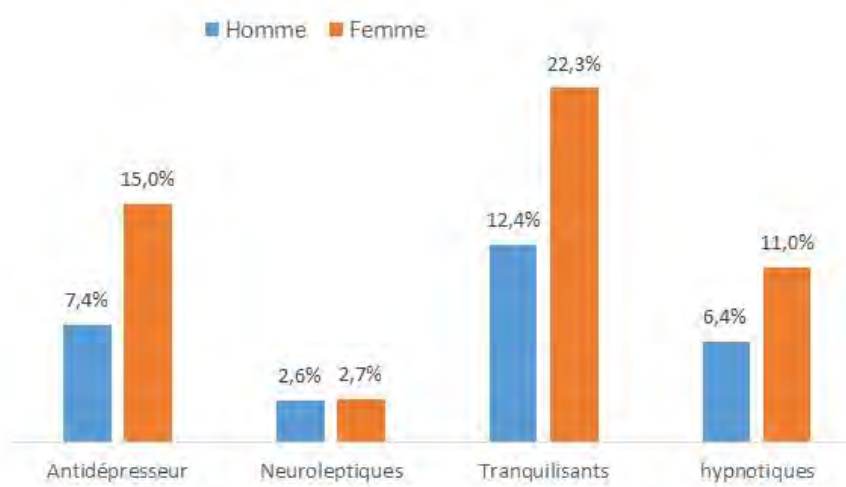
Exploitation ORS Poitou-Charentes

Au cours de l'année 2011, 17,7 % de la population de plus de 10 ans couverte par les régimes général et agricole ont eu au moins une prescription pour un tranquillisant, 11,4 % pour un antidépresseur, 8,8 % pour un hypnotique et 2,7 % pour un neuroleptique. Ces niveaux de consommation sont plus élevés qu'en 2009(16).

² Les psychotropes regroupent les antidépresseurs, les anxiolytiques, les neuroleptiques et les hypnotiques.

³ Tranquillisants, antidépresseurs, somnifères, neuroleptiques, régulateurs de l'humeur, psychostimulants, phytothérapie ou homéopathie

Figure 6. Taux de consommateurs de médicaments psychotropes en Poitou-Charentes en 2011



Sources: Assurance maladie (coordination régionale des CPAM, ARCMSA)(17)

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Le taux de recours à l'hospitalisation au long cours en psychiatrie

Les hospitalisations au long cours en psychiatrie correspondent aux séjours d'un an et plus, en continue ou non, et associées à une hospitalisation antérieure l'année précédente.

VI.2.3. Fardeau global des maladies (FGM) liées aux troubles mentaux et du comportement

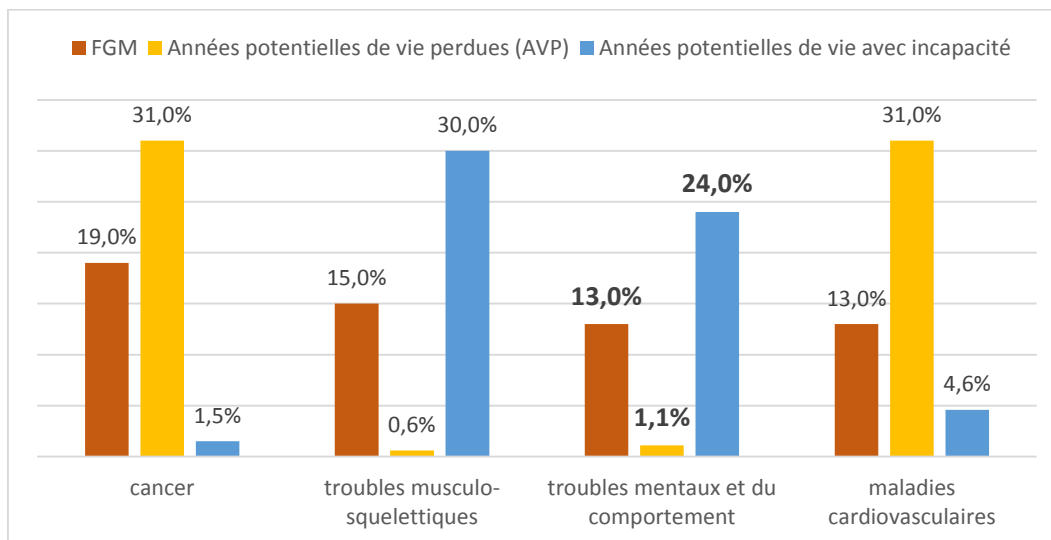
Le fardeau global de la maladie (FGM) est une méthode qui permet d'estimer et de hiérarchiser les répercussions des maladies ou des risques sur la santé des populations. Il permet d'estimer le poids de la maladie ou d'un risque sur l'état de santé en prenant en compte à la fois la mortalité en nombre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

Le poids des troubles mentaux et du comportement dans le fardeau global des maladies (FGM) en France en 2010

Selon l'*Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*, les **cancers, les troubles musculo-squelettiques (TMS), les troubles mentaux et les maladies cardiovasculaires** sont les 4 pathologies qui impactent le plus le fardeau global de l'ensemble des maladies et représentent 60 % du FGM en France. Les cancers et les maladies cardiovasculaires sont fortement impactés par la mortalité tandis que le poids des troubles mentaux et des TMS est principalement liés aux incapacités et aux répercussions sur la vie des personnes qui en souffrent.

Selon ces données, les **troubles mentaux et du comportement** seraient responsables de **13 % du fardeau global des maladies** (2 % du nombre d'années de vie perdues du fait de la mortalité et 24 % du nombre d'années potentielles de vie avec incapacité) : 15 % chez les femmes et 12 % chez les hommes.

Figure 7. 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

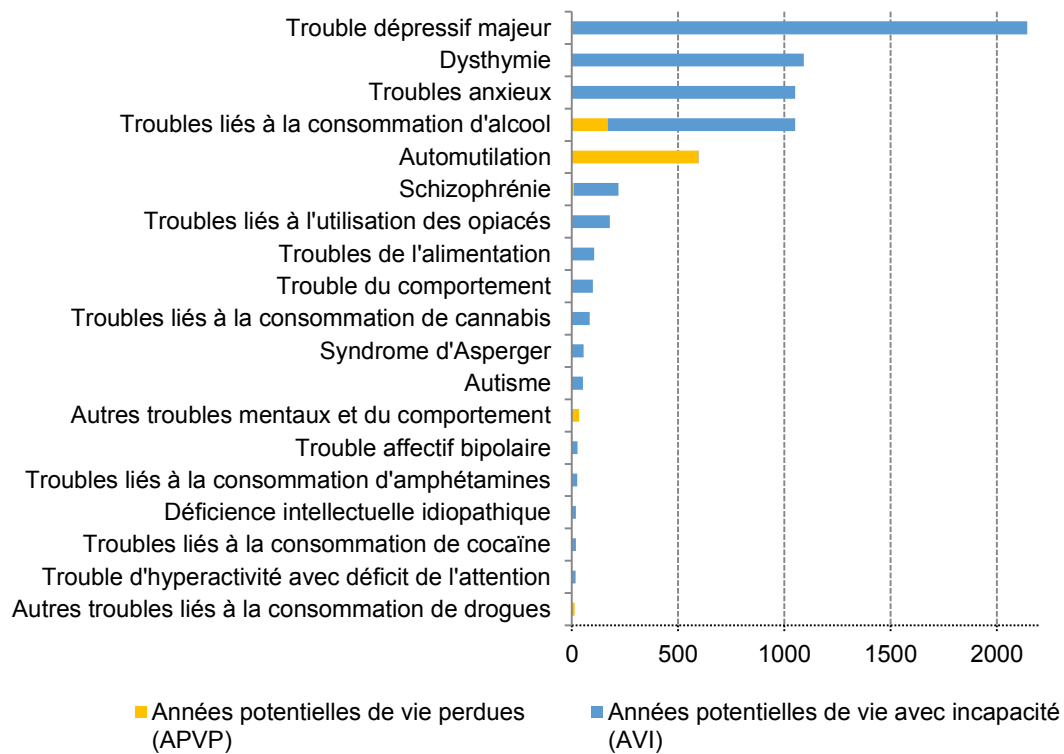
Le poids des principaux troubles mentaux et du comportement en Poitou-Charentes

En Poitou-Charentes, les troubles mentaux et du comportement⁴ totalisent près de 121 093 années de vie perdues dans la population picto-charentaise, dont 88 % sont des années de vie perdues en bonne santé (ou en incapacité). Les troubles dépressifs majeurs représentent plus de 30 % de ces années de vie ajustées sur l'incapacité (AVAI). La dysthymie⁵, les troubles anxieux et les troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool comptabilisent chacun 15 % des AVAI. L'automutilation est le trouble comptabilisant le plus d'années de vie perdues liées aux troubles mentaux et du comportement (72 %), suivi des troubles mentaux liés à la consommation d'alcool (20 %).

⁴ Codés en F00-F99 dans la CIM10 (hors Maladie d'Alzheimer) et automutilation

⁵ Abaissement chronique de l'humeur. Elle est considérée comme un trouble dépressif d'intensité faible

Figure 8. Taux d'AVAI des principaux troubles mentaux et du comportement selon ses composantes en Poitou-Charentes en 2010 (pour 100 000 habitants)



Sources : GBD 2010, INSERM CépiDC, Insee (18)

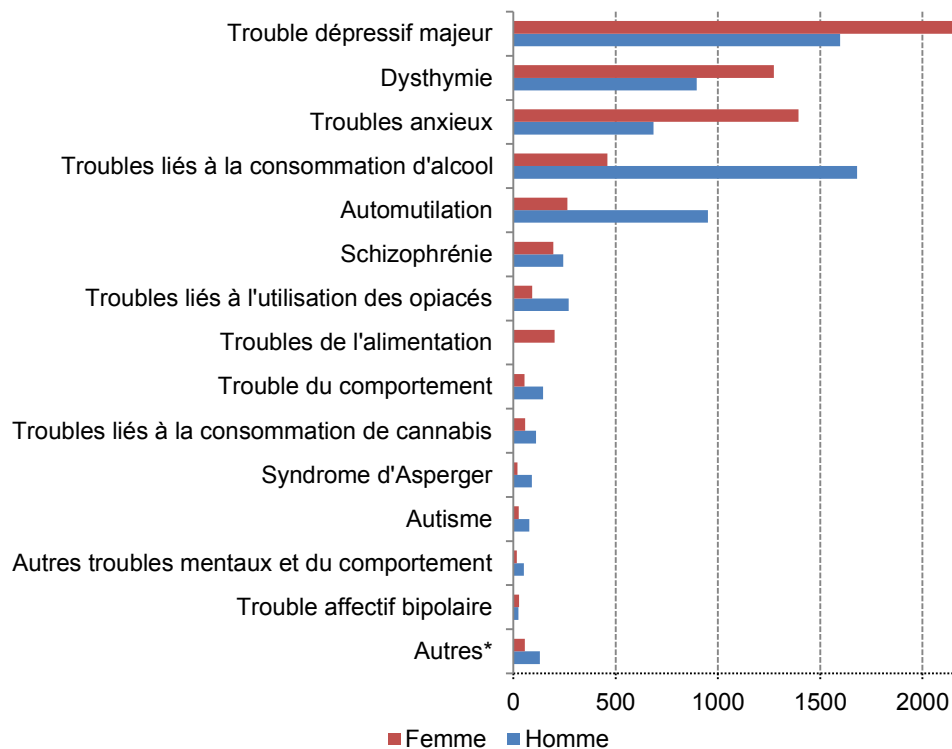
Exploitation ORS Poitou-Charentes

Des taux d'AVAI différents par sexe

Les taux d'AVAI par troubles mentaux et du comportement concernent les femmes dans 51 % des cas et diffèrent selon le sexe. Les femmes comptabilisent plus d'années de vie perdues (AVAI) pour les troubles dépressifs majeurs, la dysthymie, les troubles anxieux, les troubles alimentaires et les troubles bipolaires que les hommes. Les hommes, eux, enregistrent des taux d'AVAI plus élevés pour les troubles mentaux liés à une consommation (alcool, opiacés, cannabis, amphétamines, cocaïne, autres drogues), pour l'automutilation, pour la schizophrénie, pour les troubles du comportement, au syndrome d'Asperger et à l'autisme.

