



Santé mentale

“ J’ai toujours préféré la folie des passions à la sagesse de l’indifférence. ”

Anatole France¹

Qui n’aurait pas besoin de voir un psy ?

On peut se poser la question au moment d’aborder la galaxie de la santé mentale... Car où sont les frontières quand l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité ». Toujours selon l’OMS, « la santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles. »

Compte tenu de cette définition, il serait tout à fait concevable d’ajouter aux quatre « tribus » des professionnels reconnus que sont les psychiatres, les psychologues, les psychanalystes et les psychothérapeutes², la kyrielle de professions contribuant à la préservation et à l’entretien du bien-être. Mais de quelles professions se constituerait cet inventaire, puisqu’aux 4 groupes de professionnels cités il conviendrait d’ajouter les moniteurs sportifs, les travailleurs sociaux, les enseignants, les artistes, les cuisiniers, les écrivains, et pourquoi pas les gérants de campings et... quelques rats laveurs !?

Si la plaisanterie est tentante, ce n’est pas pour autant que la question n’est pas sérieuse. Où commence la pathologie, quand les médecins psychiatres eux-mêmes admettent qu’il y a un besoin de prise en charge dès lors qu’existe une demande de prise en charge ?

Or la demande est en augmentation : cela signifie-t-il qu’il y ait une augmentation des troubles ?

Ce n’est pas à la santé mentale de penser le bien-être des populations. Par contre, prendre en charge une personne en demande de soins ou protéger la société des malades à risques, voilà qui est concevable pour une société démocratique. Cette mission relève en France de la psychiatrie.

La psychiatrie entre impératif de sécurité et santé

« Entre sa mission de soins et l’impératif de sécurité qui s’impose à elle, la psychiatrie se débat de plus en plus dans les injonctions contradictoires ». Cet avis, exposé dans les colonnes du Monde daté du 21 novembre 2008, met en évidence de façon lapidaire mais néanmoins synthétique la remise en cause plus ou moins directe de la psychiatrie « ouverte ».

Force est de constater que l’aspect sécuritaire de la psychiatrie s’est fortement renforcé au cours des dernières années au risque de prendre le pas sur la dimension de santé mentale.

Dans l’inconscient collectif, la psychiatrie a vocation, semble-t-il, à protéger la population des « fous en liberté ». La perception de la psychiatrie par la population n’est donc pas pour part négligeable de cette double attente vis-à-vis d’une spécialité médicale mal connue, bien que reconnue. Les études mentionnent qu’un adulte sur trois sera concerné sur une vie entière par des troubles plus ou moins graves de santé mentale ; ne serait-ce pas là que se cache la « peur du fou » dans la population ?

Selon les psychiatres, la première souffrance des patients psychiatriques est l’exclusion. Cette situation est d’autant plus exacerbée que la psychiatrie est placée sur le devant de la scène par une instrumentalisation médiatique de faits divers statistiquement infimes, mais qui réalimente la méfiance que génèrent les troubles mentaux dans la société.

La psychiatrie est placée sur le devant de la scène par une instrumentalisation médiatique.

¹ - Écrivain français 1844-1924.

² - Cf. encadré : « Qui sont les « psy » ? »

Les troubles de santé mentale sont bien mal connus de la population qui en a une vision tronquée et souvent stéréotypée. Il est vrai que la psychiatrie communique peu et que, par conséquent, elle ne se fait pas connaître au-delà de cercles immédiatement concernés. Alors comment entendre, dans ces conditions, les professionnels de la psychiatrie qui défendent l'intégration des personnes atteintes de troubles mentaux dans la cité ?

L'hospitalisation toujours trop fréquente ?

Ceci n'est que le premier paradoxe de la psychiatrie : il s'agit de la première discipline médicale qui ait mis en place la sectorisation qui aurait dû, contre toute attente, aboutir à un renouveau de la politique de santé mentale en France.

Aujourd'hui, des voix s'élèvent pour faire évoluer cette sectorisation³, restée l'otage de la psychiatrie par hospitalisation. L'alternative à l'hospitalisation est la mise en place d'une prise en charge coordonnée en ambulatoire. Mais elle reste incomplète sur de nombreux territoires, d'où le recours encore trop fréquent à des hospitalisations à temps complet pour le patient.

Le pouvoir d'hospitalisation d'office est donné au préfet⁴. Le premier magistrat de proximité, le maire, peut pour sa part ordonner une mesure provisoire d'hospitalisation d'office ainsi qu'un arrêté municipal à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux. Ceci pose bien la question « sociale » autour du trouble mental.

En France, la psychiatrie est surtout l'affaire du secteur public.

En France, mais aussi dans les principaux pays européens, la psychiatrie est surtout l'affaire du secteur public. **La densité de psychiatres français est la plus importante au monde.** Ceci n'empêche pas la politique de *numerus clausus* de limiter le renouvellement des générations tandis que le partage de compétences entre professions reste encore très limité. Actuellement 11 500, les psychiatres seront 7 500 à l'horizon 2020 : la densité de ces spécialistes sera alors équivalente à celle de l'Allemagne aujourd'hui qui, elle, dispose d'autres métiers connus et reconnus du plus grand nombre, concourant à la prise en charge en santé mentale.

Définitions indispensables et évolutions inéluctables

Le dictionnaire critique de la psychiatrie et de la santé mentale définit la santé mentale comme : « une branche de la santé publique. C'est l'aptitude d'une personne à fonctionner psychologiquement de façon harmonieuse et agréable, et aussi à faire face à des situations difficiles ». La psychiatrie est une « spécialité médicale consacrée à l'étude, au diagnostic, et au traitement des maladies mentales. »

Depuis le début du siècle dernier, la psychiatrie est passée d'une politique d'hygiène mentale à des politiques de prévention puis à un concept de santé mentale incluant une part grandissante de l'épidémiologie psychiatrique.

Cette évolution peut se résumer en trois étapes :

La première, de 1900 à 1939, correspond à celle décrite par François Chapiro⁵, jalonnant l'évolution de la psychiatrie au XX^e siècle.

