

avec la participation
des partenaires de
Santé Publique
de la Drôme et de l'Ardèche

Indicateurs
de santé mentale
dans les départements de la
Drôme
et de **l'Ardèche**

Décembre 2009

Ce dossier sur la santé mentale dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche a été réalisé par l'**Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes**, à la demande et avec le soutien :

du **Comité d'Hygiène Sociale de la Drôme**



du **Conseil Général de l'Ardèche**

du **Conseil Général de la Drôme**

(Direction Départementale du Développement Social et de la Santé)



de la **Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Drôme**

du **Groupement régional de santé publique Rhône-Alpes**
et des **Directions Départementales des Affaires Sanitaires**
et **Sociales (DDASS) de la Drôme et de l'Ardèche**



Mutualité Française Drôme et Ardèche

Réalisation de l'étude

Marguerite PREVOT
Olivier GUYE
Pauline BOLAMPERTI
Marlène BERNARD
Isabelle FONTANIER
Abdoul SONKO

Recherche bibliographique et collecte de données

Martine DRENEAU

Mise en page

Valérie GONON

Ce travail a également bénéficié de la relecture des membres du comité de suivi :

Ghislaine Arnaud et Nadine Villechenoux (CPAM de la Drôme), Martine Chalayer et Héléne Debiève (Conseil général de la Drôme), Mireille Benoit-Gauthier et Sylvaine Boige-Faure (Ville de Valence), Sarita Dabbo (ANPAA 26), Anne Boisset, Luc Gabrielle et Laurent Lizé (Education santé Drôme), Roger Léron et Véronique Raffin (CHS), Régine Mazoyer (Mutualité Française Drôme), Philippe Mehaye (CISSRA), Joelle Puzin (DDASS de la Drôme), Yvana Salsetti (ODIAS - Réseau Raphael), Anne-Catherine Schoeffler (Conseil général de l'Ardèche).

Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes

ERSP - 9 quai Jean Moulin - 69001 LYON

Tél : 04.72.07.46.20 - Fax : 04.72.07.46.21

E-mail : courrier@ors-rhone-alpes.org—Site web : www.ors-rhone-alpes.org

Carte des cantons ardéchois et drômois



Sommaire

Synthèse	1
Contexte, objectifs et contenu de l'étude	7
Première partie : l'état de santé mentale	10
1- Décès par troubles mentaux et du comportement et suicide	10
1.1- Mortalité par pathologies mentales	10
1.2- Mortalité par suicide	14
2- Hospitalisation pour troubles mentaux et du comportement et tentatives de suicide	19
2.1- Hospitalisations pour troubles mentaux et du comportement	19
2.2- Hospitalisations pour tentatives de suicide	21
3- Les admissions en affections de longue durée pour troubles mentaux	24
4- Invalidité et arrêts de travail de longue durée	29
5- Caractéristiques des personnes accueillies dans les établissements pour adultes et enfants handicapés	30
Deuxième partie : Offre de soins en santé mentale	32
1- Les établissements spécialisés en psychiatrie : places disponibles et taux d'équipement	34
1.1- La psychiatrie infanto-juvénile	34
1.2- La psychiatrie générale	36
2- Effectifs de personnel	39
2.1- Personnel médical libéral	39
2.2- Psychiatres salariés	39
2.3- Personnel non médical salarié	40
3- Les établissements pour personnes handicapées	41
3.1- Etablissements et services pour adultes handicapés	41
3.2- Etablissements et services pour enfants et adolescents handicapés	43
4- Les structures alternatives et autres ressources	44
Troisième partie : consommation et recours aux soins en santé mentale	46
1- Activité des services médicaux psychiatriques	46
1.1- File active de personnes suivies	46
1.2- Hospitalisation en établissements spécialisés en psychiatrie	47
1.3- Hospitalisations sous contraintes	51
1.4- Actes ambulatoires en services spécialisés en psychiatrie	52
2- Consommation et recours de soins libéraux	56
3- Prévalence de patients traités par médicaments psychotropes	59
3.1- Patients sous traitements psychotropes	59
3.2- Patients sous traitements antidépresseurs	61
3.3- Patients sous traitements neuroleptiques	62

Synthèse

La santé mentale dans ce dossier

Dans son acception large allant du mal-être et du besoin d'écoute à la pathologie psychiatrique la santé mentale est extrêmement vaste, concerne une grande part de la population et représente une préoccupation majeure de nombreux acteurs de santé publique. Les enjeux sont multiples et concernent le repérage et le diagnostic précoce, l'offre d'écoute, les actions de prévention ou de développement des compétences psychosociales, l'accompagnement et la prise en charge, le développement d'une offre d'accueil diverse et adaptée, la réhabilitation sociale et l'insertion des malades mentaux dans la cité, la participation des familles des malades mentaux aux projets individualisés, ou encore le développement de partenariats entre les acteurs concernés permettant de proposer un véritable continuum d'offre...

Face à ces enjeux, ce dossier a l'ambition de rassembler les indicateurs disponibles sur cette thématique à l'échelle des deux départements de la Drôme et de l'Ardèche. Il se limite à une approche quantitative d'indicateurs fiables, comparables et accessibles mais bénéficie du développement récent de certains systèmes d'information sanitaire qui permet d'intégrer de nouvelles informations (activité des établissements spécialisés, analyse locale du recours aux consultations de psychiatrie,...).

Parmi les dimensions issues de la définition de l'OMS, « Etat de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté », celles explorées dans ce travail ont été en partie définies par les indicateurs disponibles. Il s'agit de l'état de santé mentale et l'impact des troubles psychiatriques et mentaux diagnostiqués, l'offre de soins spécialisée existante, et enfin le recours et la consommation de soins psychiatriques. La question des addictions n'a pas été incluse en raison de sa spécificité en termes d'impact sur la santé mentale, et en termes de circuit de soin.

Le poids des troubles mentaux en Drôme et en Ardèche quelques chiffres

Plus de 3 500 patients hospitalisés en service de courts séjours hospitaliers et près de 1 500 hospitalisations pour tentatives de suicide – Plus de 140 suicides par an - Près de 10% des admissions en affections de longue durée – Plus de 12 000 ardéchois et près de 9 500 drômois suivis par les services spécialisés en psychiatrie.– Environ 500 hospitalisations annuelles sous contraintes en établissements psychiatriques dans chaque département (un peu moins en Ardèche, un peu plus en Drôme) - 30% des mises en invalidité en Drôme et en Ardèche (1^{er} motif chez les femmes, deuxième chez les hommes) – Plus du quart des arrêts de travail de longue durée, supérieurs à 6 mois, (premier motif chez les femmes, deuxième chez les hommes) – Plus de 10% de la population prend régulièrement un traitement psychotrope. - La déficience psychique constitue la déficience principale de plus de la moitié des adultes handicapés présents en foyers d'accueil médicalisé ou encore de la totalité des enfants suivis en ITEP et de 30% des enfants suivis en SESSAD, ou en Institut médico-éducatifs ou médico-pédagogiques

Une mortalité par suicide en baisse mais qui reste supérieure à la mortalité régionale surtout chez les hommes

En dehors de la question du suicide la mortalité ne constitue pas un bon indicateur de l'état de santé mentale d'une population. Si chaque année (sur la période 2000-2006), 140 drômois et 101 ardéchois décèdent de pathologies qualifiées de troubles mentaux (soit un peu plus de 3% du total des décès), la majeure partie de ces décès (68%) est due à des troubles organiques dont des démences dégénératives (maladie d'Alzheimer) ou vasculaires.

Le suicide est, lui sur la même période, à l'origine de 83 décès annuels de personnes domiciliées dans la Drôme et de 58 en Ardèche, dont 3 sur 4 quatre sont des hommes.

Les taux comparatifs de mortalité correspondants font apparaître une situation défavorable des deux départements par rapport à la région, essentiellement chez les hommes, avec des taux de 30,2 (pour 100 000 habitants) en Ardèche et de 28,4 en Drôme contre 23,7 en Rhône-Alpes (28,7 au niveau national). Chez les femmes les taux sont de 8,8 (pour 100 000 habitantes) en Ardèche et 9,6 en Drôme contre 8,0 sur la région (9,0 en France). L'observation de l'évolution de la mortalité par suicide depuis 1989, permet de formuler plusieurs constats :

- une tendance à la baisse de cette mortalité sur tous les territoires, avec à titre illustratif, à l'échelle de la région Rhône-Alpes, une baisse d'un quart (25%) de la mortalité masculine et d'un tiers (33%) de la mortalité féminine ;
- la situation défavorable de l'Ardèche et de la Drôme sur l'ensemble de la période pour la mortalité masculine par suicide par rapport à la région ;
- la situation défavorable de la Drôme pour la mortalité féminine alors que la position de l'Ardèche est plus fluctuante.