Les AVAI se composent presque exclusivement d'années potentielles de vie en incapacité (AVI) chez les femmes (94 %) alors que chez les hommes la proportion est de 81 %.

Figure 9. Taux d'AVAI par troubles mentaux et du comportement selon le sexe en Poitou-Charentes en 2010 (pour 100 000 habitants)



Sources : GBD 2010, INSERM CépiDC, Insee (18)

Exploitation ORS Poitou-Charentes

* *Autres : déficience intellectuelle idiopathique, troubles liés à la consommation d'amphétamines, de cocaïne, troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention, autres troubles liés à la consommation de drogues.*

Synthèse

Les troubles mentaux et du comportement constituent le 3^{ème} groupe de pathologies, après les cancers et les troubles musculo-squelettiques, qui a le plus de poids dans le fardeau global des maladies. Dans ce groupe de pathologies, ce sont les troubles dépressifs majeurs, la dysthymie et les troubles anxieux qui ont le plus de conséquences au niveau de la perte des années de vie en bonne santé (sans incapacité) et qui sont plus souvent féminins. Suivent les troubles liés à la consommation d'alcool et l'automutilation (dont les suicides). Ils concernent plus fréquemment les hommes et ont des répercussions plus importantes en termes de mortalité.

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 potentielles de vie perdues du fait de la mortalité et les années de vie perdues en bonne santé (ou sans incapacité) du fait des maladies.

<http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns> (site visité le 2 octobre 2014)

Les estimations régionales des poids des facteurs de risques liés aux troubles mentaux et du comportement à partir de ces résultats ont été calculées par L'ORS Poitou-Charentes. La méthodologie et les résultats complets sont disponibles dans un rapport (18)

VI. 3. Suicide

VI.3.1 La mortalité

Un suicide toutes les 40 secondes dans le monde

En 2012, dans le monde, 804 000 suicides sont survenus, ce qui représente un taux de suicide global standardisé de 11,4 suicides pour 100 000 habitants. Ce taux varie selon les pays et particulièrement selon les classes de revenus des états membres de l’OMS. Ainsi, le taux de suicide des états membres à revenus élevés (dont la France) est de 12,7 pour la même année alors que celui des états membres à revenu faible et intermédiaire est de 11,2 pour 100 000 habitants. (9)

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(19) et de 10 % en Poitou-Charentes(20), du fait d’une sous-déclaration dans les certificats de décès. Le taux de mortalité par suicide français est nettement au-dessus de la moyenne européenne (respectivement 15 vs 10 décès pour 100 000 habitants)(21).

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(20).

Tableau 1. *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 (20)

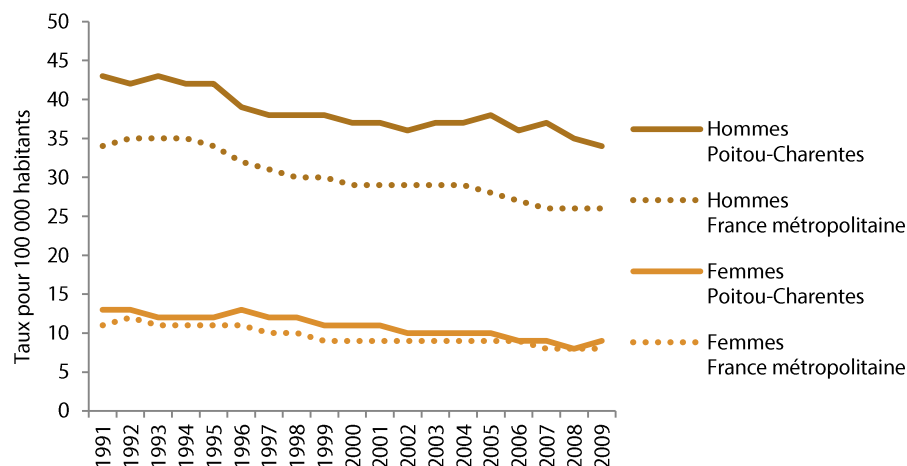
Exploitation : ORS Poitou-Charentes

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

Une diminution des taux de mortalité depuis 20 ans, également présente au niveau mondial

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(20). Cette baisse est également observée au niveau mondial avec une diminution de 9 % du nombre de suicide entre 2000 et 2012.(9)

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



Source : Score Santé (Inserm CépiDc, Insee) (20)

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

L'année indiquée est l'année centrale de la période triennal 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(20).

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 (20).

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(20).

Un taux de suicide en prison 7 fois supérieur à celui observé en population générale

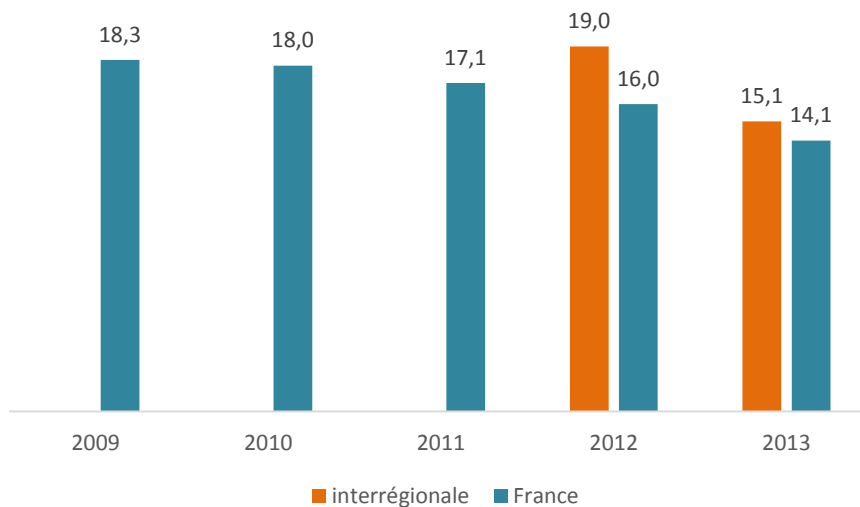
En Poitou-Charentes, en 2012, 3 décès par suicide ont été comptabilisés parmi la population carcérale de la région. **Le taux régional de suicide en milieu carcéral était alors de 18,6 décès par suicide pour 10 000 détenus, équivalent au taux national(20).**

En France, le nombre de suicides en prison a augmenté ces vingt dernières années, passant de 39 en 1980 à plus de 100 par an à partir de 1993, et se stabilisant autour de 116 depuis la fin des années 1990. Dans le même temps, la population carcérale a doublé.

Les taux de suicide des personnes détenues sont passés par une période de forte augmentation suivie de périodes de stabilisation et de baisse. Ainsi, le taux de suicide pour 10 000 personnes détenues est passé de 10 en 1980 à 24,4 en 1996. Après 1996, on note une baisse, puis une relative stabilisation du taux, avec notamment un taux de 20,4 en 2005 (122 suicides). Plus particulièrement depuis le lancement du plan d'actions de prévention du suicide des personnes détenues de 2009, le taux de mortalité par suicide a été stabilisé et connaît en 2013 une baisse significative, passant de 18,4/10 000 en 2009 à 14,4/10 000 en 2013, soit une baisse de quatre points (voir graphique suivant). Il convient de préciser que cette baisse s'inscrit dans un contexte d'augmentation progressive de la population moyenne écrouée (de 67 366 en 2009 à 78 824 en 2013).

Une des caractéristiques de la population écrouée par rapport à la population générale, est qu'elle concentre un grand nombre de facteurs de risque. Cette situation explique en partie le niveau élevé du taux de mortalité par suicide des personnes écrouées par rapport à la population générale. En effet, les personnes détenues cumulent souvent des facteurs de risque individuels de nature sociodémographique (sexe, statut marital) ; de nature sociale (éloignement familial et avec les proches en général), des risques inhérents aux conditions de la mise sous écrou (incarcération, placement en quartier disciplinaire), des facteurs de risque de nature pénale (catégorie pénale, durée de la peine et tout particulièrement nature de l'infraction ayant motivé la mise sous écrou) et clinique (dépression, précédentes tentatives de suicide, troubles psychiatriques et alcoolisme).(6)

Figure 11. Taux de mortalité par suicide des personnes détenues en France et en inter-région (Aquitaine, Poitou-Charentes et Limousin) de 2009 à 2013 (pour 10 000 détenus)



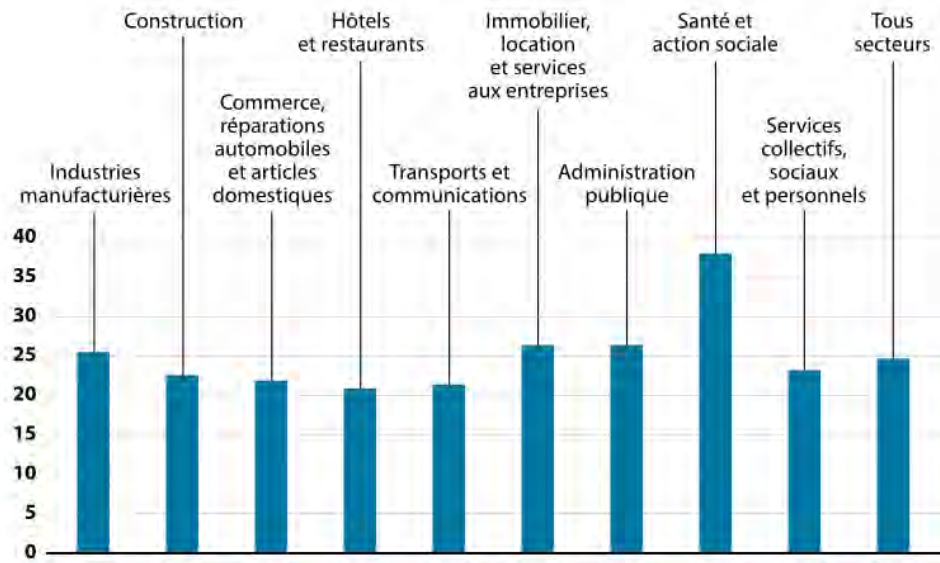
Source : DISP de Bordeaux (20) et DAP (6)
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

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(20)
- des taux de suicides élevés dans le secteur de la santé et de l'action sociale (cf. graphique suivant).

Figure 12. Taux de mortalité standardisés par suicide chez les hommes salariés ⁽¹⁾, âgés de 15 à 64 ans, selon le secteur d'activité en France de 1997 à 2002 (pour 100 000 hommes)



(1) hors activité non salariée, salariés de fonction publique d'Etat, de l'agriculture, des services domestiques et des activités extraterritoriales.