Durant ces années, on constate de longues périodes d'hospitalisation qui se traduisent par un taux croissant de patients « présents un jour donné » (pour 100 000 habitants la même année).

La psychiatrie est passée d'une politique d'hygiène mentale à des politiques de prévention puis à un concept de santé mentale.

La seconde période s'étend de 1939 à 1946. Jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale s'ouvre une période de forte mortalité des malades mentaux plutôt jeunes, même si la seconde guerre mondiale voit une forte baisse des admissions.

La fin de la guerre s'accompagne d'une prise de conscience des conditions de séjour des patients avec, pour conséquence, une nouvelle forme de pensée incarnée par l'ouverture de l'école de Bologne qui préfigure la psychiatrie moderne.

Enfin, sur toute la dernière partie du XX^e siècle, les pratiques se transforment considérablement. Les taux d'entrées et de sorties augmentent sensiblement, pendant que baisse la durée d'hospitalisation. On note également, dans le même temps, un recours différencié selon les diagnostics.

3 - L'adresse d'un patient le relie au secteur qui a le devoir de le prendre en charge selon les modalités du service public. Ce secteur est défini dans une zone géographique de plus de 70 000 habitants.

4 - Loi du 27 juin 1990.

5 - Chapiro F. L'évolution du recours à l'hospitalisation psychiatrique au XX^e siècle. La prise en charge de la santé mentale. Recueil d'études statistiques. Coordonné par Magali Coldefy, Paris : La documentation Française, 2007 ; 128-138.

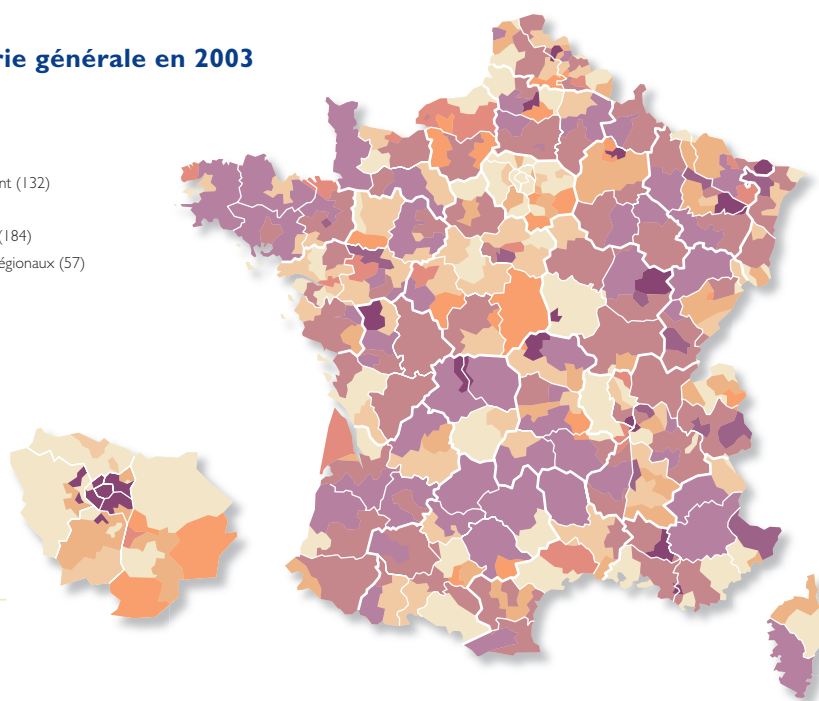
Tout au long du XX^e siècle cette évolution se poursuit : on observe un recours aux soins différencié, parallèlement à un raccourcissement du délai d'hospitalisation. L'évolution suit son cours par la transformation des lits de psychiatrie en lits d'hospitalisation temporaire. Dans le même temps, une réelle démarche de coordination des soins se développe : il s'agit de créer ou de soutenir – quand elle existe – la dynamique de santé mentale sur le territoire, ce à quoi doit aspirer le secteur de psychiatrie.

Organisation des soins : entre hospitalisations et réseaux

Le territoire français est découpé en secteurs géo-démographiques d'environ 70 000 habitants, à l'intérieur desquels une même équipe pluridisciplinaire assure les soins de prévention, de diagnostic, de traitement et de postcure, pour tous les malades concernés.

Typologie des secteurs de psychiatrie générale en 2003

- 6 Secteurs franciliens très bien dotés en personnel médical (93)
- 2 Secteurs urbains bien dotés en équipement varié (36)
- 1 Secteurs ruraux bien dotés en personnel non médical et équipement (132)
- 3 Secteurs moyennement dotés en personnel et équipement (CHS) (184)
- 4 Secteurs moyennement dotés rattachés à des centres hospitaliers régionaux (57)
- 7 Secteurs atypiques sans hospitalisation à temps plein (23)
- 8 Secteurs faiblement dotés en personnel et en alternatives (80)
- 5 Secteurs aux problèmes de démographie médicale importants (86)
- 9 Secteurs faiblement dotés avec forte orientation somatique (103)



Sources : Rapport d'activité des secteurs de psychiatrie, 2003, Dress.
Recensement général de population, 1999, Insee.
Enquêtes SAE 2003, ES 2001, EHPA, 2003, Dress.
Irdes.

Chaque secteur de psychiatrie générale ou de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent doit donc disposer des moyens humains (psychiatres, psychologues, infirmiers, assistantes sociales, ergothérapeutes, etc.) et des outils (lits d'hospitalisation, hôpital de jour, centre médico-psychologique, etc.) afin de pouvoir assurer les soins en hospitalisation ou en ambulatoire nécessaires. Le secteur de psychiatrie est une aire de concertation et de coordination des actions à conduire au plan local, avec l'ensemble des partenaires directement ou indirectement concernés par les questions de santé mentale. Les secteurs de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie correspondent à une aire desservie par plusieurs secteurs de psychiatrie générale et répondent aux besoins des enfants et des adolescents. La limite de 16 ans est généralement admise pour qu'une prise en charge adulte puisse être envisagée.