Selon l'âge, on rappelle que si le suicide représente un cinquième des décès chez les jeunes adultes de 25 à 34 ans (25% chez les hommes et 15% chez les femmes) le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge. Après un premier pic de mortalité vers 50 ans (un peu moins chez les hommes, un peu plus chez les femmes), c'est aux âges les plus avancés que le taux de suicide est le plus élevé, tout particulièrement chez les hommes.

Globalement la pendaison apparaît en Drôme-Ardèche comme le premier mode de suicide (premier chez les hommes, deuxième chez les femmes) devant les suicides par arme à feu (essentiellement masculins), puis les suicides par prise médicamenteuse et par défenestration.

Des taux d'hospitalisation pour suicide plus élevés en Drôme et en Ardèche que sur la région

Sur les deux années 2006-2007, en moyenne 519 séjours hospitaliers par an ont été identifiés comme faisant suite à une tentative de suicide pour des résidents de l'Ardèche et 935 de la Drôme. Cela correspond à des taux comparatifs d'hospitalisation significativement plus élevés, notamment en Drôme, que ceux de la référence régionale (respectivement 23, 27 et 17 pour 100 000 femmes et 12, 14 et 8 pour 100 000 les hommes). Les différences observées peuvent être liées à une fréquence effectivement plus élevée de tentatives de suicide mais peuvent aussi refléter des différences de recours aux soins, de pratique médicale ou de modalité de prise en charge avec une prise en charge hospitalière plus systématique, comme cela est recommandé.

L'analyse du taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide à l'échelle des cantons de domicile des personnes met en évidence des taux plus élevés sur les cantons correspondants aux villes les plus importantes et des taux plus élevés sur la moitié nord de la Drôme et sur le tiers sud de l'Ardèche.

Alors que la mortalité par suicide est trois fois supérieure chez les hommes, les taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide sont deux fois plus élevés chez les femmes. L'intoxication médicamenteuse volontaire est le mode le plus largement employé.

Usage de substances psycho-actives chez les hommes, troubles de l'humeur et névroses chez les femmes sont les principaux motifs d'hospitalisation de courts séjour pour troubles mentaux

En moyenne annuelle sur la période 2006-2007, 1 887 patients résidant dans la Drôme ont été hospitalisés en services de court séjour d'établissements hospitaliers généraux pour troubles mentaux et du comportement et 1 655 patients résidant en Ardèche. Ceci correspond à des taux comparatifs d'hospitalisation plus élevés que les références régionales en Ardèche et plus faibles en Drôme.

Parmi les séjours des hommes hospitalisés pour troubles mentaux, près de la moitié (43% en Drôme et 50% en Ardèche) ont pour diagnostic principal des troubles liés à l'usage de substances psycho-actives (39% sur l'ensemble de la région). C'est la première cause masculine d'hospitalisation pour troubles mentaux devant les troubles de l'humeur qui représentent le motif d'environ 15% des séjours sur les deux départements. Les deux premiers diagnostics rencontrés parmi les séjours des femmes hospitalisées pour troubles mentaux sont les troubles de l'humeur et les névroses, qui représentent 50% des hospitalisations.

Des taux d'admissions en affection de longue durée supérieurs en Ardèche avec une part plus importante de troubles liés à l'usage de substances psychoactives

Sur la période 2005-2006, ce sont 770 personnes résidant en Drôme et 574 en Ardèche qui ont été admises chaque année en affection de longue durée pour affections psychiatriques soit 9% du total annuel des admissions tous motifs. Les taux comparatifs correspondant mettent en évidence un taux supérieur en Ardèche notamment chez les hommes par rapport à ce qui est observé parmi les populations régionale et nationale.

Ces taux d'admissions apparaissent par ailleurs plus élevés autour de Privas et globalement dans la moitié sud du département en Ardèche, ainsi qu'à Valence, dans la vallée de la Drôme et à la pointe sud-est du département pour ce qui concerne la Drôme.

Au sein des admissions en ALD pour troubles mentaux, le motif le plus fréquent est représenté par les troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires) qui constitue environ la moitié des admissions chez les femmes (46% en Ardèche, 52% en Drôme et 44% au niveau régional) et au moins le quart chez les hommes (25% en Ardèche et en région, 30% en Drôme). Les troubles de la personnalité représentent le deuxième motif d'admissions avec un sixième à un cinquième des admissions. Les psychoses arrivent au troisième rang dans la Drôme et sur la région (15 et 17% du total) alors qu'en Ardèche, ce sont les troubles liés à l'usage de substances psychoactives qui apparaissent au 3^{ème} rang avec une part qui est deux fois supérieure à ce qui est observé en Drôme et en Rhône-Alpes (respectivement 22% contre 10 et 11% chez les hommes, 7% contre 2 et 3% chez les femmes). Enfin on peut souligner que le retard mental et les troubles du développement, dont l'autisme, représentent un peu moins de 10% des admissions et concerne essentiellement les enfants (diagnostic de la pathologie au cours des premières années de vie) avec une part plus importante chez les garçons.

Un faible taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile

Il n'existe pour les deux départements qu'un seul lieu d'hospitalisation à temps complet pour les enfants et les adolescents jusqu'à 16 ans, situé à St-Vallier. Cette offre correspond, au 1^{er} janvier 2009, à un taux d'équipement très inférieur à ce qui existe au niveau régional et national (0,04 lits pour 1 000 habitants de moins de 20 ans contre respectivement 0,11 et 0,13). Le taux d'équipement en hospitalisation partielle (hospitalisation uniquement de jour ou de nuit) est par contre plus élevé dans la Drôme qu'au niveau régional et est proche du niveau national. Cette offre est plus réduite en Ardèche et conduit à un taux d'équipement sur les deux départements (0,44) qui se situe entre le niveau régional (0,40) et le niveau national (0,58 lits et places pour 1 000).

La densité de psychiatres salariés (en équivalents temps plein) est également inférieure à la référence régionale. Parmi les professionnels non médicaux on peut souligner que les deux départements comptent globalement deux à trois fois moins de personnels socio-éducatifs et de rééducation pour les enfants et adolescents que sur la région. En revanche la densité d'infirmiers est supérieure à la densité régionale (du fait des effectifs drômois) et en psychologues (du fait d'une présence importante en Ardèche).

Le nombre de places d'hospitalisation, essentiellement à temps complet, a globalement baissé ces dernières années, mais de manière plus marquée en Drôme qu'en Rhône-Alpes et en France.

Face à cette évolution on peut souligner comme développement d'alternatives à l'hospitalisation, la création d'une maison des adolescents à Valence, dispositif intersectoriel destiné aux jeunes de 13 à 20 ans des départements de la Drôme et de l'Ardèche. En revanche le nombre de places en CATTP ou ateliers thérapeutiques a diminué et il n'existait pas en 2008 de places d'accueil familial thérapeutique pour enfants et adolescents sur les deux départements.

Un taux d'équipement en psychiatrie générale plus élevé que les références nationale et régionale en lits d'hospitalisation complète en Drôme et en places d'hospitalisation partielle en Ardèche

En raison d'une évolution opposée du nombre de lits d'hospitalisation complète, sur la dernière décennie, (baisse en Ardèche et hausse sur la Drôme), la Drôme présente un taux d'équipement supérieur aux références nationale et régionale alors que l'Ardèche est en dessous. La situation est inverse pour les places d'hospitalisation partielle où c'est l'Ardèche présente un taux d'équipement plus élevé.

Globalement, le nombre de lits d'hospitalisation complète est en baisse (- 7% entre 2000 et 2009 sur l'offre drômo-ardéchoise et - 8% en région) alors que le nombre de places d'hospitalisation partielle est stable.

La densité de médecins psychiatres salariés est par contre inférieure au niveau régional pour les deux départements alors qu'ils présentent des densités, selon les données de la Statistique Annuelle des Etablissements au 1^{er} janvier 2007, plutôt plus élevées (ou équivalentes) que celles observées sur l'ensemble de la région pour les personnels non médicaux.

En médecine de ville (offre libérale) une faible densité de médecins psychiatres, surtout en Ardèche

Avec 36 médecins psychiatres libéraux recensés par l'assurance-maladie au 1^{er} janvier 2009, soit 7,7 pour 100 000 habitants, la Drôme présente une densité de médecins inférieure à celle de la région (10,3). En Ardèche l'écart est plus important encore avec une densité (3,3) plus de trois fois inférieure au chiffre régional.