Source : programme Cosmop, InVS

Réalisation : Observatoire national du suicide (6)

VI.3.2 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 950⁶ séjours (hors Charente-Maritime Sud Est) pour tentative de suicide** en établissement de soins de courte durée publics et privés. Les séjours féminins pour tentative de suicide représentaient 63 % de l'ensemble des séjours. 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(20).

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.

⁶ Soit environ 3400 séjours hospitaliers estimés pour toute la région

Au cours de l'année 2013, **le nombre de passages pour tentative de suicide dans les services d'urgence** recueillis par OSCOUR®⁷ est estimé à **3 706** sur les sites participants dans la région, ce qui représente **0,9 % de l'ensemble des passages aux urgences**. En extrapolant ces passages à l'ensemble des services des urgences de Poitou-Charentes, 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)(20).

Les pensées suicidaires et les tentatives de suicide déclarées

Selon le Baromètre Santé 2010 en Poitou-Charentes(22), 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 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 interrogés⁸ 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 précédant 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(23).

⁷ **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 Châtelleraut, 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.

⁸ Enquête réalisée de janvier à juin 2012 auprès de 3 100 apprentis de la région Poitou-Charentes

Tableau 2. *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)
Exploitation : ORS Poitou-Charentes

VI.3.3 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.

En population générale

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(24).

Les personnes sans domicile

En 2009, une étude ponctuelle épidémiologique a été menée auprès des personnes sans domicile en région parisienne. Elle révèle qu'un risque suicidaire moyen ou élevé a été détecté chez 13 % des personnes interrogées (15 % des hommes et 10 % des femmes) au moment de l'enquête. (6)

En population incarcérée

Selon une enquête nationale menée en 2004 par l'Inserm et Cemka-Eval, un risque suicidaire a été repéré pour 40 % des hommes détenus en métropole, 26 % dans les DOM et 62 % des femmes détenues. Ce risque était jugé élevé pour environ la moitié des personnes concernées. Ce risque suicidaire était plus élevé lorsque la personne présentait aussi une pathologie psychiatrique, associée ou non à une dépendance aux substances.(6)

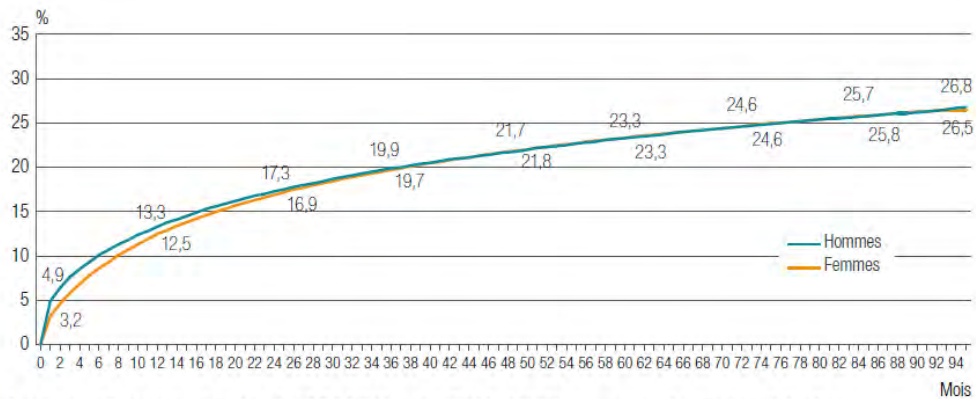
VI.3.4 Les récidives

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(25). Le taux de récidive est maximum dans les 4 à 6 mois suivant la tentative de suicide(21).

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(20).

En France, entre 2004 et 2011, cette proportion atteint 20 %. Après une première hospitalisation entre 2004 et 2011, le taux de réadmission pour tentative de suicide est globalement de 3,8 % à 1 mois, 12,8 % à 12 mois et augmente jusqu'à 26,6 % à 8 ans. Ces taux sont plus élevés chez les hommes jusqu'à 24 mois (13,3 % à un an et 17,3 % à deux ans contre respectivement 12,5 % et 16,9% chez les femmes). Au-delà de 2 ans, les courbes selon le sexe sont superposables(6).

Figure 13. Taux de réadmission pour tentative de suicide en France métropolitaine selon le nombre de mois écoulés après une hospitalisation « index » entre 2004 et 2011 selon le sexe (en %)



Lecture • D'après les données du PMSI-MCO, entre 2004 et 2011, un mois après une hospitalisation pour TS, 3,2 % des femmes concernées sont réadmisses à l'hôpital pour TS.

Source : ATIH, analyses InVS

Réalisation : Observatoire national du suicide (6)

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»(26).

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. Plan d'action pour la Santé mentale 2013-2020



En 2013, l'OMS a lancé le Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020(27). Ce plan encourage les pays à élaborer leurs propres politiques de santé mentale en se concentrant sur quatre objectifs principaux :

1/ Renforcer le leadership et la gouvernance dans le domaine de la santé mentale.

2/ Fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire.

3/ Mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale.

4/ Renforcer les systèmes d'information, les bases factuelles et la recherche dans le domaine de la santé mentale.

Le taux de suicide est un indicateur et sa diminution constitue l'une des cibles du plan d'action.

VII.1.3. Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014

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 concernés⁹.

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

⁹ 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 3. *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) (28)
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 suicide 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 le site ORS (www.ors-poitou-charentes.org), rubrique publication ou directement sur le lien suivant :

<http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/W9WkU5TDBSuicide13.pdf>

VII.1.4. Observatoire national des suicides (ONS)



Lors de la journée mondiale de prévention du suicide, le 10 septembre 2013, un **observatoire national des suicides** (29) 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.

Il est indépendant et sa composition est plurielle¹⁰, reflétant la diversité des acteurs impliqués dans la prévention du suicide.

Le 2 décembre 2014, un premier rapport de l'ONS a été publié(6), présentant un état des lieux des connaissances sur le suicide. Il énonce des recommandations qui seront suivies et complétées dans les rapports ultérieurs :



1. Améliorer le suivi des suicides et des tentatives de suicides
2. Développer la recherche sur le comportement suicidaire et sa prévention afin notamment de mieux connaître les facteurs de risques et de protection du suicide et d'évaluer l'efficacité des actions de prévention du suicide.
3. Suivre les indicateurs de suicide dans le cadre de la stratégie nationale et régionale de santé.

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

¹⁰ Parlementaires, représentants des associations, professionnels de santé, experts, chercheurs, ensemble des administrations concernées (ministères, ARS, organismes gestionnaires des régimes d'Assurance maladie, CNSA, InVS, INPES, INJEP, INRS, Anesm, IRESP

VII.1.5. 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.

Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail :

Le collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail a été formé à la suite d'une demande du Ministre en charge du travail. Il a été constitué fin 2008 par l'INSEE qui en assure l'animation, sous la Présidence de Michel Gollac. Selon le principe des collèges d'expertise scientifique, il travaille en toute indépendance. En avril 2011, ce collège a remis son rapport final (**30**) présentant une batterie d'indicateurs disponibles à partir des sources statistiques existante au Ministre chargé du travail. Les facteurs psychosociaux de risque au travail ont été regroupés autour de 6 axes : intensité du travail et temps de travail, exigences émotionnelles, autonomie insuffisante, mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, conflits de valeurs et insécurité de la situation de travail.

Pour en savoir plus : www.college-risquespsychosociaux-travail.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.1.6. Rapports et recommandations selon la population

VII.1.6.1 Prévention du suicide chez les enfants

Dans un rapport remis à la secrétaire d'Etat à la Jeunesse (Jeannette Bougrad) en septembre 2013 (31), 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.1.6.2 Plan national d'actions contre le suicide 2011-2014 de la Mutualité Sociale agricole (MSA)

Le plan national d'actions contre le suicide 2011-2014 de la MSA est le volet du programme national d'actions contre le suicide de la Direction générale de la santé (DGS) relatif au monde agricole et comporte trois axes :

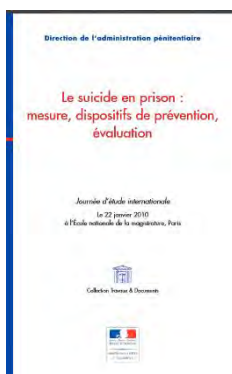
- ✓ **Mieux connaître la réalité du suicide dans le monde agricole** : L'action principale menée en partenariat avec l'InVS est d'analyser la mortalité par suicide des exploitants agricoles. Ce groupe a remis sa première étude en octobre 2013 (32). La comparaison de la mortalité par suicide des agriculteurs 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.

La mise à jour des données est prévue pour les années 2010 et 2011, puis des actualisations seront menées à intervalles réguliers afin de suivre l'évolution dans le temps. Par ailleurs, il est envisagé de réaliser la même étude pour les salariés agricoles.

- ✓ **Mettre en place des dispositifs d'écoute pour les agriculteurs en situation de détresse** : un projet de création d'un numéro cristal dédié aux ressortissants agricoles devrait être déployé en 2014 en partenariat avec l'INPES et les associations nationales d'écoute à distance : SOS AMITIE, SOS Suicide Phenix, Suicide Ecoute.
- ✓ **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 récides.

VII.1.6.3 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 (33):

- ✓ 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.1.6.4 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 Bienveillance 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 (34) 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 Plan stratégique de santé 2014 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 (35).

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 (SRP)



Le **Schéma Régional de Prévention (SRP)** constitue une vision géographique et prospective de l'organisation des services et actions, des coopérations et des financements. Le schéma régional de prévention de 2014 se fonde sur une nouvelle gouvernance centrée sur un petit nombre de politiques publiques, une répartition thématique et territoriale raisonnée tout comme une rationalisation de la programmation. Cette nouvelle gouvernance se réalise désormais à travers des plateformes thématiques, dont la finalité est d'asseoir une réelle politique publique de santé, fédérant tous les acteurs de prévention et de promotion de la santé potentiels à l'échelon régional

Dans ce schéma de prévention Poitou-Charentes, actualisé en décembre 2014, 9 plateformes thématiques ont été identifiées dont la plateforme thématique « santé mentale, prévention du suicide et addictions » (36).

La plateforme Santé mentale, prévention du suicide et addictions

¹
Le processus de concertation, initié depuis mars 2014, entre les différents acteurs de la région a permis de définir la nouvelle politique régionale de l'Agence régionale de Santé en matière de santé mentale, prévention du suicide et addictions pour les trois ans à venir. Les axes stratégiques et objectifs opérationnels de cette plateforme ont été déterminés lors de groupes de travail territoriaux ou régionaux en lien avec des démarches déjà engagées, dans le cadre des Contrats Locaux de Santé, des Ateliers Santé Ville, de la Politique de la Ville ; ceux-ci s'appuyant sur les différents plans, programmes, et données épidémiologiques existants. Ces axes et objectifs ont été validés par le Directeur de la santé publique. L'approche populationnelle a été privilégiée.

Objectif commun aux deux volets « santé mentale et prévention du suicide » et « addictions »

Développer les compétences psychosociales dès le plus jeune âge jusqu'à l'adolescence (0-12 ans)

Objectif 1 : Renforcer la cohérence des actions en matière de compétences psychosociales sur la région Poitou-Charentes à destination des publics (0 – 12 ans)

Objectif 2 : Développer une culture commune des compétences psychosociales

Objectif 3 : Développer des programmes de promotion des compétences psychosociales chez les enfants dès le plus jeune âge, et soutenir la parentalité.