En France métropolitaine en 2006, un tiers des 794 secteurs de psychiatrie étaient bien dotés en équipements et en personnels. Ils se trouvaient en région Ile de France et dans quelques secteurs ruraux spécialisés depuis des décennies, comme en Picardie par exemple. À l'opposé, 37 % étaient notoirement peu dotés et même très peu dotés, en région Centre par exemple et aux deux extrémités est et ouest de la région Nord – Pas-de-Calais.

Le Nord – Pas-de-Calais compte 60 secteurs de psychiatrie générale rattachés pour près de la moitié aux centres hospitaliers spécialisés et pour une autre moitié aux centres hospitaliers.

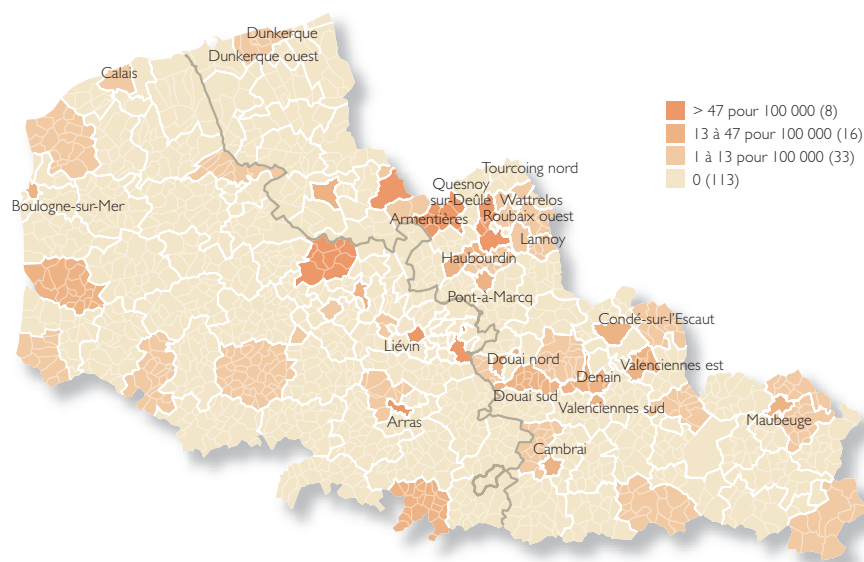
En 2006, 37 % des secteurs de psychiatrie français étaient notoirement peu dotés et même très peu dotés.

Le Nord – Pas-de-Calais est moins bien pourvu en psychiatres que le reste de la France.

En matière de démographie médicale, le Nord – Pas-de-Calais est moins bien pourvu en psychiatres que le reste de la France : la densité régionale est de 13 psychiatres pour 100 000 habitants, contre 22 en moyenne en France, et de 3,3 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants, contre 10,3 en France.

En 2007, le Nord – Pas-de-Calais comptait 541 psychiatres⁶, dont 134 libéraux et mixtes, avec une forte disparité régionale.

Densité de psychiatres (salariés et libéraux) par canton en 2007



Source : IRDES. L'offre de soins en psychiatrie dans la région Nord – Pas-de-Calais.

Une des spécificités de la région repose sur la forte implantation de la psychiatrie à l'hôpital général. Parmi les enjeux de la démographie médicale psychiatrique, le problème de répartition du temps entre l'activité en établissements publics et en ambulatoire tient une place importante.

Implantation de la psychiatrie dans les établissements de santé

	Région Nord – Pas-de-Calais	France métropolitaine et DOM
Établissements publics spécialisés	15%	15%
Établissements publics généraux	51%	33%
Établissements privés PSPH	15%	27%
Établissements privés	18%	24%
Total	100%	100%

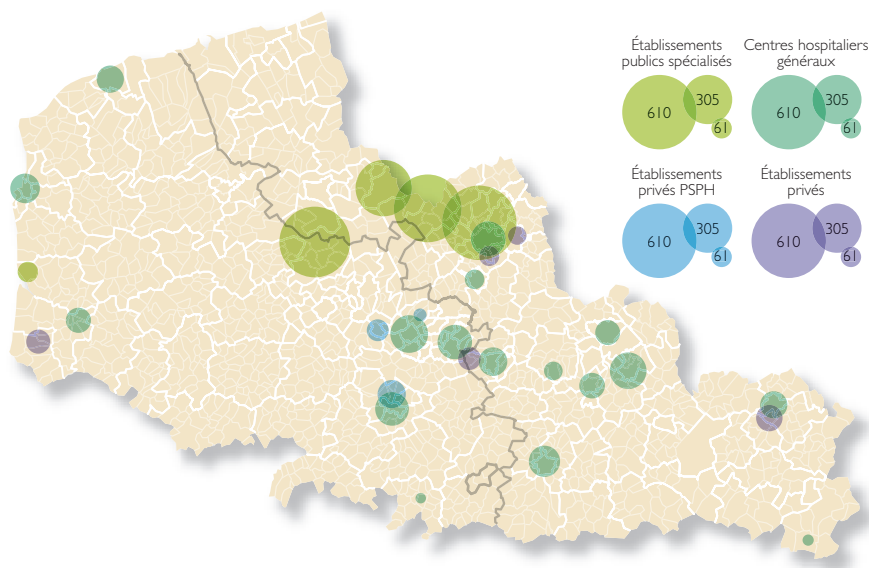
Source : IRDES. L'offre de soins en psychiatrie dans la région Nord – Pas-de-Calais.