Des taux d'équipement pour adultes handicapés globalement plutôt supérieurs au niveau régional mais inférieurs en Ardèche pour les établissements le plus destinés aux personnes présentant une déficience psychique (FAM)

Les taux d'équipement en places d'établissements et services pour adultes handicapés étaient, au 1^{er} janvier 2008, globalement meilleurs sur les deux départements par rapport à Rhône-Alpes et à la France. Cependant, c'est au niveau des foyers d'accueil médicalisé (FAM) que l'offre est plus réduite en Ardèche, alors que c'est dans ce type d'établissement que la part des personnes dont la déficience principale est psychique est la plus élevée.

Il est à noter, pour l'interprétation des taux d'équipements, que ces structures n'accueillent pas uniquement des personnes venues du département. Tout particulièrement dans les FAM, où par exemple la Drôme accueille, en proportion plus importante que dans les autres départements de la région, des personnes venues d'autres départements (53%). Globalement la Drôme et l'Ardèche sont deux départements où le nombre de personnes handicapées accueillies en provenance d'autres départements est plus important que le nombre de personnes originaires de Drôme et d'Ardèche, accueillies dans d'autres départements.

Des taux d'équipement en établissements et services pour enfants handicapés inférieurs en Ardèche par rapport aux références régionales

Alors que les taux d'équipement en places pour enfants handicapés montre pour les établissements drômois une situation proche des références nationale et régionale voire plus favorable pour les SESSAD, il n'en est pas de même en Ardèche où les taux d'équipement sont significativement plus faibles pour les places d'IME et de SESSAD.

Des structures alternatives qui se développent en complément des prises en charge institutionnelles

En dehors des prises en charge institutionnelles, de nombreuses structures ou initiatives existent dans le champ de la Santé Mentale, en amont ou en aval. On peut ainsi citer de manière non exhaustive:

- les Points Accueil Ecoute Jeunes destinées aux jeunes et présents sur les deux départements et complétés notamment sur certains sites par des activités type point écoute parents-adolescents ou point écoute parent ;
- le Point Relais Oxygène et le dispositif d'adultes-relais de Valence ;
- le réseau sur le handicap psychique « Raphaël » porté par l'association ODIAS et qui se développe sur le nord de la Drôme ;
- les groupes d'entraide mutuelle (GEM), dont le but est d'améliorer les conditions de vie des personnes souffrant de troubles psychiques et en situation d'isolement ou d'exclusion sociale en instaurant des liens sociaux avec les pairs et avec d'autres populations.
- les activités en matière d'information, de conseil et de formation de l'UNAFAM (Union nationale des amis et familles de malades psychiques) présentes sur les deux départements...

Un recours aux soins très conditionné par l'offre existante et son accessibilité

L'analyse combinée de l'offre et du recours met en évidence de manière très marquée les liens existants entre ces deux variables dans le domaine des soins spécialisés en santé mentale.

Ainsi, la faiblesse de l'offre libérale de psychiatrie en Ardèche est associée à un taux de consultations près de deux fois inférieur au taux régional (104 consultations de neuro-psychiatrie pour 1 000 assurés sociaux ardéchois par an contre 187 rhônalpins). Les drômois ont un niveau de recours également inférieur mais de manière beaucoup moins marquée (177).

La proximité géographique de cette offre conditionne également le recours. La cartographie cantonale de celui-ci se superpose de manière très nette avec les lieux d'installation des psychiatres libéraux. Ainsi on observe notamment un axe allant des agglomérations de Romans sur Isère et de Valence, en incluant les cantons de St Peray et de Tournon en Ardèche, jusqu'à Dieulefit en passant par Crest. En Ardèche, le recours aux consultations libérales de psychiatrie est inférieur à la moyenne régionale, pour la totalité des cantons.

La particularité des soins psychiatriques nécessitant souvent un recours très régulier (mensuel ou pluri-mensuel) avec une fréquence beaucoup plus élevée que d'autres consultations médicales spécialisées (rythme annuel ou plus espacé encore) est probablement un des facteurs à l'origine de ce phénomène particulièrement marqué. Ce d'autant plus qu'il s'agit de deux départements où en dehors de la vallée du Rhône, les déplacements peuvent être compliqués et les temps de parcours élevés.

Cette faible présence de l'offre libérale en Ardèche est probablement un des éléments qui expliquent le très fort taux de personnes suivies par les établissements et services spécialisés (hospitalisation, consultations et suivi ambulatoire) sur ce département. La file active (nombre de personnes ayant eu au moins un contact avec les services spécialisés en psychiatrie) était en 2008, de 12 150 personnes en Ardèche et de 9 350 dans la Drôme (148 000 personnes sur l'ensemble de la région) Ces effectifs correspondent à des taux 1,7 fois supérieur en Ardèche par rapport à la région chez les femmes (419 pour 10 000 femmes contre 246) et 1,5 fois chez les hommes (371 contre 243). Les taux drômois sont par contre un peu inférieurs aux taux régionaux (respectivement 212 et 190).

Cette association marquée entre offre et recours et l'importance de la proximité de cette offre est à appréhender dans une évolution générale de réduction des effectifs de psychiatres et des moyens humains des services spécialisés.

Il est à noter que l'élargissement de la file active en Ardèche semble s'accompagner d'une plus grande diversité des diagnostics pour lesquels les personnes sont suivies notamment en direction de pathologies moins graves ou moins complexes. Par exemple la schizophrénie et les troubles schizotypiques concernent 40% des hommes hospitalisés et 34% des hommes suivis en ambulatoire au niveau régional alors que cela ne représente respectivement que 25 et 15% en Ardèche. Le profil de la file active des patients drômois est en terme de diagnostics plus proche de celui de la région. On peut à nouveau, en termes de diagnostic, souligner la sur-représentation en Ardèche des personnes suivies pour usage de substances psychoactives.

Environ 500 hospitalisations annuelles sous contraintes dans chaque département

En 2008, 459 hospitalisations de patients ardéchois et 580 de patients drômois ont été réalisées « sous contrainte », dont respectivement 84 et 70 en « hospitalisation d'office » (*HO : mesure prise par le Prefet ou en situation d'urgence par le maire après avis médical pour des patients compromettant l'ordre public et la sécurité des personnes*). Les autres hospitalisations sous contraintes sont faites « à la demande d'un tiers » (*HDT : si les troubles du patient rendent son consentement impossible ou si son état impose des soins immédiat*). Les taux d'hospitalisation sous contrainte étaient sur cette seule année, plus élevés en Ardèche que sur la région chez les hommes (20 pour 10 000 personnes contre 15) comme chez les femmes alors que les chiffres drômois (16) sont plus proches des chiffres régionaux. Les taux féminins sont plus homogènes (11 en Ardèche et 10 en Drôme et sur la région).

Des taux départementaux de prévalence de patients sous traitements psychotropes très proches des taux régionaux mais des disparités locales importantes

Contrairement aux consultations de neuro-psychiatrie décrites ci-dessus les prescriptions de psychotropes, qu'il s'agisse d'anxiolytiques, d'antidépresseurs ou de neuroleptiques, ne sont pas limitées aux médecins spécialisés en psychiatrie mais peuvent être réalisées par tout médecin dont en premier lieu les médecins généralistes. La prévalence de patients sous ce type de traitement est ainsi moins liée à l'existence d'une offre spécialisée et les taux comparatifs (c'est-à-dire qui tiennent compte des différences d'âge des populations) de personnes sous traitement psychotropes (ensemble des psychotropes, antidépresseurs ou neuroleptiques) sont assez stable entre les deux départements et la région.

Cependant, on observe des disparités géographiques à l'intérieur des deux départements où l'on met en évidence pour la prévalence de patients recevant au moins un traitement psychotropes quel qu'il soit :

- des taux qui varient du simple au double entre les cantons ;
- des taux supérieurs sur un gros tiers nord du département de la Drôme avec des taux plus élevés autour des centres urbains de Romans et de Valence et le long de la vallée du Rhône ;
- des taux plus faibles sur un tiers médian et le long de la vallée de la Drôme ;
- en Ardèche les taux sont plus homogènes avec cependant des taux plus élevés dans les centres urbains (Privas, Annonay, Aubenas) et d'une bande médiane autour de Privas.