OBJECTIFS volet de la santé mentale et prévention du suicide

Eviter la tentative de suicide, la récurrence et réduire le nombre de suicides chez les « nouveaux » publics (apprentis, agriculteurs, chefs d'entreprises et personnes endeuillées par le suicide)

Objectif 1 : Mettre en place des sensibilisations et des formations pluridisciplinaires et interinstitutionnelles au repérage précoce de la souffrance psychique et du risque suicidaire à destination des acteurs « sentinelles »

NB : un acteur « sentinelle » est un acteur en contact direct avec le public cible.

Objectif 2 : Développer une culture commune en matière de prévention du suicide sur ces publics cibles

Objectif 3 : Faciliter l'orientation et l'accès aux soins des publics cibles

Objectif 4 : Renforcer le soutien à l'entourage

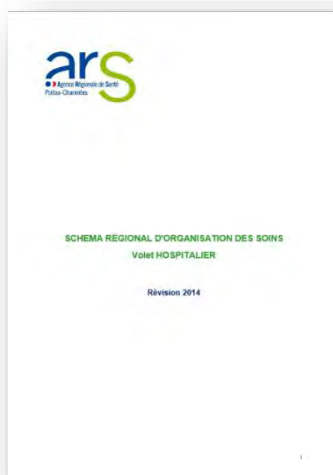
Objectif 5 : Soutenir les projets expérimentaux permettant de contribuer au développement de la recherche sur la prévention du suicide en région Poitou-Charentes.

Renforcer le repérage précoce de la souffrance psychique, l'écoute et l'orientation des publics du PRAPS

Les publics cibles du PRAPS sont : les jeunes adultes et adultes en insertion sociale ou situation professionnelle particulière (travailleurs saisonniers-intérim), les jeunes en difficulté et particulièrement les jeunes sortis du système scolaire sans aucune qualification, les ruraux isolés, les familles monoparentales, les gens du voyage, les grands marginaux, les jeunes en errance, les SDF, les migrants, les personnes sous main de justice, les détenus et anciens détenus en démarche de réinsertion, les personnes se prostituant, ...

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.

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



Le SROS constitue 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. Révisé en décembre 2014, 15 axes sur l'activité de soins et 9 thèmes transversaux (hospitalisation à domicile, diabète, obésité, accidents vasculaires cérébraux, pathologies du vieillissement, maladie d'Alzheimer, addictions, biologie médicale et veille technologique) sont présents.

Axes de chevauchement avec le schéma régional de prévention :

- Axe « psychiatrie »

Les objectifs opérationnels sont :

- ✓ Améliorer l'accès aux soins et assurer la continuité des prises en charge,
- ✓ Améliorer la qualité et la sécurité des soins,
- ✓ Améliorer l'efficacité
- ✓ Lutter contre les images négatives véhiculées par la psychiatrie

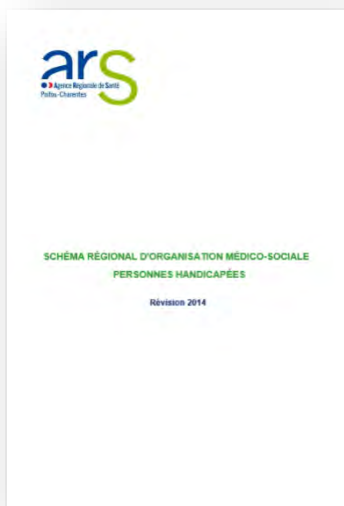
- Axe « soins aux détenus »

Deux objectifs opérationnels sont recensés :

- ✓ Améliorer l'accès aux soins, en particulier :
- ✓ Améliorer les conditions de prise en charge au centre pénitentiaire de Saint Martin de Ré en lien avec le centre hospitalier de La Rochelle et l'administration pénitentiaire
- ✓ Améliorer l'efficacité

L'amélioration de la prévention du suicide et de la crise suicidaire en détention est également préconisée.

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, révisé en décembre 2014, 14 axes sont recensés.

Axes de chevauchement avec le schéma régional de prévention :

- Axe « dépistage »

Optimiser l'organisation des dispositifs chargés du dépistage, de la prévention et de la prise en charge précoce

Les objectifs opérationnels sont :

- ✓ Former les professionnels à l'annonce du handicap

- ✓ Réunir les conditions pour qu'un repérage par la PMI, la santé scolaire et les professionnels de santé en ambulatoire (médecins généralistes et pédiatres - sages-femmes) - mais également dans tous les lieux fréquentés par l'enfant (crèches, assistantes maternelles - haltes garderies - cabinet médical...) puisse être réalisé sur l'ensemble des territoires, notamment pour les déficients sensoriels et les troubles envahissants du développement
- ✓ Evaluer les délais de dépistage.
- ✓ Renforcer le positionnement des centres de référence régionaux (troubles du langage et Autisme) :
 - Elargir et renforcer les missions du Centre Référent des Troubles du Langage (CRTL) vers les Troubles de l'Apprentissage (CRTLA) et identifier les ressources dédiées prioritairement aux troubles du langage oral et aux dyspraxies développementales (équipes mobiles départementales), en collaboration avec l'Education Nationale.
 - Adapter le fonctionnement du Centre de Ressources Autisme (CRA) aux dispositions du cahier des charges national et aux recommandations de bonnes pratiques (action à décliner en 2014 dans le cadre du plan Autisme)

- Axe « Handicap psychique »

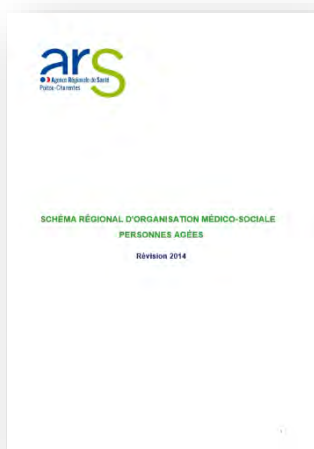
Les objectifs opérationnels sont :

- ✓ Améliorer au niveau régional la connaissance en matière de handicap psychique.
- ✓ Développer les dispositifs d'aval afin d'améliorer l'accompagnement des handicapés psychiques adultes.

- Axe « Conduites addictives et à risque »

L'objectif opérationnel de cet axe est de définir et d'améliorer les conditions d'organisation, au niveau des territoires de santé, de la réponse pour les patients souffrant d'addictions.

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 révisé en décembre 2014, 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 »

- ✓ accompagner les conseils généraux dans la modernisation et la professionnalisation des services d'aide à domicile
- ✓ Renforcer la formation et le soutien aux aidants familiaux

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, les 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),
- 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 le 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. Le plan régional d'actions autisme 2014-2017 en Poitou-Charentes



Un Plan d'action régional pour l'autisme (37) a été élaboré en Poitou-Charentes par le Comité Technique Régional de l'Autisme (CTRA), en cohérence avec les schémas régionaux (PRS, SROMS...) et conformément aux orientations du plan national. Il repose sur 5 orientations régionales : organiser le dépistage et le diagnostic précoce dans chaque territoire de santé ; organiser les parcours de vie et de soins sur chaque territoire de santé ; soutenir les familles et les aidants, renforcer l'accompagnement des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du comportement ; participer aux efforts de recherche.

VII.2.8. Les autres documents de références régionaux

Plan régional de santé au travail (PRST 2) 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

Le plan régional au travail 3 (2015-2019) est actuellement en cours de rédaction. La prévention des risques psychosociaux devrait rester une des objectifs de ce PRST3.

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
- ✓ **la promotion de la santé mentale et la 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 ¹¹

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. De plus, certaines actions sont en cours de financement et n'apparaissent donc pas ici.

Note préalable

Début 2014, la plateforme santé mentale, prévention du suicide et addictions a été mise en place, définissant les objectifs et les stratégies de financement pour une période de 3 ans. Pour cette partie, seule la thématique santé mentale/prévention du suicide a été sélectionnée, la thématique addiction sera traitée dans l'actualisation de la synthèse documentaire sur les addictions.

De 2011 à 2013

L'outil OSCARS[®], base de données en ligne, permet de recenser l'ensemble des actions financées par l'ARS mises en œuvre sur les différentes thématiques de santé publique. Ainsi, en 2013, 48 actions concernant la santé mentale ont été financées avec plus de 26 000 bénéficiaires cumulés¹².

Tableau 4. *Nombre d'actions en santé mentale financées par l'ARS et mises en œuvre en Poitou-Charentes de 2011 à 2013*

	2013	2012	2011
Nombre d'actions enregistrées dans OSCARS[®]	45 ⁽¹⁾	57	49

⁽¹⁾ 3 dossiers en cours

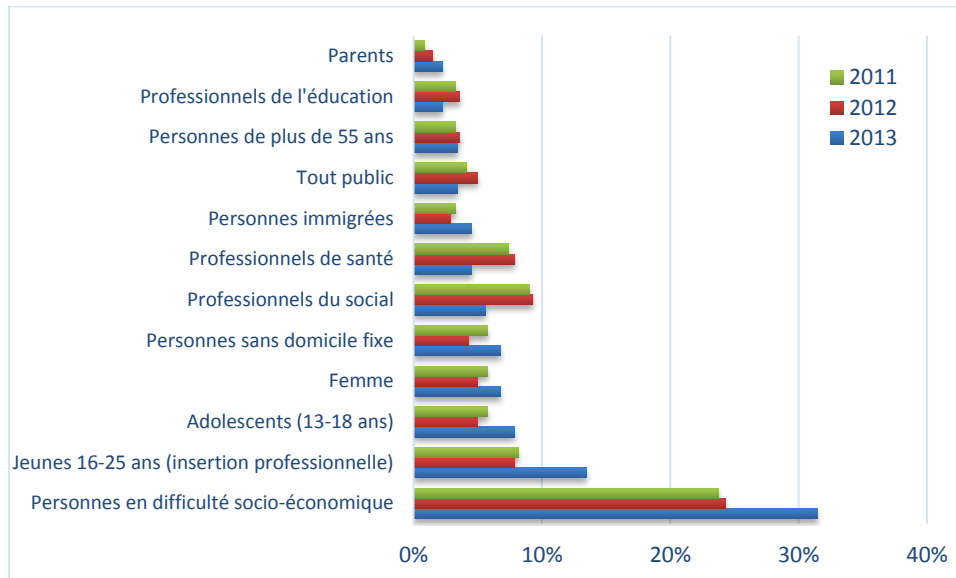
Source : OSCARS[®]

¹¹ 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.

¹² Une personne ayant pu bénéficier de plusieurs actions

En 2013, près d'un tiers des actions ciblent les personnes en difficulté socio-économique, suivies des jeunes de 16 à 25 ans (12 actions), des adolescents (7 actions), les femmes (6 actions) et les personnes sans domicile fixe (6 actions). En 2011 et 2012, les actions étaient également orientées vers les personnes en difficultés économiques, suivies des actions à destination des professionnels de santé ou du social.