Le Nord – Pas-de-Calais dénombre 33 établissements de santé ayant une activité de santé mentale, dont :

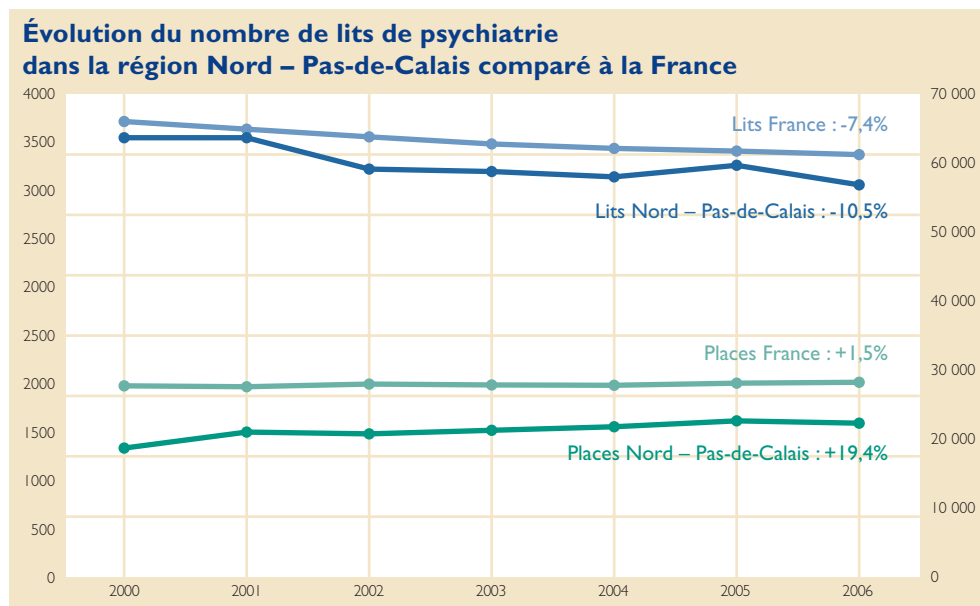
- 5 établissements publics spécialisés, soit une proportion de 15 % qui correspond à la moyenne nationale ;
- 17 établissements publics généraux, soit 51 %, ce qui traduit une forte implantation de la psychiatrie à l'hôpital général en regard de la moyenne nationale de 33 % ;
- 5 établissements privés PSPH (participant au service public hospitalier) et 6 établissements privés.

6 - ADELI.

Les capacités des établissements de santé du Nord – Pas-de-Calais



Source : Lits et places en psychiatrie (SAE 2006).



Source : IRDES. L'offre de soins en psychiatrie dans la région Nord – Pas-de-Calais.

Les réseaux : un dispositif organisé au plus près de la population

Unité de coordination et d'accueil située en dehors de l'hôpital au cœur de la vie sociale, le réseau organise des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile.

C'est aussi un lieu d'orientation pour les consultants, premier lieu de référence et d'implantation de l'équipe et premier interlocuteur de la population. C'est l'endroit où sont exprimées les demandes de soins émanant soit de la personne elle-même, soit de son entourage. C'est à partir de ce pivot que s'organisent toutes les actions ambulatoires en articulation avec le centre hospitalier spécialisé (établissement public de santé mentale : EPSM) et que s'élaborent les projets d'alternatives à l'hospitalisation et la réinsertion du patient.

Les lieux de soins doivent se situer au plus près de la population. Le tissu de soins psychiatriques vise par ailleurs à prévenir l'hospitalisation complète en privilégiant les structures ambulatoires.

Le patient doit pouvoir bénéficier d'une continuité de soins où l'hospitalisation n'est qu'une étape possible.

La dimension pluriprofessionnelle de l'équipe soignante prend tout son sens dans la mesure où le patient doit pouvoir bénéficier d'une continuité de soins où l'hospitalisation n'est qu'une étape possible. De plus, la réinsertion est développée par la pratique du réseau avec les partenaires sanitaires, sociaux, judiciaires, éducatifs.

Les maillons de ce réseau, dans la région Nord – Pas-de-Calais, sont 33 CMP (centre médico-psychologique), 4 CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel), 3 CCAA (centre de cure ambulatoire en alcoologie), 1 CCST (centre conventionné de soins aux toxicomanes), 9 AT (appartement thérapeutique) ainsi que des centres d'accueil d'urgence.

De plus, des structures plus atypiques se sont développées dans certains secteurs novateurs ; elles visent à davantage impliquer les services sociaux, les municipalités, les médecins généralistes qui sont souvent les premiers interlocuteurs des personnes en demande de soins afin de leur permettre de participer pleinement à la vie de la cité, leur intégration réussie concourant pleinement à la prise en charge thérapeutique.

L'hospitalisation est, dès lors, réservée à la prise en charge des pathologies en phase aiguë, les psychiatres, infirmiers psychiatriques et autres professionnels de santé mentale travaillant le plus souvent en ambulatoire au plus près de la vie quotidienne des patients.

Avec le développement des structures insérées au sein de la communauté, l'image du patient souffrant de troubles mentaux tend à se modifier. La richesse du tissu extrahospitalier permet d'améliorer l'accessibilité à l'offre de soins pour l'ensemble de la population.

L'image du patient souffrant de troubles mentaux tend à se modifier.

Le nombre de lits s'est réduit davantage dans la région qu'en France et le nombre de places en psychiatrie a augmenté (cf. graphique « Évolution du nombre de lits de psychiatrie dans la région Nord – Pas-de-Calais comparé à la France »), ce qui semble indiquer que les places « hors les murs » tendent à se développer dans la région.

Comment observer le trouble psychiatrique ?

Quels sont les moyens d'étude de la santé mentale à l'échelle d'une population ?

Il semble exister deux niveaux d'épidémiologie en psychiatrie.

On trouve, d'une part, « l'épidémiologie des symptômes » dont le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (DSM)⁷ est devenu l'ouvrage de référence depuis la parution de sa quatrième édition en 1984. Le DSM est, depuis, associé à une approche « behavioriste », c'est-à-dire plutôt statistique et descriptive de la psychiatrie, souvent mise en opposition avec l'approche psychanalytique. D'autre part, on s'appuie sur l'épidémiologie au sens plus classique du terme, à savoir l'étude de la distribution des pathologies psychiatriques. Quel que soit le type de pratique psychiatrique, le DSM a joué un rôle important en santé mentale en permettant une définition internationale des syndromes et des pathologies.

L'épidémiologie en psychiatrie est confrontée à de nombreuses difficultés.

L'épidémiologie en psychiatrie est confrontée à de nombreuses difficultés parmi lesquelles le choix d'indicateurs pertinents.