De manière plus ciblée sur les patients sous traitement neuroleptique (ou antipsychotiques, médicaments utilisés principalement chez les patients atteints de schizophrénie), les taux cantonaux de prévalence mettent en évidence une distribution géographique relativement différente notamment pour la Drôme où la situation de forte prévalence du nord du département est moins marquée et surtout visible sur les centres urbains. En Ardèche on retrouve des niveaux de prévalence sur une bande est-ouest autour de Privas (lien probable avec la présence du centre hospitalier spécialisé Ste Marie) ainsi qu'au sud-ouest du département à partir d'Aubenas et enfin sur la ville d'Annonay.

Contexte, objectifs et contenu de l'étude

En 1995, l'Observatoire Régional de la Santé s'est engagé avec les partenaires de santé publique de la Drôme, dans la construction d'un Tableau de bord départemental de la santé. Depuis, cet outil accessible sur Internet (<http://www.chs-drome-sante.org>) a été actualisé à plusieurs reprises et s'inscrit dans une dynamique pérenne et multipartenariale d'observation de la santé.

Dans le cadre de cette dynamique, les partenaires de santé publique de la Drôme ont souhaité la réalisation annuelle d'un dossier thématique constituant une analyse approfondie de la situation départementale.

En 2006, le thème des cancers, priorité de santé publique dont la prévention constitue un axe majeur du Plan régional de santé publique (PRSP), avait été retenu¹.

En 2007, les partenaires de santé publique du département ont retenu la thématique santé-précarité².

Enfin en 2008 c'est le domaine de la santé mentale qui a été retenu. Sur cette thématique, comme pour la plupart des thématiques de santé, il est apparu particulièrement évident d'aborder ces questions de manière transversale sur les deux départements de la Drôme et de l'Ardèche (nombreuses structures situées le long du Rhône, bassins hospitaliers et zone de soins transversaux, offre publique construite à l'échelle des deux départements, ...). Cette extension géographique a été rendue possible grâce au soutien du Conseil Général de l'Ardèche et au Groupement régional de Santé Publique Rhône-Alpes.

Dans son acception large allant du mal-être et du besoin d'écoute à la pathologie psychiatrique la santé mentale est extrêmement vaste (cf. définition ci-après), concerne une grande part de la population et représente une préoccupation majeure de nombreux acteurs de santé publique mais aussi d'acteurs du champ social, de l'insertion, du logement,...

Les enjeux sont ainsi multiples et concernent le repérage et le diagnostic précoce, l'offre d'écoute, les actions de prévention ou de développement des compétences psychosociales, l'accompagnement et la prise en charge, le développement d'une offre d'accueil diverse et adaptée, la réhabilitation sociale et l'insertion des malades mentaux dans la cité, la participation des familles des malades mentaux aux projets individualisés, le développement de partenariats entre les acteurs concernés permettant de proposer un véritable continuum d'offre...

Face à ces enjeux multiples, les données quantitatives permettant d'objectiver, de quantifier et de suivre les problématiques de santé mentale sont peu nombreuses, difficiles d'accès et difficiles à interpréter.

Dans l'optique d'améliorer l'accessibilité de ces données, l'ORS Rhône-Alpes a piloté sur le second semestre 2008, à la demande de la DRASS, un groupe de travail régional sur l'identification d'indicateurs de santé mentale³. Les enseignements de ce travail régional ont été mobilisés dans le cadre de la présente démarche pour collecter, analyser et restituer l'ensemble des indicateurs accessibles.

¹ Epidémiologie des cancers dans la Drôme. ORS Rhône-Alpes. Août 2007 – 53 p. Téléchargeable sur les sites du Comité d'hygiène sociale de la Drôme (www.chs-drome-sante.org) et de l'ORS (www.ors-rhone-alpes.org)

² Santé et précarité dans la Drôme. ORS Rhône-Alpes. Septembre 2008 – 53 p. Téléchargeable sur les mêmes sites.

³ Les méthodes d'observation en santé mentale. ORS Rhône-Alpes et COSRA. Février 2009 – 70 p. Téléchargeable sur les sites de l'ORS (www.ors-rhone-alpes.org) et du Club de l'observation sociale (<http://www.cosra.fr/>).

Qu'est-ce que la Santé Mentale ?

Le champ de la Santé Mentale recouvre à la fois des connaissances scientifiques et médicales, et des valeurs individuelles et sociétales, en évolution permanente ; il semble alors intéressant de proposer un rapide historique de la place de la Santé Mentale dans notre société.

Histoire de la Psychiatrie en France

Il faut attendre le XVII^{ème} siècle pour quitter les représentations religieuses et superstitieuses de la folie, et pour réserver dans les hôpitaux généraux des espaces pour les « fous », avec un objectif de guérison. Vers 1780, il n'y a que six établissements publics spécialisés ou ayant réservé des salles au traitement des fous en France, sous le mode de l'enfermement.

En 1801 Philippe Pinel, avec son traité médico-philosophique dessine les voies d'une réforme profonde : spécialisation de la médecine mentale au sein de la médecine, simplification et rationalisation de la classification.

En 1802 naît en France l'asile, terme préféré alors à celui très péjoratif d'*hôpital*.

La loi de 1838 est la première loi régissant la psychiatrie en France ; elle a le double-objectif de faire respecter l'ordre social, et de protéger les libertés individuelles. Elle institutionnalise la place de l'aliéné comme un malade psychiatrique qu'il faut soigner.

Les premiers services libres, non prévus par la loi, ouvrent leurs portes dans les années 1920 quelques années après l'ouverture de services psychiatriques à l'Assistance Publique à Paris.

En 1937 l'*asile d'aliénés* devient *hôpital psychiatrique*, dépendant du Conseil général, et plus tard *Centre Hospitalier Spécialisé* (C.H.S.). La psychiatrie " hors les murs " naît avec l'ouverture des premiers dispensaires, et les soins en cabinet privé.

Pendant la deuxième guerre mondiale, 40 000 malades mentaux hospitalisés décèdent par manque de soins. Le système concentrationnaire de l'hospitalisation psychiatrique est remis en cause. La relation mobilise, l'institution fige, d'où la nécessité de créer des structures intermédiaires.

La circulaire du 15 mars 1960, confirmée par la loi du 31 décembre 1985, institue le principe de la sectorisation, insistant en particulier sur l'importance de la prévention, l'accessibilité et la continuité des soins.

La loi du 27 juin 1990, réformant la loi de 1838, vise à mieux protéger les droits et la liberté des malades, et pose divers principes, dont ceux de la prévention, des prises en charge ambulatoires et de l'hospitalisation libre comme règle.

Aujourd'hui, la Santé Mentale

En 2001 l'OMS a défini la Santé Mentale ainsi : « *Etat de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté* ».

En 2005 le plan gouvernemental de Psychiatrie et Santé Mentale reprend cette définition, et donne trois dimensions à son champ d'observation et d'action : la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel, la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants.

Aux problèmes et troubles de la Santé Mentale, est très souvent associé un « handicap psychique », correspondant à la notion de limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société ; le handicap résulte « d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (définition de la loi du 11 février 2005, Code de l'action sociale et des familles, reprise par la CNSA). Le livre blanc de la santé mentale (UNAFAM, Réf.12) évoque l' « extrême fragilité » qui résulte du handicap psychique, d'autres auteurs parlant de « vulnérabilité ».

La santé mentale dans ce dossier

Parmi ces dimensions issues de la définition de l'OMS, celles que nous explorerons dans ce travail ont été en partie définies par les indicateurs disponibles à l'heure actuelle à l'échelle du département.

La dimension psychiatrie-troubles mentaux occupera la plus grande place dans ce travail, elle sera étudiée sous plusieurs angles. La dimension détresse psychologique sera, elle, explorée du point de vue de l'offre et de la consommation de soins. La question des addictions n'a pas été incluse en raison de sa spécificité en termes d'impact sur la santé mentale, et en termes de circuit de soin.

La première partie de ce document décrit l'état de santé mentale de la population drômoise et ardéchoise. Celui-ci est appréhendé au travers de la mortalité(notamment par suicides) et de différentes données de morbidité comme les admissions en affections de longue durée pour troubles mentaux, les séjours hospitaliers ou encore les arrêts de travail prolongé ou les mises en invalidité causés par ce type de pathologie.

La deuxième partie présente une vue quantitative de l'offre de soins sur les deux départements, pour la psychiatrie adulte et infanto-juvénile, pour les personnes handicapées, et pour les personnes en souffrance psychologique, en termes de structures et de personnel soignant.