Figure 14. Population cible des actions en santé mentale en Poitou-Charentes de 2011 à 2013

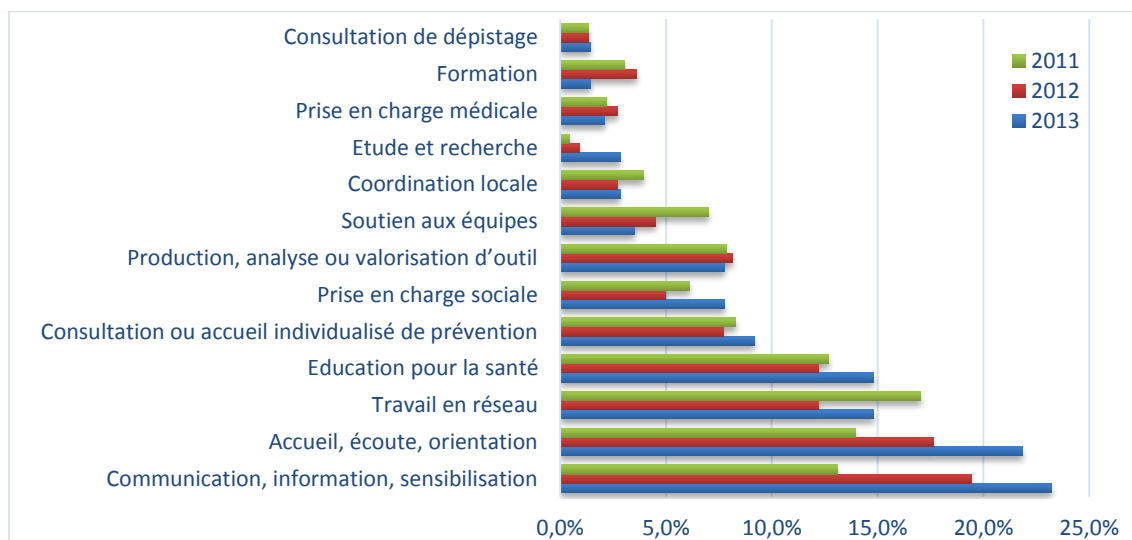


Note : une action recensée peut avoir plusieurs population cible (ex : femme, adolescents)

Source : OSCARS®

Les trois quarts des actions en santé mentale sont des actions de communication, d'information et de sensibilisation (23 %), d'accueil, d'écoute et d'orientations (22 %), du travail en réseau (15 %) et de l'éducation pour la santé (15 %).

Figure 15. Typologie des actions en santé mentale en Poitou-Charentes de 2011 à 2013



Note ; une action recensée peut avoir plusieurs types d'action (ex : travail en réseau, prise en charge sociale)

Source : OSCARS®



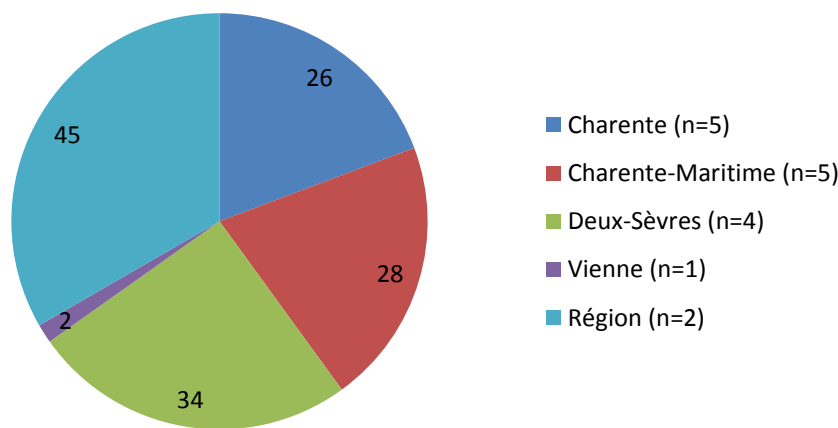
Une description de toutes les actions liées à la santé mentale est disponible sur l'outil OSCARS® (www.oscarsante.org).

En 2014

A la date du 14 octobre 2014, la Direction de la Santé Publique de l'ARS a octroyé 135 826 € à des actions de promotion de la santé mentale / prévention du suicide (hors addiction), pour contribuer au financement de 17 actions au total, ce qui est moins qu'en 2012 (34 actions pour 196 694€).

Les actions liées à la promotion de la santé mentale et la 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.

Figure 16. Répartition des financements en octobre 2014 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, Octobre 2014

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Note de lecture : En Charente, 5 actions ont été recensées concernant la santé mentale pour un financement total de 26 000€

Un tiers du budget est octroyé à des actions de dimension régionale. Les Deux-Sèvres est le département où les financements sur ce thème sont les plus importants (25 %). La Charente bénéficie du cinquième du budget également ainsi que la Charente-Maritime. La Vienne ne bénéficie que d'une seule action avec un budget de 2 150 €.

En 2014, le financement moyen par action¹³ était de 8 000 €.

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 :

¹³ Il s'agit du financement par l'ARS et non du financement global des actions qui bénéficient souvent de cofinancements.

- 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. Cinq 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 a co-construit le programme avec l'équipe éducative. Cette association 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 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.

- 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 de ce programme.

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

VIII.1. Les ressources nationales

L'INPES a développé son propre site de prévention « [Info dépression](#) », afin de mieux comprendre la dépression, ses symptômes et ses traitements, savoir où et à qui s'adresser. Dédié aussi bien au grand public qu'aux professionnels de santé, il fournit les informations pour distinguer la « déprime » de la vraie dépression, inciter au dialogue, accompagner les proches, connaître les modalités de prise en charge, la variété des intervenants professionnels. Les professionnels de santé peuvent trouver des documents scientifiques : études, rapports, publications. En 2011, ce site a reçu plus de 182 000 visites.

www.info-depression.fr

De plus, l'INPES subventionne également des dispositifs d'aide à distance associant des lignes téléphoniques et des sites internet (tabac info service, drogues info service, ...). Ces associations assurent une écoute téléphonique 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

Six de ces dispositifs d'aide à distance interviennent dans le champ de la santé mentale et du suicide avec des 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.

Cinq d'entre eux interviennent spécifiquement sur ce champ :

- **SOS amitié** (www.sos-amitié.org) : accueil et écoute des personnes en situation de détresse. En 2013, sur un total de 676 000 appels pris à SOS Amitié, environ 10 000 concernaient la thématique du suicide et les deux tiers provenaient de femmes(6).

- **SOS dépression** (www.sosdepression.org) : écoute psychologique ponctuelle avec une éventuelle orientation par des professionnels,
- **Suicide écoute** (www.suicide-ecoute.fr) : accueil et écoute des personnes en grande souffrance psychologiques ou confrontés au suicide et de leur entourage,
- **SOS Suicide Phénix** (www.sos-suicide-phenix.org) : accueil et écoute des personnes en souffrance et confrontées au suicide
- **Phare enfants parents** (www.phare.org) : accueil et écoute des parents confrontés au mal-être et au suicide des jeunes.

Ces lignes ciblent des publics spécifiques pour lesquels cette thématique est présente :

- **Fil santé jeunes** (www.filsantejeunes.com) : information, écoute et orientation sur la santé des jeunes. (16),
- **Agri'écoute** (www.msa.fr/lfr/solidarite/prevention-suicide) : la MSA a mis en place une ligne téléphonique pour accompagner les exploitants et salariés agricoles, ainsi que leur famille, en cas de situation de souffrance ou de détresse.

D'autres sites internet spécifiques existent également (*liste non exhaustive*):

- Soutien psychologique pour les personnes sourdes et malentendantes (www.psursurdus.net)
- Site pour enfant ou adolescent ayant perdu un parent par suicide (www.atergatis.fr).
- Site et accueil téléphonique pour personnes atteintes de troubles bipolaires et leur entourage (www.argos2001.fr).
- Site de soutien et d'information des personnes dépressives et leur entourage (www.france-depression.org).

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 participent aux groupes de travail territoriaux et régionaux mis en place dans le cadre de la plateforme « santé mentale, prévention du suicide et addictions ». 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. Cette liste, non exhaustive, a été constituée selon le public concerné.

Concernant les enfants, les adolescents et les étudiants

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, de secrétaires et de psychologues. 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.

La protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)

La fonction principale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), direction déconcentrée du Ministère de la Justice, est la prise en charge et l'accompagnement éducatif sur décision judiciaire des mineurs et jeunes majeurs. Chaque service de la PJJ est aujourd'hui doté d'au moins un psychologue avec possibilité de recrutements contractuels en fonction de l'activité du service. Dans le cadre d'une mesure judiciaire, le psychologue intervient lors de son annonce ou lors de son application. Il peut également intervenir dans le cadre d'un placement en centre éducatif fermé en élaborant un bilan psychologique ou en unité éducative d'hébergement diversifié, avec un suivi psychologique proposé au jeune concerné. Il propose donc un espace d'écoute et de parole mais pas de suivi thérapeutique en tant que tel. Effectivement, les mesures judiciaires d'investigations occupent une grande partie de leur temps de travail. Si besoin, les mineurs concernés sont orientés vers des structures de prise en charge (par exemple CMP, ou CSAPA pour les addictions, MDA,...)

Le service de protection maternelle et infantile (PMI)

Le service de protection maternelle et infantile (PMI) est un service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil général et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Il organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans. Dans le cadre de leurs missions, les personnels de PMI peuvent être amenés à faire du soutien et de l'écoute auprès des jeunes mères et des jeunes femmes enceintes ou en recherche de contraception.

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 Maison des Adolescents et des Jeunes Adultes de Charente-Maritime (MDAJA 17) à La Rochelle** : Ouverte en 2009, les permanences de la MDAJA de La Rochelle sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de 6 professionnels (2 psychologues, 2 infirmiers psychiatriques, 1 éducatrice spécialisée, 1 psychiatre). Elle se situe en amont de toute prise en charge spécialisée. En terme individuel, elle propose un accueil et une écoute permettant une première évaluation globale de la situation. Ensuite, un accompagnement psychologique ou éducatif à court ou moyen terme, ou une consultation spécialisée peut être proposée (consultation médicale avec un psychiatre, consultation en addictologie, consultation juridique ...). De manière plus collective, elle peut proposer des entretiens familiaux ou des ateliers d'expression artistique pour les ados. 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/>

- **L'Agora-MDA, Maison des Adolescents des Deux-Sèvres** à Niort et à Bressuire : Ouverte en septembre 2012, l'équipe d'Agora-MDA est composée d'un coordonnateur, d'un médecin généraliste, d'une assistante sociale, de sages-femmes, de conseillères conjugales et familiales, de psychologues, d'infirmières, d'une éducatrice spécialisée et de secrétaires. Elle est également complétée par différents partenaires effectuant des permanences régulières au sein de la structure : un infirmier du CSAPA, une nutritionniste de la Mission nutrition alimentation (MNA), l'animateur de Prév'Alcool. Une consultation spécialisée d'appréciation du risque suicidaire est également proposée. 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. La structure est soutenue par l'Agence Régionale de Santé.

Le Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIUMPPS)

Basé à Poitiers (86) et La Rochelle (17), le centre de santé universitaire assure des missions de prévention mais aussi de soins auprès d'étudiants. Ainsi, les étudiants peuvent

notamment bénéficier d'entretiens d'écoute, de soutien psychologique ponctuel ou de suivi psychothérapeutique, de bilan psychiatrique et de traitements éventuels, de consultations "addictions" et d'un accompagnement pour la gestion du stress. Un travail en partenariat avec le secteur hospitalier, en particulier avec la psychiatrie, les services d'urgences mais aussi avec la médecine libérale, a été mis en place et s'intensifie.