Depuis de nombreuses années, plusieurs projets ont tenté de mettre au point des indicateurs sur la santé mentale, notamment dans le cadre de divers projets de santé publique de la Communauté Européenne.

Un des objectifs de l'Union Européenne a été de fournir des données comparables en matière de santé. C'est le rôle du projet Echi (Establishment of Community Health Indicators) initié en 1998 et qui comportait en 2006 près de 400 indicateurs.

Ce projet subdivise les indicateurs en 4 catégories d'autant plus pertinentes que les variables sociales sont indispensables pour l'analyse et le suivi de l'état de la santé mentale :

- facteurs sociaux et démographiques ;
- statut de la santé : mortalité et morbidité ;
- déterminants de la santé : facteurs personnels et environnements culturel et social ;
- ressources et santé : prévention, promotion de la santé, ressources du système de soins et utilisation de ce système, services sociaux, dépenses et indicateurs de qualité des systèmes.

7 - Manuel de référence très utilisé internationalement particulièrement pour les recherches statistiques et dans une moindre mesure pour diagnostiquer les troubles psychiatriques. Il est toutefois à noter que sa valeur clinique est l'objet de critiques de plus en plus pressantes de la part des psychiatres et psychologues soucieux d'une psychopathologie raisonnée réalisée par l'Association Américaine de Psychiatrie.

Une liste de 40 indicateurs a été publiée et concernait plusieurs aspects de la santé mentale : le taux de mortalité lié au suicide, les lits d'hôpital en soins psychiatriques, le taux de mortalité lié à l'utilisation abusive d'alcool, le taux de mortalité lié à la pharmacodépendance et à la toxicomanie.

Moyenne des données disponibles pour les pays de l'Union Européenne (plus Norvège) de 1996 à 2000

Indicateur	Nombre de pays	1996-2000
Taux de décès par suicide pour 100 000 habitants par an	16	13,5
Taux de décès dus à la toxicomanie pour 100 000 habitants par an	15	2,44
Consommation d'alcool (litres d'alcool pur par habitant) par an	15	10,5
Nombre de lits psychiatriques pour 1 000 habitants	15	0,93
Nombre de psychiatres pour 100 000 habitants	7	12,1
Nombre de pédopsychiatres pour 100 000 habitants	4	2,08
Autres professionnels de santé mentale pour 100 000 habitants	8	159,8
Épisodes d'hospitalisation pour un problème de santé mentale pour 100 000 habitants par an	16	744
Épisodes d'hospitalisation pour un problème de santé mentale chez les mineurs pour 100 000 habitants par an	12	25,4
Nombre de patients ayant séjourné plus d'un an à l'hôpital pour un problème de santé mentale pour 100 000 habitants	8	30
Nombre de visites faites aux cliniques externes de psychiatrie pour 100 000 habitants par an	9	15 100
Vente d'antidépresseurs (dose moyenne journalière) pour 1 000 habitants par an	8	30,8
Vente d'antipsychotiques (dose moyenne journalière) pour 1 000 habitants par an	7	7,7
Vente d'hypnotiques (dose moyenne journalière) pour 1 000 habitants par an	7	25,9
Proportion des pensions d'invalidité dues à un problème de santé mentale parmi les personnes de 16 à 64 ans	10	25,1
Dépenses en euros par habitant pour les pensions d'invalidité dues à un problème de santé mentale par an	5	178
Dépense totale en euros par habitant pour les services de santé mentale par an	8	110

Sources : Revue « Actualité et dossier en santé publique (AdSP) » « Les indicateurs en santé mentale » auteur : Viviane Kovess-Masféty.

Pour être complet, il faut intégrer dans ces indicateurs les 6 critères référencés par le centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en matière de santé mentale :

Les 6 critères de bonnes pratiques CCOMS

	2002	2003
Pas de service d'hospitalisation fermé	27 %	29 %
Plus de 60 % des personnels en extrahospitalier	30 %	30 %
Permanence téléphonique constante (réponse d'un soignant du secteur : 30 %)	69 %	71 %
Service toujours en relation avec les médecins généralistes	22 %	21 %
Au moins une réunion par mois avec les associations d'usagers et les familles	10 %	5 %
Réponse à l'urgence	85 %	82 %

Source : Colloque FNAPSY 10 octobre 2007.

En 2003, seuls 23 secteurs français sur 850 (soit 2,7 %) remplissaient 5 critères de bonnes pratiques. De nombreux progrès sont sans doute en passe d'être réalisés.

Seuls 23 secteurs français sur 850 remplissaient 5 critères de bonnes pratiques.

Le Nord – Pas-de-Calais : une population plus exposée aux risques de santé mentale ?

En 2004, les dernières données de l'INSERM-CépiDc pour la région Nord – Pas-de-Calais enregistraient un taux standardisé de suicide de 20⁸ contre 16,3 pour la France métropolitaine. On observe que les hommes se suicident trois fois plus que les femmes, dans le Nord – Pas-de-Calais comme en France entière. Les décès par suicide sont plus élevés dans la moitié Nord de la France (Bretagne : plus de 50 % par rapport au taux moyen métropolitain, puis Limousin, Basse-Normandie, Picardie, Nord – Pas-de-Calais) et ont diminué de 1990 à 2004.

En 2005 dans le Nord – Pas-de-Calais, les troubles de l'humeur étaient la première cause d'arrêts de travail de longue durée et de mises en invalidité selon les données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Ces troubles induisent une consommation élevée de psychotropes : en 2005, on estime que 9,3 % de la population régionale a consommé au moins un antidépresseur, 17,7 % un tranquillisant et 10,7 % un hypnotique. Au total, 25 % de la population a consommé au moins un psychotrope.

L'enquête « Santé mentale en Nord – Pas-de-Calais : images et réalités »⁹ a apporté plusieurs éclairages : dans le Nord – Pas-de-Calais, plus d'un tiers (36 %) des personnes âgées de 18 ans et plus présenterait un trouble de santé mentale pour 31 % en France.

8 - Suicides. L'état de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Rapport 2007.