La troisième partie, enfin, analyse les niveaux et les modes de recours aux soins, en termes d'activité des services d'accueil, et en termes de consommations d'actes médicaux et thérapeutiques en incluant la prévalence des patients sous traitement psychotropes.

Première partie : état de santé mentale

1- Décès par troubles mentaux et du comportement

1-1. Mortalité par pathologies mentales

Les données proviennent de CépiDC (INSERM), sur la période 2000-2006, et sont issues de l'analyse de la cause initiale de décès sur les certificats médicaux.

La cause initiale du décès est le traumatisme ou la maladie qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès.

Dans la catégorie « décès par troubles mentaux et du comportement » sont regroupés par l'INSERM, selon la CIM 10 :

- les troubles mentaux organiques (F00 à F09, maladie d'Alzheimer et autres démences organiques) ;
- les troubles mentaux psychiatriques et comportementaux à savoir : les troubles liés à l'usage de substances psycho-actives (F10 à 19), les troubles psychotiques (F20 à 29), les troubles de l'humeur (F30 à 39), les troubles névrotiques (F40 à 48) et « autres troubles », qui comportent les troubles de la personnalité, les troubles du comportement liés à des facteurs physiques, le retard mental, les troubles du développement, et les troubles du comportement de l'enfance et de l'adolescence.

En moyenne 241 personnes par an décèdent des suites de troubles mentaux sur les deux départements de la Drôme et de l'Ardèche

Dans la Drôme, 54 hommes et 86 femmes en moyenne sont décédés chaque année suite à des troubles mentaux entre 2000 et 2006, soit des taux comparatifs de mortalité annuels par troubles mentaux de 31 décès pour 100 000 drômois et 29 décès pour 100 000 drômoises. En Ardèche, ce sont 39 hommes et 62 femmes qui décèdent annuellement de troubles mentaux, soit des taux comparatifs respectivement de 30 et 27 pour 100 000.

Ces effectifs de décès correspondent à 3,5% du total des décès survenus sur ces deux départements durant la même période dans le département.

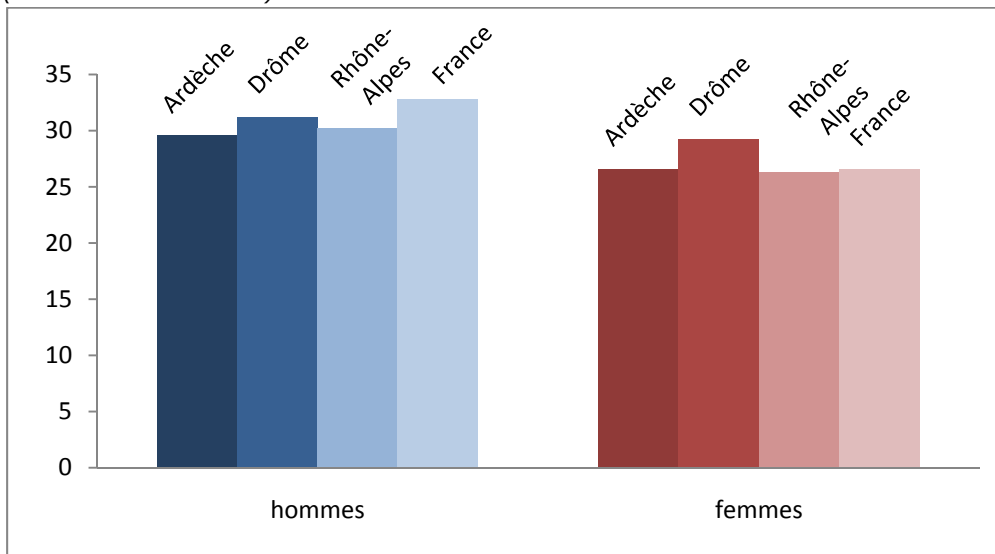
La relative proximité des taux comparatifs de mortalité (cf. encadré) entre les deux sexes alors que les effectifs de décès sont différents (1,6 femmes pour 1 homme) est liée au fait que les décès féminins surviennent à des âges plus avancés (cf. infra).

Sur la période 2000-2006, les taux comparatifs de mortalité par troubles mentaux ne diffèrent pas, de manière significative statistiquement, entre l'Ardèche, la Drôme, Drôme-Ardèche, la région et la France.

Le **taux comparatif de mortalité**, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans le département si celui-ci avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1999, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre sexes et entre territoires différents.

Taux comparatifs annuels de mortalité par troubles mentaux en 2000-2006

(Pour 100 000 habitants)



Source : CépiDC

Exploitation ORS

Une dégradation relative de la situation de la Drôme par rapport à la France et à la région

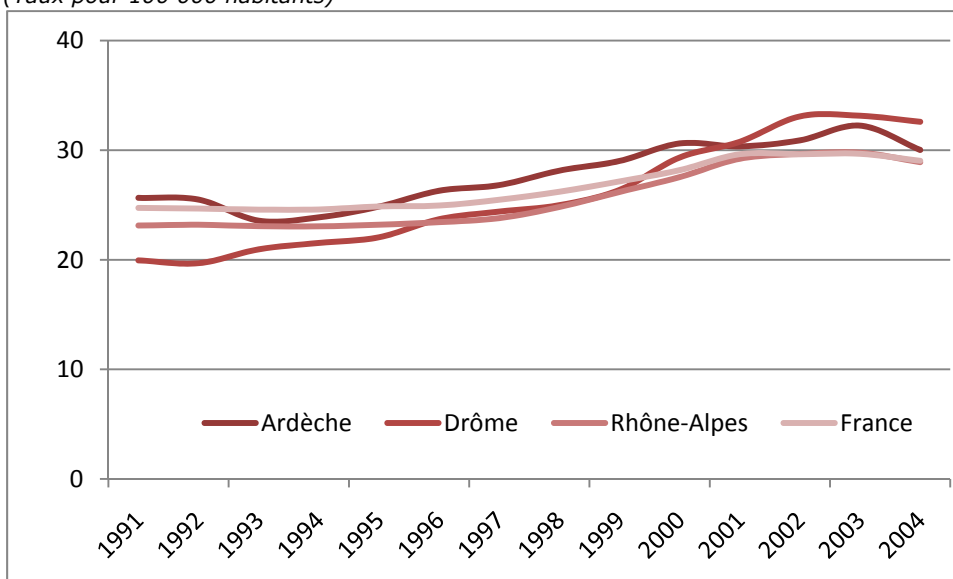
Si les taux comparatifs de mortalité et de la région et de la France ont eu des évolutions comparables sur la période 1989-2006, le taux drômois montre une évolution particulière avec la perte de la situation favorable qui était observée en début de période.

L'Ardèche sur la même période se distingue par des taux supérieurs aux autres territoires, jusqu'aux années 2000.

Cependant, malgré le lissage temporelle sur 5 ans*, la faiblesse quantitative des effectifs de décès rend difficile l'interprétation, comme en témoignent les fluctuations des courbes départementales (surtout chez les hommes).

Évolution des taux comparatifs de mortalité par troubles mentaux chez les femmes (1991-2004*)

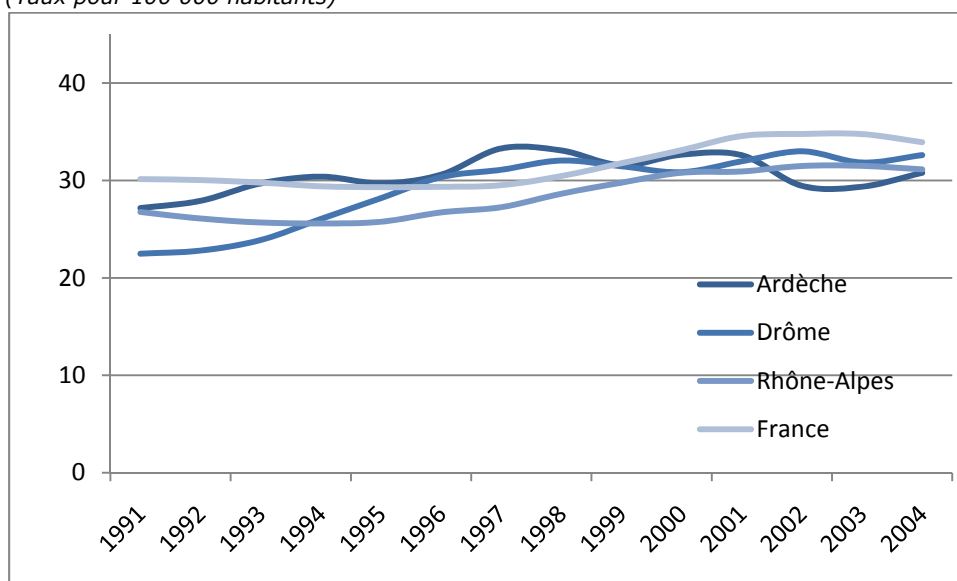
(Taux pour 100 000 habitants)



Source : CépiDC

Exploitation ORS

Évolution des taux comparatifs de mortalité par troubles mentaux chez les hommes (1991-2004*) (Taux pour 100 000 habitants)



Source : CépiDC

Exploitation ORS

* Les TCM utilisés ici ont été lissés sur cinq ans. Le lissage permet d'éliminer de la courbe l'effet des fluctuations d'une année sur l'autre, particulièrement sur de petits effectifs. Il consiste à calculer des TCM sur cinq ans, centrés sur une année. Par exemple le point de la courbe en 1991 se rapporte au TCM calculé sur cinq années (1989 à 1993). La période étudiée ici s'étend donc de 1989 à 2006.