L'association départementale pour la sauvegarde de l'enfant et l'adulte (ADSEA) en Vienne

Cette association, loi 1901 à but non lucratif, a pour objectif de concourir à la prévention et au traitement des difficultés qui conduisent les plus fragiles dans un processus d'exclusion et de marginalisation. Elle gère plusieurs établissements et services en Vienne dont certains ont un rôle d'écoute et de soutien psychologique. C'est le cas notamment dans les foyers éducatifs mixtes (FEM), le centre éducatif et de formation départemental (CEFORD), le service d'investigation et d'orientation éducative (SIOE) et le service départemental d'orientation éducative en milieu ouvert (SDOEMO). Pour en savoir plus : www.adsea86.fr

Les Missions Locales d'Insertion (MLI) et les Permanences d'Accueil, d'Information et d'Orientation (PAIO)

La distinction entre MLI et PAIO tient à la taille et à l'implantation de la structure, les MLI sont situés en zone urbaine et les PAIO en zone rurale. Elles s'adressent aux jeunes de 16 à 25 ans (non scolarisés, non étudiants) en vue de leur insertion sociale et professionnelle. A travers leurs fonctions d'accueil, d'information, d'orientation et de suivi, ces structures, grâce à une relation personnalisée et une prise en charge globale, accompagnent les jeunes dans l'élaboration et la réalisation d'un véritable parcours individualisé. Un psychologue intervient au sein de ces structures permettant si nécessaire de mettre en place un soutien psychologique et de l'écoute.

Concernant les adultes et les salariés

L'Unité de consultation de pathologies professionnelles et environnementales (UCPPE)

Rattaché au CHU, l'UCPPE a pour vocation de rendre des avis et des conseils individuels et collectifs sur les pathologies professionnelles et environnementales, l'aptitude médicale à un poste de travail et l'orientation professionnelle en vue d'une meilleure prise en charge médicale et sociale. Elle s'adresse à tous les patients de la région Poitou-Charentes, ayant une prescription médicale. En 2009, l'unité s'est dotée d'une **consultation de santé mentale et travail (CSMT)**. Pour en savoir plus : www.chu-poitiers.fr/980b8cf3-4017-4f28-b0e9-3f26b639ba52.aspx

La médecine du 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 (38).

Les lieux d'accueil enfants-parents de la CAF

Ils sont ouverts aux enfants âgés de moins de six ans, accompagnés de leur(s) parent(s) ou d'un adulte familial pour participer à des temps conviviaux de jeux et d'échanges. En ce qui concerne le soutien à la fonction parentale, la CAF de la Vienne a mis en place, à Poitiers et à Châtellerauld, deux structures d'aide à la parentalité : L'espace Parents. Les professionnels de l'Espace Parents de la CAF peuvent apporter des informations, du soutien, de l'écoute aux parents dans le cadre d'une rencontre individuelle. Pour en savoir plus : www.caf.fr/ma-caf/caf-de-la-vienne/en-direct-avec-la-caf-de-la-vienne

Concernant les personnes âgées

Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'information et de conseil destiné aux personnes âgées, à leurs familles et aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile.

VIII.2. 3. Les associations et les réseaux de soutien aux familles

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 (16)

Association d'aide aux personnes atteintes de troubles bipolaires et à leur entourage (ARGOS 2001)

Cette association organise des groupes de paroles pour les patients et leurs proches ainsi que des conférences faites par des psychiatres spécialisés sur les troubles bipolaires. A vocation régionale, l'association est basée sur Vouneuil/Biard (86).

www.melusine.eu.org/argos-vienne

Certaines associations ont une visée plus locale. C'est le cas notamment de l'Association rochelaise pour l'Etude de la Dépression et des Troubles Affectifs (**AREDETA**). Cette association organise des groupes de paroles accueillant patients et entourage, mais également des rencontres avec des professionnels de santé.

Soutien aux familles endeuillées par un suicide

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).

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

En France, près de 600 établissements de santé assurent une prise en charge hospitalière en psychiatrie en proposant un total de 55 390 lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie générale au 31 décembre 2011, ce qui place la France au sixième rang des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) les plus dotés en lits d'hospitalisation psychiatrique¹⁴ (39).

IX.1. Dispositifs de soins sanitaires

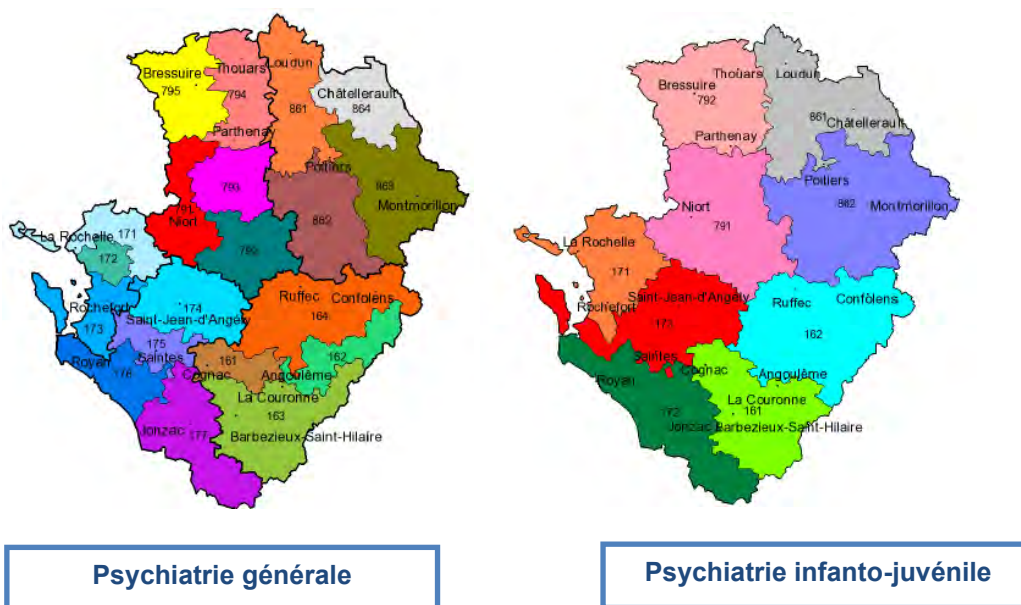
IX.1.1. Les structures hospitalières

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. La psychiatrie en Poitou-Charentes s'organise autour de 20 secteurs de psychiatrie adulte et de 9 intersecteurs de pédopsychiatrie pour enfants et jeunes de moins de 16 ans.

La région compte deux centres hospitaliers psychiatriques (Henri Laborit à Poitiers et Camille Claudel à La Couronne). Au niveau des départements de la Charente-Maritime et des Deux-Sèvres, la psychiatrie est rattachée aux centres hospitaliers généraux (40).

Figure 17. Localisations des secteurs psychiatriques adultes et enfants en Poitou-Charentes en 2014



Source : ARS Poitou-Charentes, COSA (40)

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 thérapeutique de groupe, et **les ateliers thérapeutiques** qui ont

¹⁴ Derrière le Japon, la Belgique, l'Allemagne, la République Tchèque et la Suisse

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.

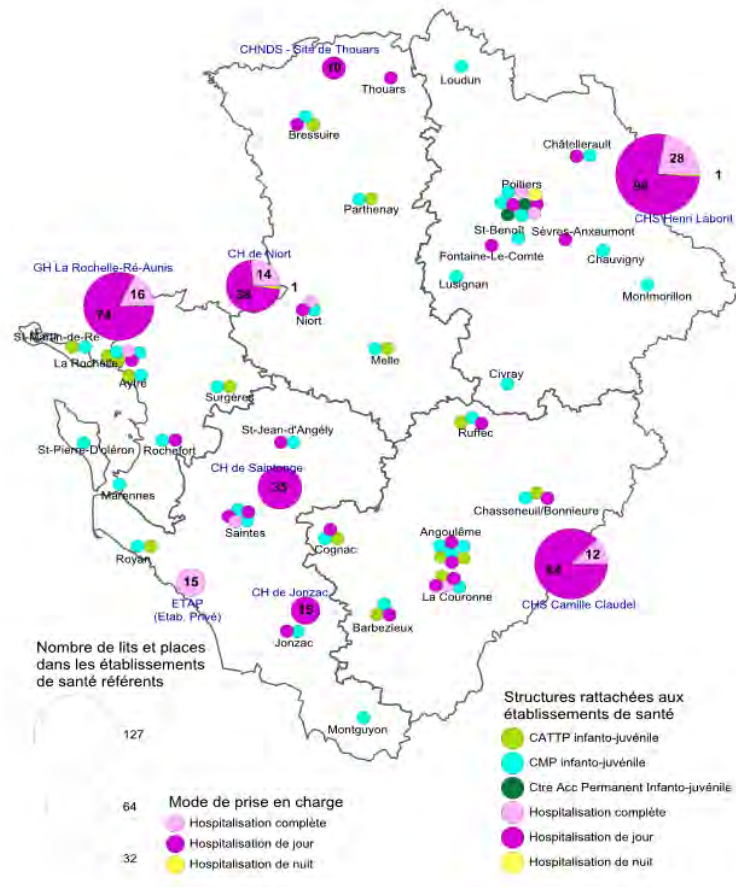
Le placement familial thérapeutique permet le traitement de patients de tous âges, placés dans des familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible. Il peut être envisagé à moyen et long terme et généralement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

Figure 18. Offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile

Nombre de lits et places dans les établissements référents selon leur mode de prise en charge et localisation des structures qui y sont rattachées

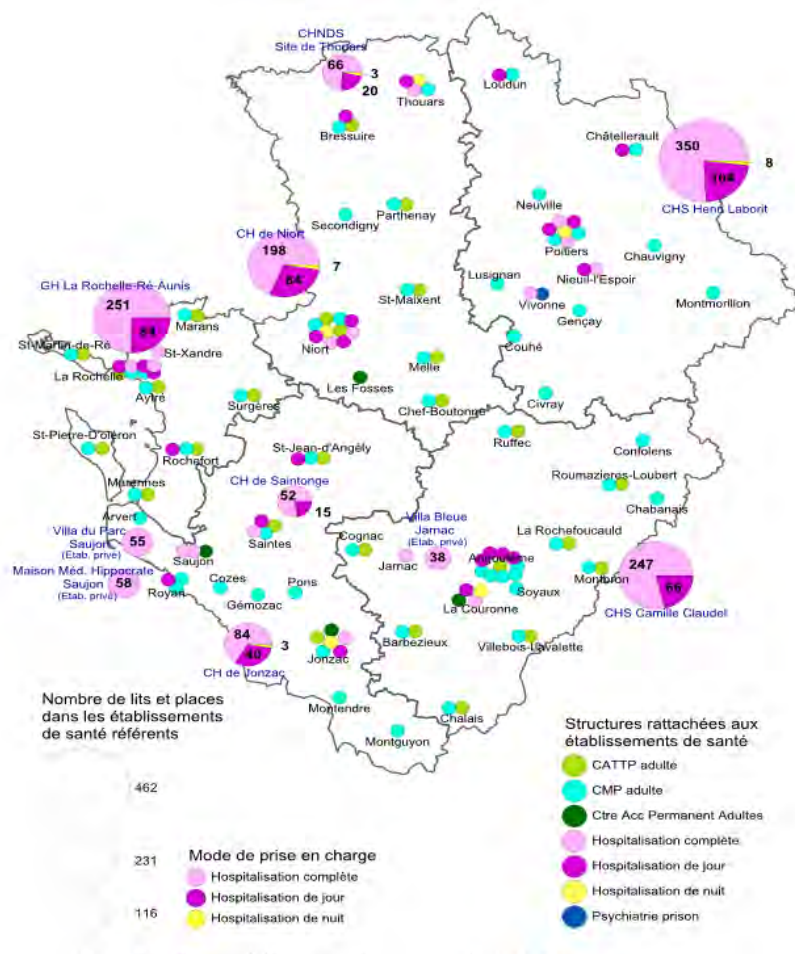


Champ : Poitou-Charentes, établissement publics et privés, psychiatrie

Source : DREES SAE au 31.12.2012, Finess juin 2014 (37)