9 - « Santé mentale en Nord – Pas-de-Calais : images et réalités ». DRASS-DDASS Nord – Pas-de-Calais. Septembre 2008. Il s'agit d'une enquête multicentrique internationale menée par l'Association Septentrionale d'Épidémiologie Psychiatrique (ASEP) et le centre collaborateur de l'OMS (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale, en collaboration avec les Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) d'Armentières, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la santé français.

Les troubles les plus fréquemment repérés chez les personnes enquêtées sont l'anxiété généralisée (15 %), le risque suicidaire (15 %, ce qui est plus élevé que la moyenne française), l'insomnie (14 %), la phobie sociale (4 %), des troubles de panique (5 %), l'agoraphobie (3 %), la dépendance à l'alcool (5 %), à la drogue (3 %), le syndrome d'allure psychotique (2 %).

Prévalence des différents troubles mentaux repérés (Nord – Pas-de-Calais / France, en %)

Troubles repérés par le Mini	Nord Pas-de-Calais	France métropolitaine
Au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie)	35,9	31,9
Troubles de l'humeur⁽¹⁾	16,1	13,6
Épisode dépressif (2 semaines)	13,1	11,0
dont trouble dépressif récurrent (vie entière)	6,3	5,6
Dysthymie (2 dernières années)	2,9	2,4
Épisode maniaque (vie entière)	1,7	1,6
Troubles anxieux⁽²⁾	24,7	21,
Anxiété généralisée (6 derniers mois)	15,1	12,8
Phobie sociale (actuelle)	4,2	4,2
Trouble panique (actuel)	5,0	4,1
Agoraphobie (actuelle)	2,5	2,1
dont agoraphobie avec trouble panique (actuelle)	0,7	0,5
État de stress post-traumatique (actuel)	0,8	0,7
Problème d'alcool	5,3	4,3
Problème de drogue	2,8	2,5
Syndrome d'allure psychotique (vie entière)	2,3	2,7
dont :		
syndrome psychotique isolé actuel	0,1	0,2
syndrome psychotique isolé passé	0,5	0,5
syndrome psychotique récurrent actuel	1,0	1,1
syndrome psychotique récurrent passé	2,2	1,7
Risque suicidaire	15,1	13,6
Léger ⁽³⁾	10,5	9,8
Moyen	2,4	2,2
Élevé	2,2	1,7
Insomnie actuelle	14,0	*

* Information non disponible.

(1) Le diagnostic d'épisode dépressif récurrent exclut d'emblée celui de dysthymie.

(2) L'exploration des symptômes d'anxiété généralisée n'a lieu qu'en l'absence de tout autre trouble anxieux.

(3) Avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie suffit à la cotation d'un risque suicidaire léger.

Note : les prévalences correspondent à la part de la population concernée par chacun des troubles. Ainsi, 35,9 % des personnes de 18 ans et plus ont au moins un trouble de santé mentale dans le Nord – Pas-de-Calais.

Champ : personnes âgées de 18 ans et plus.

Source : Enquête SMPG - Dress, Drass Nord – Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord – Pas-de-Calais.

Des facteurs de risque et des facteurs protecteurs

Les femmes ont un risque 1,3 fois plus élevé que les hommes de développer des troubles de santé mentale.

Le sexe n'est pas le seul facteur de risque. Chez les non-actifs et les chômeurs, le risque est 1,4 fois plus élevé. Chez les actifs, les catégories les plus exposées sont les ouvriers, les artisans-commerçants et les chefs d'entreprises. Le lien est plus significatif entre le fait d'être un homme et l'emploi occupé. Chez les jeunes, le facteur de risque est la drogue. Hormis cela, les jeunes de moins de 30 ans ne sont pas significativement plus exposés que leurs aînés de 40-49 ans. Le niveau de revenus des ménages est également un facteur exposant aux troubles de santé mentale : les personnes vivant dans un ménage percevant moins de 840 euros par mois ont 1,4 fois plus de risque que celles vivant au sein de ménages percevant de 1 300 à 2 500 euros/mois.

Les catégories les plus exposées sont les ouvriers, les artisans-commerçants et les chefs d'entreprises.

À l'inverse il existe des facteurs qui « protègent » : l'âge (< 30 ans), la vie en couple, ainsi que l'exercice d'une profession intellectuelle supérieure ou d'une profession intermédiaire, sont des conditions qui limitent le risque de présenter des troubles mentaux.

Les atouts de la région Nord – Pas-de-Calais

La seconde version du Programme Régional de Santé Publique (PRSP) 2007-2009 prend en compte 6 nouveaux volets, dont la santé mentale.

Ce n'est pas anecdotique, car la santé mentale fait encore trop souvent l'objet d'une approche imprécise et de pratiques mal adaptées. D'autant plus que peu de données épidémiologiques sont disponibles en France et qu'un déficit de spécialistes en psychiatrie persiste dans la région.

La santé mentale fait encore trop souvent l'objet d'une approche imprécise et de pratiques mal adaptées.

Le groupe de programmation a retenu dans son volet « santé mentale » du PRSP que « posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de la vie : physique, psychologique, spirituel, social et économique. Ce n'est pas quelque chose de statique, c'est plutôt quelque chose qui fluctue ». Cette définition « dynamique » implique donc une large gamme de troubles hétérogènes allant du plus bénin au plus grave mais également du champ psychiatrique à celui plus général des déterminants socio-économiques.

Depuis moins d'un an, une fédération régionale de recherche en santé mentale a vu le jour. Il s'agit d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP) qui rassemble 29 établissements de santé publics ou privés de la région exerçant une activité de psychiatrie ou de santé mentale.

Elle s'est fixé des objectifs multiples tels que déterminer un « bouquet » d'indicateurs pertinents parmi les variables régionales disponibles et également constituer des indicateurs nouveaux. Le but sera ensuite de « repérer, piloter, analyser » et diffuser ces données. Elle souhaite aussi favoriser les liens entre les professionnels et offrir aux professionnels une aide méthodologique aux projets de recherche (cf. fiche « recherche et santé »), ainsi qu'à la valorisation de leurs travaux.