Par ailleurs, il est à souligner que la cassure observée sur toutes les courbes sur la fin des années 90 est probablement liée aux changements de méthode de codage et de traitement des informations relatives aux causes de décès. En effet, en 2000 deux changements importants ont eu lieu pour l'enregistrement des causes de décès : le passage en mode automatique de codage, et l'adoption de la nouvelle classification internationale des maladies CIM-10 (cf. encadré ci-dessous). Puisque les taux comparatifs ont été lissés sur 5 ans, une augmentation de l'enregistrement du nombre de décès par troubles mentaux à partir de 2000 peut se voir dès 1996.

Conséquences des changements de codage des causes médicales de décès

Troubles mentaux (chapitre V de la CIM 10)

Le nombre de décès augmente globalement de 9 %, soit environ 1 500 décès au niveau des données annuelles. Le changement de révision de la classification internationale des maladies (CIM) explique une partie des changements affectant ce chapitre.

- En CIM 10, les pneumonies et les bronchopneumonies sont considérées comme des conséquences directes de nombreuses maladies et en particulier de la démence, ce qui explique le passage de certaines maladies de l'appareil respiratoire en CIM 9 au chapitre V en Cim10.

Le changement du mode de codage explique l'autre partie des divergences. En particulier, on observe une différence de comportement entre codage automatique et manuel quant au traitement des maladies du foie associées à l'éthylisme chronique. Le codage automatique ne code les troubles digestifs comme étant d'origine alcoolique que lorsqu'ils sont spécifiés comme tels par le médecin certificateur. Ainsi, un alcoolisme chronique avec mention d'une maladie du foie en partie II du certificat de décès sera codé Alcoolisme chronique (V) avec le codage automatique alors qu'il était souvent codé en maladies de l'appareil digestif (IX) d'origine alcoolique en codage manuel.

Gérard Pavillon, Jean Boileau, Gisèle Renaud, Hassina Lefèvre, Eric Jouglu
Inserm, CépiDc, IFR 69, Le Vésinet

Une mortalité qui augmente fortement aux âges avancés surtout chez les femmes

La répartition des décès selon l'âge diffère de manière significative selon le sexe. Chez les hommes, un quart des décès survient avant 60 ans et plus d'un sur deux (56%) avant 75 ans. Chez les femmes, les décès surviennent plus tardivement : 5% seulement des décès surviennent avant 60 ans et 90% des décès concernent des personnes de plus de 75 ans.

Nombre de décès par troubles mentaux selon l'âge sur la période 2000-2006

	Ardèche		Drôme	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
0-34 ans	4	3	12	5
35-44 ans	19	5	19	6
45-54 ans	30	8	45	12
55-64 ans	27	12	39	16
65-74 ans	41	19	51	31
75-84 ans	82	99	100	151
85 ans et plus	72	286	115	382

Les taux de mortalité par âge augmente ainsi très fortement à partir de 75 ans chez les femmes passant par exemple de 18 décès pour 100 000 femmes âgées de 65 à 74 ans pour l'ensemble des deux départements Drôme-Ardèche à 120 pour les femmes de 75 à 84 ans puis à 810 au-delà. Chez les hommes cette augmentation est moins marquée et débute pour des tranches d'âge plus jeunes.

Les taux bruts par âge sont équivalents entre la Drôme, l'Ardèche, la région Rhône-Alpes et la France métropolitaine.

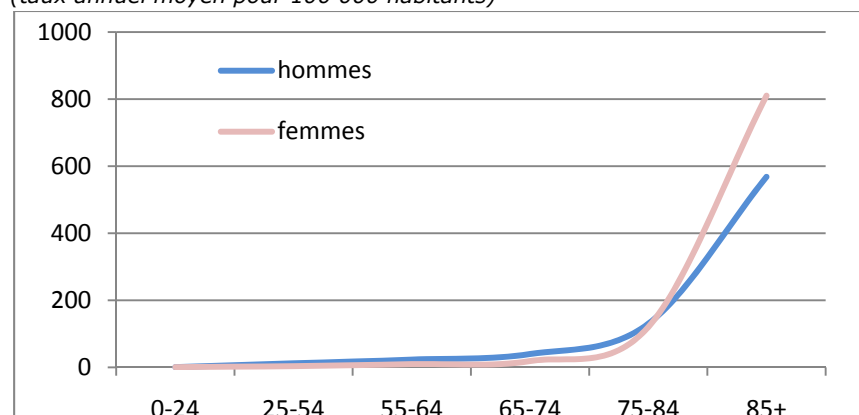
Taux bruts de mortalité par troubles mentaux selon l'âge sur la période 2000-2006

(taux annuel moyen pour 100 000 habitants)

	Ardèche	Drôme	Rhône-Alpes	France
Hommes				
0-24 ans	0,3	0,6	0,2	0,4
25-54 ans	12,3	11,4	8,3	12,6
55-64 ans	22,9	22,9	21,3	26,6
65-74 ans	41,4	38,2	35,0	38,0
75-84 ans	135,7	125,6	127,4	132,4
85 ans et plus	489,2	632,1	666,6	650,3
Femmes				
0-24 ans	0,4	0,6	0,2	0,1
25-54 ans	4,4	3,0	2,6	3,5
55-64 ans	9,9	9,0	7,1	8,6
65-74 ans	16,9	19,7	15,6	17,7
75-84 ans	110,3	127,2	104,0	104,0
85 ans et plus	758,8	853,1	824,7	802,8

Mortalité par troubles mentaux selon l'âge sur la période 2000-2006 en Drôme-Ardèche

(taux annuel moyen pour 100 000 habitants)



Sources : CépiDC, INSEE (estimations et RP 2006) Exploitation ORS

Une part importante des décès est liée aux troubles mentaux organiques

Sur la période 2000-2006 en Drôme-Ardèche, la première cause de décès parmi les décès consécutifs à des troubles mentaux est représentée par les troubles mentaux organiques avec 68% des décès (52% pour les hommes et 79% pour les femmes). Ces troubles mentaux organiques (maladie d'Alzheimer, démence vasculaire et autres lésions organiques) concernent plus particulièrement les personnes âgées.

La deuxième cause de décès par troubles mentaux est, chez les hommes, liée à l'usage de substances psycho-actives qui représente 35% des décès en Drôme-Ardèche (contre seulement 6% chez les femmes et 17% pour l'ensemble) et les troubles de l'humeur chez les femmes (8%).

Répartition des décès par troubles mentaux selon la cause et le sexe (2000-2006)

Causes	Ardèche		Drôme	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Démences organiques	50%	81%	53%	77%
Usage substances psychoactives	36%	5%	34%	7%
Troubles de l'humeur	5%	6%	9%	9%
Psychoses	5%	4%	2%	2%
Névroses	1%	2%	1%	2%
Autres	3%	3%	2%	2%

Sources : CépiDC

Exploitation ORS

1.2 Mortalité par suicide

Les chiffres de mortalité sont issus du Cépi-DC (INSERM), recueillis sur la cause initiale du décès (le traumatisme ou la maladie qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel).

Selon la littérature il existe une sous-déclaration des situations de suicide estimée entre 20 et 25% et Eric Jouglà (Inserm) pointe un certain nombre de biais affectant ce recueil :

-le mode de recueil de l'information

-le descriptif de la cause de décès (interrogation sur l'intentionnalité)

-les pratiques de certification en cas de mort violente.