Figure 19. Offre de soins en psychiatrie générale

Nombre de lits et places dans les établissements référents selon leur mode de prise en charge et localisation des structures qui y sont rattachées



Champ : Poitou-Charentes, établissement publics et privés, psychiatrie

Source : DREES SAE au 31.12.2012, Finess juin 2014 (37)

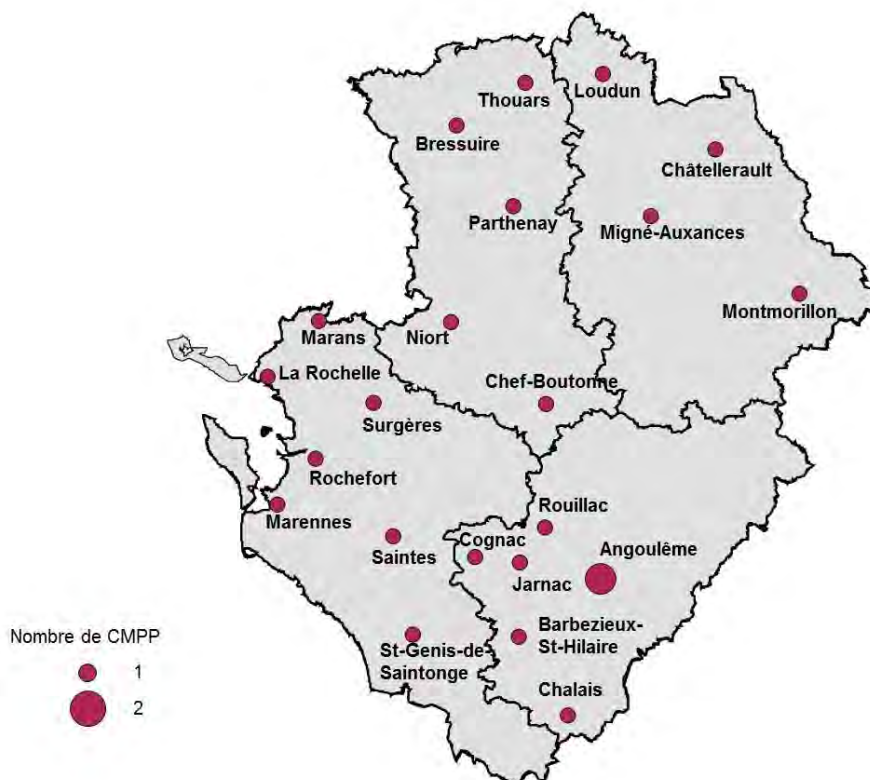
IX.1.2. La prise en charge ambulatoire

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) (*localisation cf. figures 15 et 16*).

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 17 novembre 2014, on recensait 23 CMPP sur l'ensemble du territoire régional (7 en Charente et en Charente-Maritime, 5 en Deux-Sèvres et 4 en Vienne).

Figure 20. Localisation des CMPP en 2014



Source : Finess (nov 2014)
Exploitation ORS Poitou-Charentes

Les équipes mobiles précarité-psychiatrie (EMPP et EMAPP (Niort)) sont des équipes de psychiatrie hospitalières composées de psychiatres, de cadres de santé, d'infirmières et de secrétaires. Elles mènent des actions spécifiques en dehors de leurs structures :

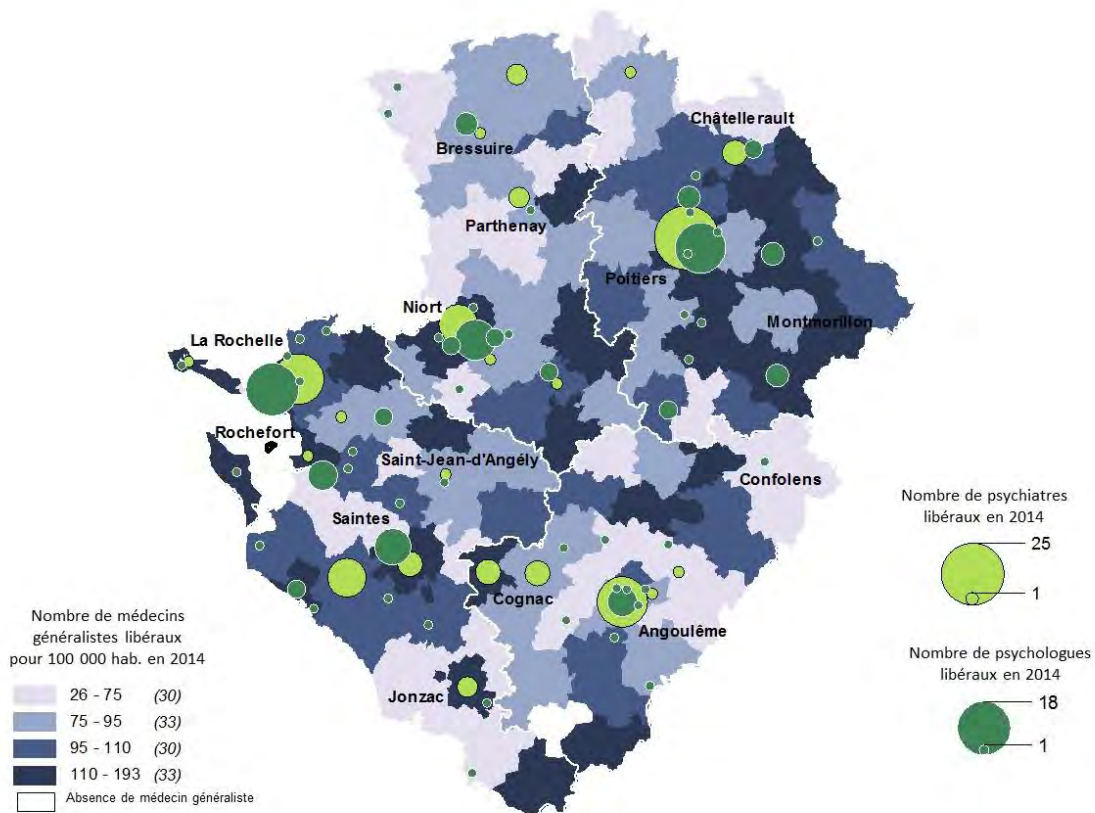
- en direction des personnes en souffrance psychique et en situation de précarité : conseil, accompagnement, évaluation et orientation,
- en direction des acteurs de première ligne et des professionnels de santé : actions de formation, de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs, soutien des équipes, développement d'un travail de réseau, etc.

En Poitou-Charentes, il existe des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité dans tous les départements.

Il existe également 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 21. Densité de médecins généralistes et effectifs de psychiatres et de psychologues libéraux en février 2014



Source : ASIP RPPS
Exploitation ORS Poitou-Charentes

En 2014, 1 947 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 77 médecins pour 100 000 habitants quand le quart le mieux loti bénéficie de plus de 111 médecins pour 100 000 habitants. Les agglomérations sont généralement mieux dotées que les territoires ruraux. Globalement, les départements de la Vienne (116 pour 100 000 habitants) et de la Charente-Maritime (117 pour 100 000 habitants) ont des densités supérieures aux deux autres départements.

Cent psychiatres libéraux exercent en Poitou-Charentes. Ils se répartissent de la façon suivante : 33 en Charente-Maritime, 29 dans la Vienne, 23 en Charente, et 15 dans les Deux-Sèvres.

Enfin, 132 psychologues libéraux exercent dans la région, surtout en Charente-Maritime (51) et dans la Vienne (38). Dans les Deux-Sèvres et en Charente, le nombre de psychologues est respectivement de 27 et 16 au 1^{er} février 2014.

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 17 novembre 2014, 51 ESAT couvrent l'ensemble du territoire régional et offrent la possibilité de travailler en milieu protégé à environ 3 547 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'utilisateur 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 17 novembre 2014, 52 SAVS offrant 1 551 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 novembre 2014, 14 SAMSAH offrant 224 places existent sur l'ensemble de la région.

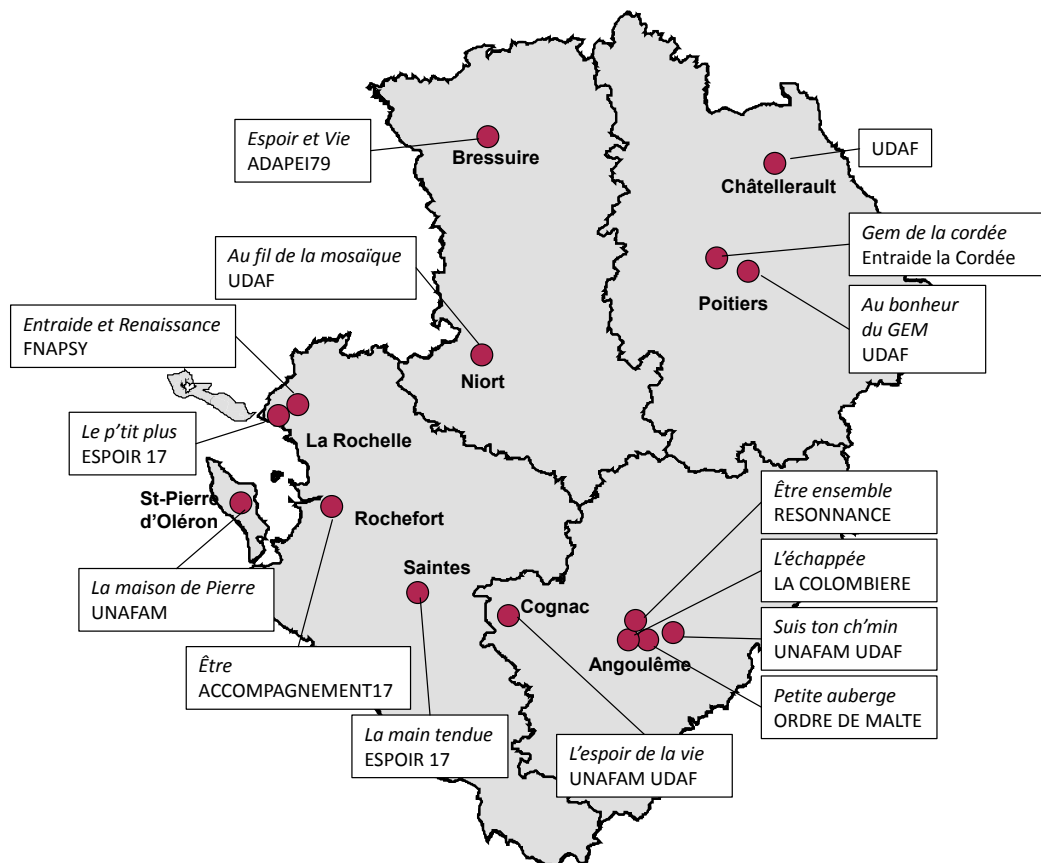
Les foyers

En Poitou-Charentes, environ 139 établissements offrent près de 3 842 places au 17 novembre 2014. 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 17 novembre 2014, 44 foyers d'hébergement adulte offrent 1 523 places ainsi que 2 foyers d'hébergement enfant et adolescent pour 35 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 17 novembre 2014, 67 foyers de vie offrent 1 804 places au niveau régional.
- **Les maisons et foyers d'accueil médicalisé** sont destinés 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 17 novembre 2014, 28 maisons et foyers d'accueil médicalisé offrent 515 places au niveau régional.