Psychiatrie carcérale et hospitalisation sans consentement

Les années SIDA ont bouleversé les pratiques en milieu carcéral. L'exemple de la prison de la santé est historique : débordée par un nombre recrudescant de cas, la prison a dû faire appel à l'hôpital Cochin pour pouvoir assurer le traitement des détenus atteints.

C'est à partir de cette époque, en 1986 précisément, que la médecine carcérale devient de la responsabilité du Ministère de la santé et non plus de celle de l'établissement pénitencier.

Les troubles psychiatriques concernent un nombre de plus en plus élevé de détenus.

Les troubles psychiatriques concernent un nombre de plus en plus élevé de détenus. Le débat autour de la responsabilité pénale des détenus au moment des faits qui leur sont reprochés est encore largement d'actualité. La notion « d'altération » n'est présente que dans les démocraties occidentales depuis le siècle des lumières : les experts psychiatriques auprès des tribunaux considèrent une proportion de plus en plus importante d'accusés comme des responsables pénaux, même s'ils sont atteints de maladies psychiatriques. De nombreux psychiatres insistent sur les soins psychiatriques à donner aux détenus, que ce besoin soit antérieur ou non à l'incarcération. Il ne faut pas non plus passer sous silence le besoin en soins psychiatriques en conséquence de l'enfermement. En effet, la souffrance psychique peut être grande surtout chez les primo-détenus : on parle de « sidération psychique ».

Le décret n°86-602 du 14 mars 1986 crée 3 types de secteur psychiatrique : général, infanto-juvénile et milieu pénitencier. La loi du 18 janvier 1994 légifère sur la prise en charge médicale des personnes détenues : elles relèvent du régime hospitalier de droit commun.

Dans chaque secteur du milieu pénitencier existe un service médico-psychologique régional (SMPR) à l'intérieur de la prison et également un service extérieur destiné au suivi post-carcéral.

En 2006 dans le Nord – Pas-de-Calais, le SMPR a accueilli 3 230 détenus au lendemain de leur écrou¹⁰. Au 1^{er} janvier 2006, la région comptait 4 891 personnes écrouées (dont 4,4 % de femmes et 0,8 % de mineurs)¹¹. On dénombrait également une cinquantaine d'hospitalisations d'office.

10 - Archer E. Rapport d'activité 2006. Service médico-psychologique régional. Secteur de psychiatrie en milieu pénitencier 59P09. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille.

11 - Cahier des charges : formations-actions d'éducation pour la santé en milieu pénitencier. Commande spécifique GRSP.

Hospitalisation sans consentement (HSC) : souvent des hommes jeunes vivant seuls.

Dans le milieu carcéral, la part des hommes en hospitalisation sans consentement est plus importante qu'en hospitalisation libre (65,5 % contre 56,3 %) : ceci se comprend notamment par la forte proportion d'hommes dans les hospitalisations d'office (HO), 81,8 %.

L'ensemble des hospitalisations sans consentement montre des patients plus jeunes qu'en hospitalisation libre (42 ans pour 48 ans).

Conclusion

Si la conférence européenne « Ensemble pour la santé mentale et le bien-être » du 13 juin 2008 a souhaité une « coopération entre des secteurs d'activité qui trop souvent s'ignorent », la question de l'observation et de la définition des indicateurs de cette coopération reste entière.

Les indicateurs de santé mentale ne peuvent se réduire à un nombre de lits et à des effectifs de psychiatres. La mise en œuvre d'une politique de santé mentale appelée de ses vœux dans le rapport Couty ne peut exister et perdurer dans le temps que si elle s'inscrit dans la globalité d'une politique de santé publique, en s'appuyant sur des indicateurs nouveaux et transversaux.

Le niveau de proximité reste essentiel pour une prise en charge coordonnée au sein du secteur : pour cette raison aussi, les indicateurs se doivent de reprendre cet échelon.

Les professionnels de santé constatent une réelle co-morbidité entre santé physique et santé mentale. Mais de nombreuses études ont montré que les troubles mentaux étaient corrélés aux facteurs sociaux et que les indices socio-économiques des régions étaient associés à des prévalences des troubles mentaux qui entraînaient un type de recours aux soins différent.

la psychiatrie ne peut être considérée séparément des déterminants sociaux

Fait désormais reconnu, la psychiatrie ne peut être considérée séparément des déterminants sociaux ni de la place que la société laisse aux personnes atteintes de troubles psychiatriques. Les psychiatres insistent sur le droit à la citoyenneté de leurs patients dont on constate que le premier pas vers la guérison est l'intégration dans la société.

La santé mentale est donc un objet d'observation complexe et en mouvement dont il faut extraire à la fois des indicateurs codifiés de santé publique (données épidémiologiques) et des données de déterminants sociaux.

Les critères définis par l'OMS mettent en exergue l'organisation des soins ambulatoires, l'équilibre entre soins hospitaliers et travail en réseau pour l'accompagnement de la personne et les liens établis ou non avec les associations de patients et leurs familles.

Si l'on ajoute à ces critères le rôle donné au maire dans les hospitalisations d'office en cas de danger imminent, il est certain que l'échelon local est le plus pertinent pour une observation préfigurant une nouvelle organisation.

Pour sortir de l'omerta psychiatrique, l'évaluation des besoins débouchant sur une planification doit prendre en compte les items psychiatriques mais aussi sociaux (pauvreté, exclusion, etc.). La planification peut être définie comme une méthode qui dégage des points de convergence au regard des problèmes et des besoins identifiés et définissant les objectifs à atteindre. Cette planification ne peut faire l'économie d'une mise en évidence des pratiques en vigueur face aux recommandations de référence mais doit aussi mettre en évidence l'ensemble des acteurs existants pouvant prendre part à cette planification.

Psychothérapies : un outil de la santé mentale ?