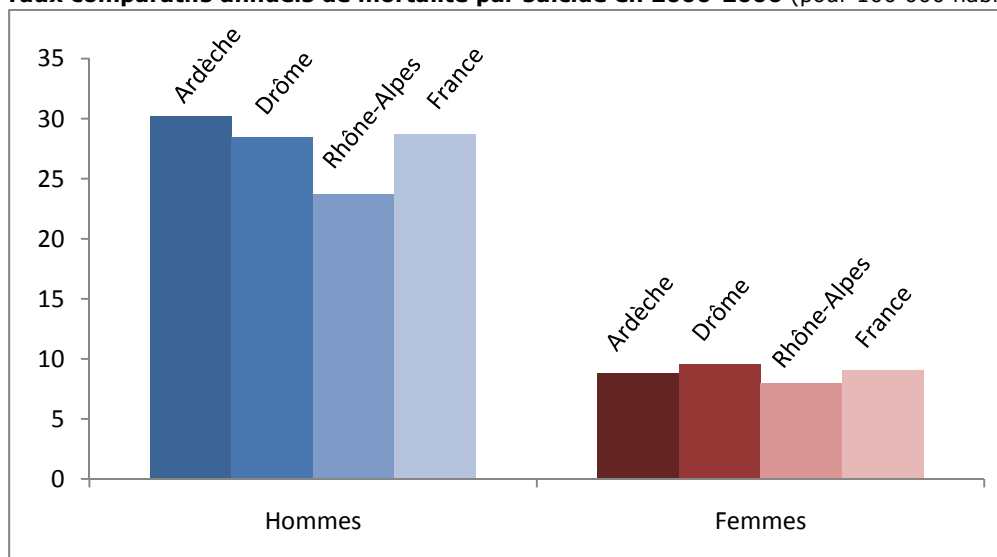
Cette sous-estimation serait plus marquée pour les tranches d'âges les plus élevées.

Une mortalité par suicide plus élevée en Drôme-Ardèche par rapport à la région chez les hommes et une évolution globale à la baisse

Sur les deux départements, 104 hommes (44 en Ardèche et 60 dans la Drôme) et 37 femmes (14 en Ardèche et 23 dans la Drôme) se sont suicidés en moyenne chaque année entre 2000 et 2006.

Les taux comparatifs de mortalité correspondants font apparaître une situation défavorable des deux départements par rapport à la région, essentiellement chez les hommes, avec des taux de 30,2 (pour 100 000 habitants) en Ardèche et de 28,4 en Drôme contre 23,7 en Rhône-Alpes (28,7 au niveau national). Chez les femmes les taux sont de 8,8 (pour 100 000 habitantes) en Ardèche et 9,6 en Drôme contre 8,0 sur la région (9,0 en France).

Taux comparatifs annuels de mortalité par suicide en 2000-2006 (pour 100 000 habitants)



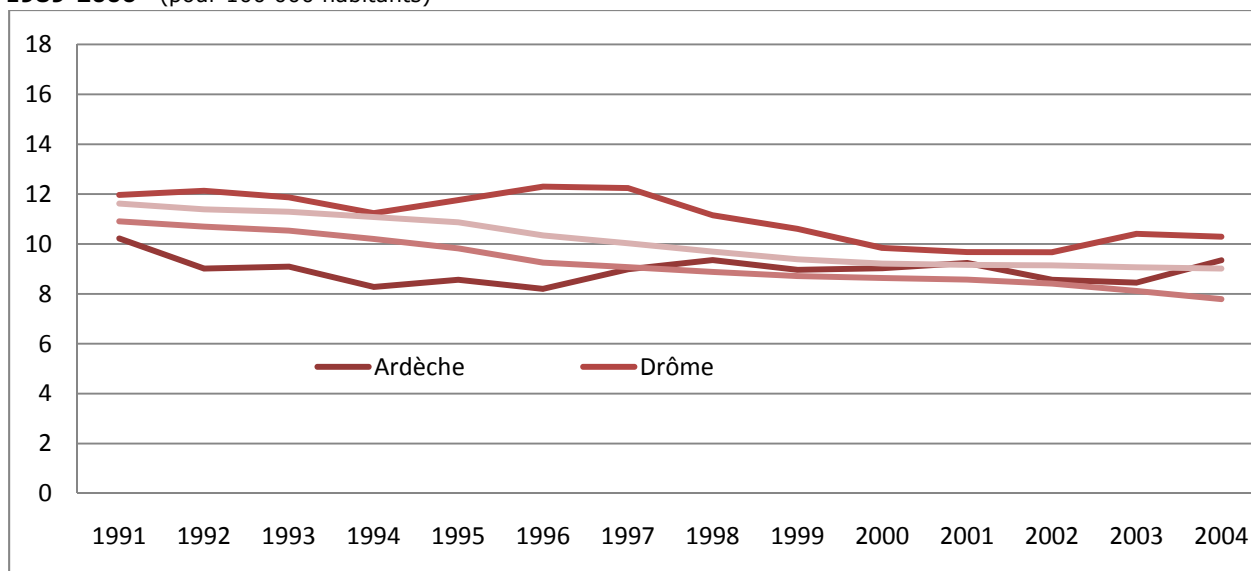
Source : CépiDC INSEE (estimations + RP 2006)

Exploitation ORS

L'observation de l'évolution de la mortalité par suicide depuis 1989, permet de formuler plusieurs constats :

- une tendance à la baisse de cette mortalité sur tous les territoires, avec à titre illustratif, à l'échelle de la région Rhône-Alpes, une baisse d'un quart (25%) de la mortalité masculine et d'un tiers (33%) de la mortalité féminine ;
- la situation défavorable de l'Ardèche et de la Drôme sur l'ensemble de la période pour la mortalité masculine par rapport à la région ;
- la situation défavorable de la Drôme pour la mortalité féminine alors que la position de l'Ardèche est plus fluctuante.

Évolution du taux comparatif de mortalité par suicide chez les femmes selon le territoire sur la période 1989-2006* (pour 100 000 habitants)

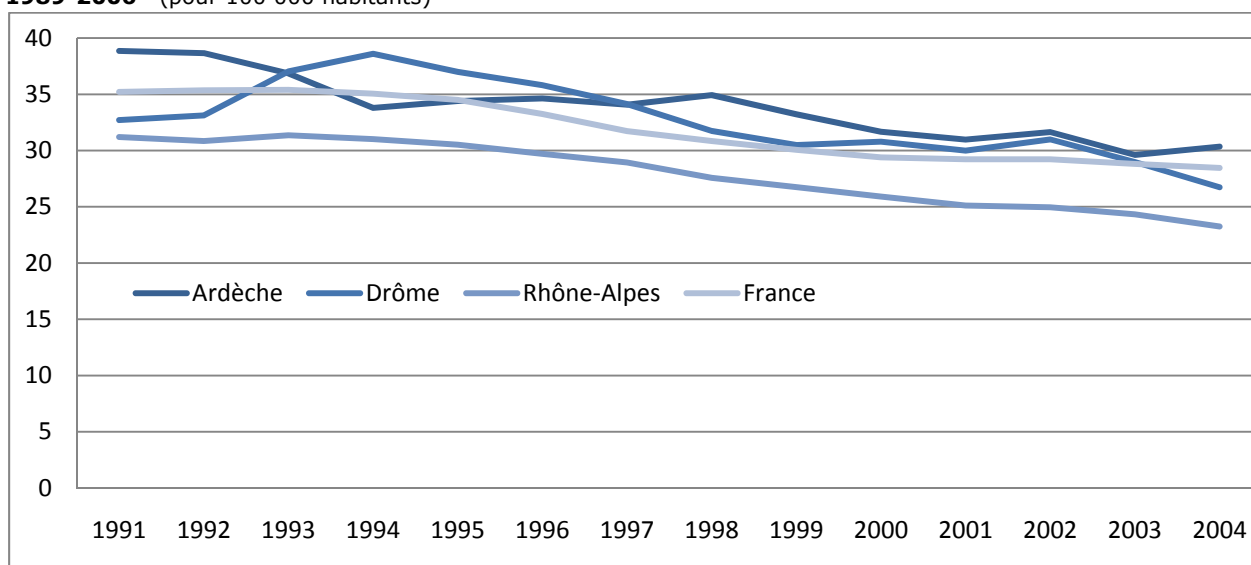


Source: CépiDC

Exploitation ORS

* Les TCM utilisés ici ont été lissés sur cinq ans. Le lissage permet d'éliminer de la courbe l'effet des fluctuations d'une année sur l'autre, particulièrement sur de petits effectifs. Il consiste à calculer des TCM sur cinq ans, centrés sur une année. Par exemple le point de la courbe en 1981 se rapporte au TCM calculé sur cinq années (1979 à 1983). La période étudiée ici s'étend donc de 1979 à 2006.