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des associations d'usagers, parrainées par des structures œuvrant dans le champ de la santé mentale (UDAF, UNAFAM, ...). 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, 16 GEM sont présents sur le territoire, dont un plus spécialisé dans le traumatisme crânien.

Figure 22. Cartographie des groupes d'entraide mutuelle concernant les personnes présentant des troubles psychiques en 2014



Source : ARS, service médico social
Réalisation ORS Poitou-Charentes

IX.3. Typologie de l'organisation des soins en psychiatrie à l'échelle des territoires de santé

Afin de définir d'un point de vue systémique l'offre et l'organisation de la prise en charge de la maladie mentale au sein des territoires de santé, l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) a pu répartir les territoires de santé de France en 5 groupes distincts mais avec des profils communs à l'intérieur des groupes(39). L'analyse a été réalisée sur 47 variables caractérisant :

- L'offre des établissements de santé (équipements, ressources humaines, accessibilité, activité et coordination avec les acteurs extérieurs),
- L'offre de ville (densité et accessibilité financière),
- L'offre médicosociale (capacités totales et accueil des personnes souffrant de troubles psychiques),

- Les initiatives locales non strictement sanitaires (conseils locaux de santé mentale (CLSM) et les groupes d'entraide mutuelle (GEM).

Les 5 territoires de santé de Poitou-Charentes appartiennent au 2 premières classes :

- Classe 1 (Deux-Sèvres et Charente-Maritime) : cette classe regroupe des territoires faiblement dotés en personnels et en équipements psychiatriques, souvent implantés à l'hôpital général.
- Classe 2 (Charente et Vienne) : cette classe contient les territoires où s'exercent les missions d'intérêt général de la psychiatrie publique spécialisée, ouverte sur son environnement, mais aux ressources concentrées sur l'intra-hospitalier.

X. Economie de la santé

X.1. Santé mentale

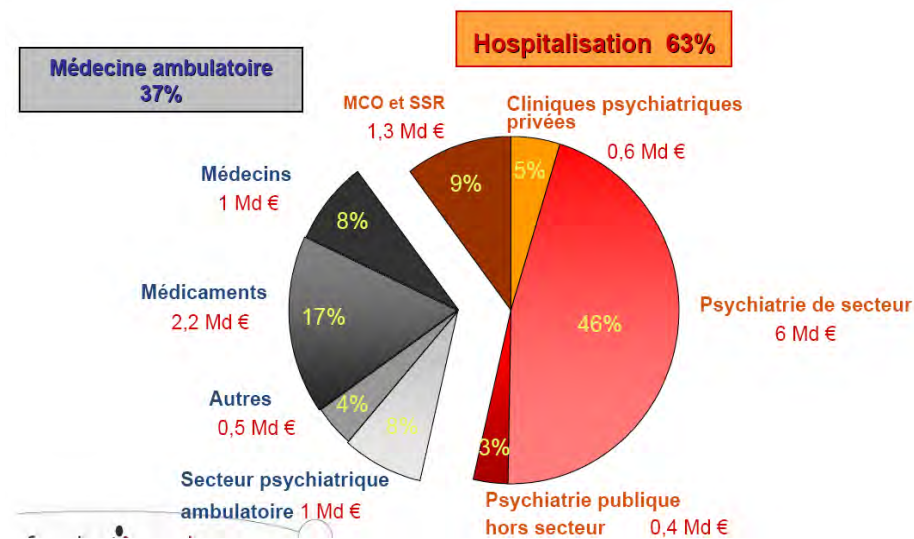
A l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale, le 10 octobre 2013, la Commission européenne a publié une étude portant sur les systèmes de santé mentale des pays de l'Union européenne et de la Norvège (41). En France, près de 13 % du budget total de la santé est consacré à la santé mentale. 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 (42).

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 psychiatriques des hôpitaux publics, atteignant 6,4 milliards d'euros (11 % de la dépense nationale des hôpitaux publics) (43).

Figure 23. Le coût de la prise en charge sanitaire



Note :

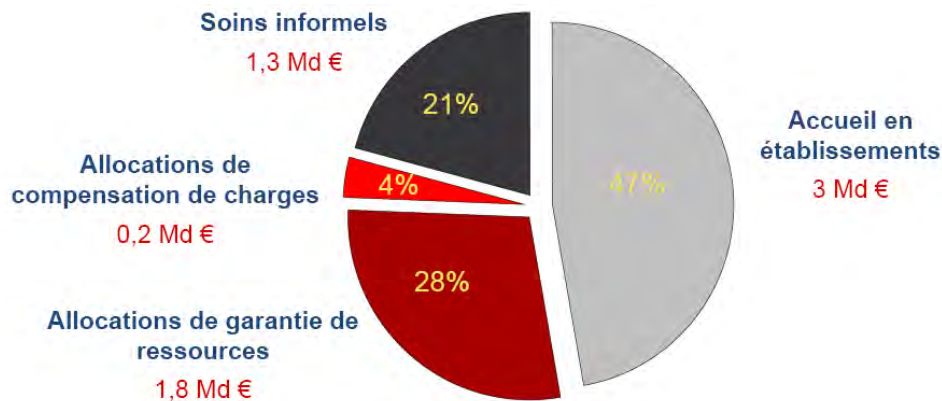
MCO : **séjours hospitaliers en soins de courte durée avec** une activité médecine-obstétrique-chirurgie

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 (43).

Figure 24. Le coût de la prise en charge sociale et médico-sociale



Source : Le coût de la pathologie mentale en France en 2007 (43)

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).(43)

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 (43).

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 (44) 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 (45) .

XI. Bibliographie

1. DEBARRE J, MOREAU F, BOURGEOIS S. Santé mentale et suicide. Synthèse documentaire. Rapport n°156. ORS Poitou-Charentes; 2014 mars p. 52.
2. ROBIN S, MOREAU F. Addictions. Synthèse documentaire. ORS Poitou-Charentes; 2014 mars p. 42. Report No.: 157.
3. KOVÉSS-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. Rapport n°24. Centre d'analyse stratégique; 2010 p. 272.
4. 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; 2010 sept p. 12 p.
5. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. ANAES, Fédération Française de psychiatrie; oct 19, 2000 p. 30.
6. Observatoire national du suicide. Suicide. Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche. Rapport n°1. 2014 nov p. 219.
7. 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 déc 2003;1 p.
8. OMS. La santé mentale: renforcer notre action. WHO. 2010.
9. OMS. Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial. 2014 p. 89.
10. BOUFFARD B, BOUNAUD V, DEBARRE J, GIRAUD J. Typologie cantonale de la santé mentale en Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes; 2010 avr p. 56 p. Report No.: 128.
11. Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes;
12. 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.
13. SOLERE P. Troubles psychiatriques : le mal-être français. Panor Médecin. 23 janv 2006;(5002):70.
14. Inserm. Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. Expertise collective Inserm. 2012.
15. OFDT. ODICER - Drogues en régions – Cartographies, évolutions statistiques. ODICER.
16. DEBARRE J, BOUNAUD V. BOS Le suicide en Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes; 2011 févr p. 8 p.
17. ORS Poitou-Charentes. La santé mentale in Diagnostic santé social à l'échelle des Pays et Communautés d'agglomération - Pays de Gâtine. Fiche 2.5. 2014 déc.
18. GIRAUD J, PUBERT M, GUICHETEAU P. Aide à la priorisation des problèmes de santé en Poitou-Charentes. Résultats des indicateurs d'Années de vie ajustées sur l'incapacité (AVAI) relatifs à la nutrition, la santé mentale et les addictions. ORS Poitou-Charentes; A paraître p. 62.
19. INVS. Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France. BEH. 13 déc 2011;(47-48):487-510.

20. 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; 2014 févr p. 36 p. Report No.: 154.
21. BERNUS D. Suicide : plaidoyer pour une prévention active. Journal officiel de la République française févr 12, 2013 p. 58 p.
22. DEBARRE J. Dépression et tentative de suicide. Baromètre santé Poitou-Charentes 2010. ORS Poitou-Charentes; 2012 juin p. 4 p.
23. ROBIN S, BOUNAUD V, DEBARRE J. La santé des apprentis en Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes; 2013 juin.
24. 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; 2007 mai p. 38 p. Report No.: 109.
25. VAIVA G, DUCROCQ F, JEHEL L, DUHEM S. Le recontact téléphonique des suicidants sortant des urgences. Prévention du suicide. John Libbey Eurotext; 2005. p. 216 p.
26. BLEMONT P, GENETY C. Psychiatrie et santé mentale. CNFPT. 2013.
27. OMS. Plan d'action pour la Santé mentale 2013-2020. 2013 p. 50.
28. Ministères de la Justice, du Travail, de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur, de la solidarité. Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. 2011 sept p. 96 p.
29. Marisol Touraine installe l'Observatoire national du suicide. ASH. 13 sept 2013;(2824):44.
30. Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. 2011 avr p. 216 p.
31. CYRULNICK B. Attachement et sociétés in« Quand un enfant se donne la mort ». Editions Odile Jacob; 2011.
32. BROSSARD C, SANTIN G, GUSEVA CANU I. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants - Premiers résultats. InVS; 2013 oct p. 26.
33. Direction de l'administration pénitentiaire. Le suicide en prison : mesure, dispositifs de prévention, évaluation. 2010 janv p. 136.
34. Comité National pour la Bienveillance et les Droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD). Prévention du suicide chez les personnes âgées. 2013 oct p. 74.
35. ARS Poitou-Charentes. Projet régional de santé de Poitou-Charentes. 2012 déc p. 326.
36. Schéma régional de prévention - Révision 2014. ARS Poitou-Charentes; 2014 p. 49.
37. ARS Poitou-Charentes. Plan régional d'actions autisme 2014/2017 en Poitou-Charentes. 2014 juill p. 90 p.
38. DEBARRE J, COLIN A, TEXIER N. BOS La santé au travail en Poitou-Charentes. 2013 mai p. 8.
39. COLDEFY M, LE NEINDRE C. Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique. IRDES; 2014 déc p. 140. Report No.: 558.

40. ARS Poitou-Charentes. Projet régional de santé-Etat des lieux-juillet 2014. 2014 p. 298.
41. European Commission. 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). 2013 juill p. 574.
42. 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):879-86.
43. 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 p. 13 p.
44. 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. Report No.: En cours.
45. Suicide, 10000 morts passés sous silence. Enquête de santé. France 5; 2013.

Santé mentale et suicide

Synthèse documentaire – Actualisation 2014

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., Santé mentale et suicide. Synthèse documentaire. Actualisation 2014. ORS Poitou-Charentes. Mai 2015. Rapport n° 166. 64 p.



203, route de Gençay ● 86280 St Benoit ● 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