La première utilisation du mot « psychothérapie » date de 1872. L'aliéniste Daniel Hack Tuke met alors à jour une histoire médicale du XVIII^e siècle, qui préconisait *la prise en charge de l'aliénation mentale sous la forme du traitement moral et du constat des effets de l'esprit sur le corps*. Ce « traitement moral » désigne à l'époque une prise en charge par les vertus de la parole plutôt que par la contention. Pratiquée jusque dans les années 1900 par les médecins auprès d'« aliénés », la psychothérapie se développe et devient, comme la psychanalyse dont elle est proche, un traitement adapté aux « nerveux ». Entre 1950 et 1970, les pratiques de type psychanalytique bénéficient d'une forte reconnaissance par les psychiatres. Puis cette reconnaissance décroît : c'est la fin du monopole médical sur la psychothérapie et la psychanalyse, l'émergence de nouveaux courants (thérapies systémiques, cognitivo-comportementales) et l'apparition de la notion de développement personnel, qui se situe en dehors du champ de la santé mentale du fait qu'elle part du principe qu'il n'est pas nécessaire d'être malade pour entreprendre une psychothérapie.

Qui sont les « psys » ?

Derrière ce terme générique et de plus en plus « médiatique », on trouve 4 groupes de professionnels :

1. **Les psychiatres** sont des médecins spécialistes, formés au diagnostic et au traitement des troubles mentaux. Ils peuvent prescrire, leurs soins sont remboursés. 13 000 psychiatres exercent en France, dont la moitié en secteur libéral.
2. **Les psychologues** : ils sont 38 000 en France, formés à l'université, de niveau bac+5 (sauf les psychologues scolaires qui doivent être titulaires d'une licence de psychologie pour être formés dans un IUFM au diplôme d'État de psychologue scolaire (DEPS). 18 000 sont cliniciens, dont une partie formée à la psychothérapie.
3. **Les psychanalystes** : ils sont 5 000 en France, qui ne sont pas obligatoirement médecins ou psychologues. Pour être psychanalyste, il faut d'abord avoir fait soi-même une analyse et suivre une formation dans un institut de psychanalyse de son choix.
4. **Les psychothérapeutes** : malgré une loi de 2004 dont les décrets n'ont jamais été publiés, le statut de psychothérapeute n'est aujourd'hui pas réglementé, comme celui des psychanalystes : quiconque le souhaite peut exercer cette activité. La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » votée au Sénat en juin 2009 prévoit de réserver exclusivement le titre de psychothérapeute aux psychiatres et psychologues formés en psychopathologie. Il existe de nombreuses écoles de psychothérapie en France, toutes privées : les plus sérieuses d'entre elles recrutent les futurs professionnels à au moins bac+3 et leur délivrent un diplôme européen (certificat européen de psychothérapie) à l'issue d'au moins 400 heures de formation et de 5 mois de pratique supervisée. Ce certificat européen n'est pas aujourd'hui reconnu en France. Sept pays ont légiféré sur cette question : Allemagne, Autriche, Finlande, Italie, Hongrie, Pays-Bas et Suède.

3 idées clés :

- *Les limites de ce qui relève de la santé mentale sont très difficiles à poser.*
- *La psychiatrie doit concilier deux attentes : une demande de prise en charge exprimée par les malades et une exigence sécuritaire.*
- *La population du Nord – Pas-de-Calais est plus exposée aux troubles de santé mentale. Les professionnels y sont peu nombreux.*

La bibliographie

- Santé mentale en Nord – Pas-de-Calais : images et réalités. DRASS-DDASS Nord – Pas-de-Calais, 2008 ; 40 p.
- Le Fur P, Lorand S, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Évolution entre 1993 et 2003 des caractéristiques des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de la psychiatrie générale. In : Coldefy M, coor. La prise en charge de la santé mentale. Paris : La documentation française, 2007 ; 173-81.
- Coldefy M, Le Fur P, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. Questions d'économie de la santé 2009 ; 145 : 8 p.
- Le Fur P, Lorand S, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. La morbidité des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale. In : Coldefy M, coor. La prise en charge de la santé mentale. Paris : La documentation française, 2007 ; 146-56.
- Leguay D. Dynamique et organisation du soin en hospitalisation à temps plein : faudra-t-il réinstaller des lits ? L'information Psychiatrique 2004 ; 80-3 : 197-202.
- Sapinho D, Chan-Chee C, Briffault X, Guignard R, Beck F. Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale : apports et limites des outils. BEH 2008 ; 35-36 : 314-7.
- Chapireau F. L'évolution du recours à l'hospitalisation psychiatrique au XX^e siècle. In : Coldefy M, coor. La prise en charge de la santé mentale. Paris : La documentation française, 2007 ; 128-38.
- Prieur C. La psychiatrie française va de plus en plus mal. Le monde 21 novembre 2008.
- Lepoutre R, de Kervasdoué J. La santé mentale des Français. Paris : Odile Jacob, 2002 ; 412 p.
- Basaglia F. Psychiatrie et démocratie. Paris : Erès-La maison jaune, 2007 ; 224 p.
- Couty E. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports. Ministre de la santé et des sports, 2009 ; 84 p.
- Le rapport Couty. Pluriels 2009 ; 78 : 8 p.
- Kovess-Mastéfy V. Les indicateurs de santé mentale. Adsp 2003 ; 42 : 53-57.
- Les psychothérapies : guide et bilan critique. Les grands dossiers de Sciences Humaines 2009 ; 15 : 6-77.
- La psychiatrie française va mal. Le Monde 21 novembre 2008.

Le lexique

ASEP : Association Septentrionale d'Épidémiologie Psychiatrique
AT : Appartement Thérapeutique
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CCST : Centre Conventionné de Soins aux Toxicomanes
CCOMS : Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale
CEP : Certificat Européen de Psychothérapie
CH : Centre Hospitalier
CHR : Centre Hospitalier Régional
CMP : Centre Médico-Psychologique
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
ECHI : Establishment of Community Health Indicators
EPSM : Établissement Public de Santé Mentale
FRRSM : Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale
HSC : Hospitalisation Sans Consentement
HO : Hospitalisation d'Office
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IUFM : Institut Universitaire de Formation des Maîtres
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PRS : Programmes Régionaux de Santé
PRSP : Plan Régional de Santé publique