Évolution du taux comparatif de mortalité par suicide chez les hommes selon le territoire sur la période 1989-2006* (pour 100 000 habitants)



Source: CépiDC

Exploitation ORS

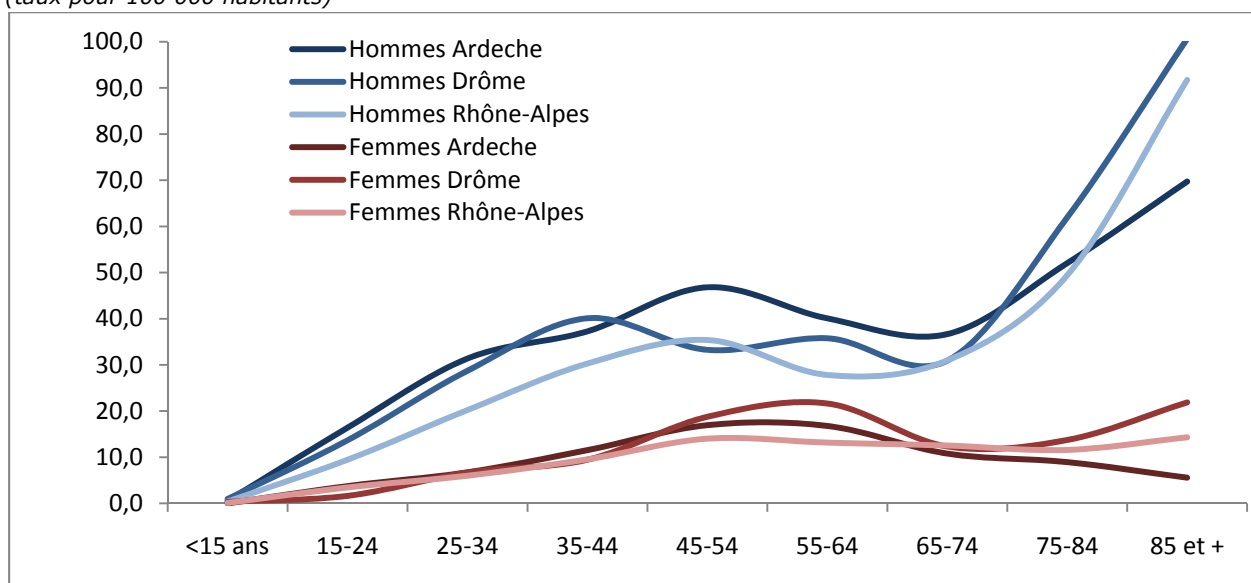
Le taux de suicide est plus important chez les hommes, et augmente avec l'âge

Dès l'adolescence le taux de mortalité par suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Il augmente jusqu'à 40 ans puis se stabilise avant de ré-augmenter fortement à partir de 65 ans (de 30 pour 100 000 dans la tranche d'âge 65-74 ans, à 82 pour 100 000 chez les hommes de plus de 85 ans).

Pour les femmes en Drôme-Ardèche comme sur la région, les variations sont beaucoup moins marquées avec une relative stabilité des taux après 40 ans.

Taux de mortalité par suicide selon l'âge en Drôme, en Ardèche et en Rhône-Alpes (2000-2006)

(taux pour 100 000 habitants)



Source : CépiDC 2000-2006

Exploitation ORS

Taux bruts de mortalité par suicide selon l'âge sur la période 2000-2006

(taux annuel moyen pour 100 000 habitants)

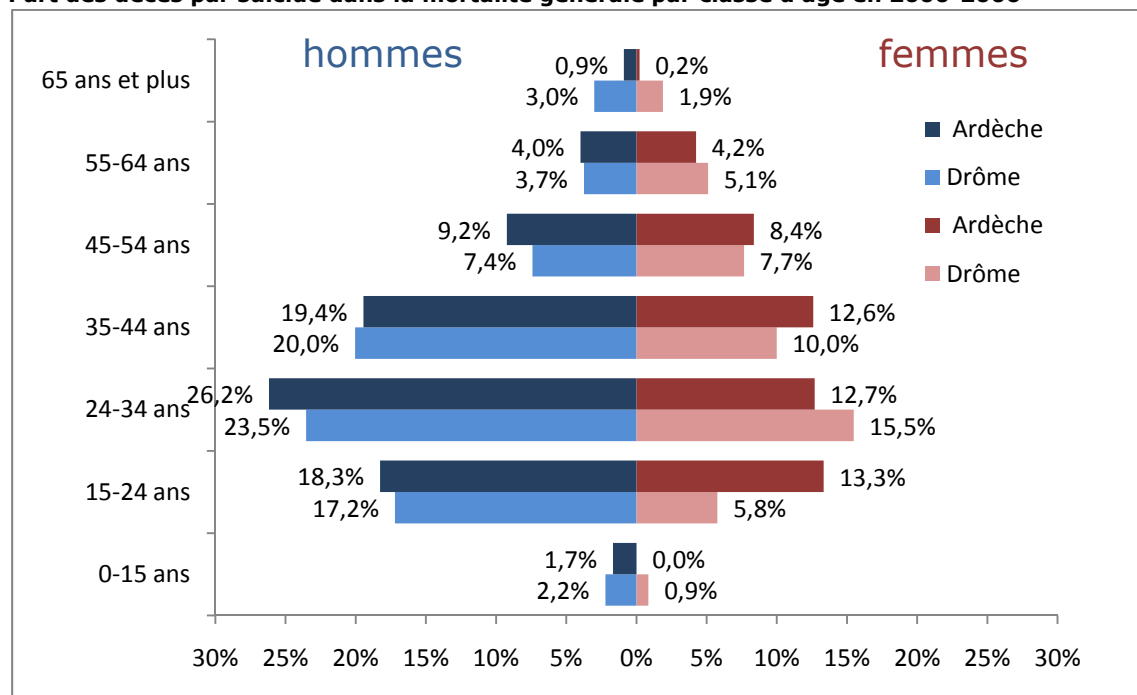
	Ardèche	Drôme	Rhône-Alpes	France
Hommes				
Moins de 15 ans	0,5	1,0	0,4	0,4
15-24 ans	16,4	13,7	9,5	11,5
25-34 ans	31,4	28,7	20,2	24,4
35-44 ans	37,3	40,1	30,3	37,4
45-54 ans	46,8	33,3	35,4	39,1
55-64 ans	40,1	35,8	27,8	31,3
65-74 ans	36,7	30,9	31,0	38,5
75-84 ans	52,1	61,9	49,4	64,7
85 ans et plus	69,7	100,6	91,7	120,9
Femmes				
Moins de 15 ans	0,0	0,3	0,1	0,2
15-24 ans	3,8	1,6	3,4	3,4
25-34 ans	6,7	6,7	6,0	6,5
35-44 ans	11,5	9,5	9,5	11,7
45-54 ans	16,9	18,7	14,0	15,3
55-64 ans	16,8	21,6	13,1	14,5
65-74 ans	10,8	12,3	12,5	13,4
75-84 ans	8,9	13,7	11,6	14,9
85 ans et plus	5,6	21,9	14,3	17,9

Le suicide est la cause d'un décès sur cinq chez les jeunes adultes de 25 à 34 ans.

Si le taux de suicide augmente avec l'âge, surtout chez les hommes, la part des décès par suicide parmi l'ensemble des décès (toutes causes confondues) tend au contraire à se réduire avec l'âge, en raison principalement de l'augmentation du nombre total de décès. Ainsi cette part de décès liés au suicide parmi l'ensemble des décès est maximale chez les 25-34 ans où elle représente environ un quart des décès chez les hommes (26% en Ardèche et 24% dans la Drôme), et autour de 15% chez les femmes (13% en Ardèche et 15% dans la Drôme). Cette part reste importante pour la décennie supérieure (35-44 ans) où un décès sur 5 est le fait d'un suicide chez les hommes et un sur dix chez les femmes puis réduit progressivement avec l'âge essentiellement en raison principalement de l'augmentation du nombre total des décès. A l'opposé cette part est importante chez les jeunes de 15-24 ans notamment chez les garçons pour lesquels le suicide a été à l'origine d'un décès sur six.

Cette répartition est très proche de ce qui est observé au niveau national.

Part des décès par suicide dans la mortalité générale par classe d'âge en 2000-2006



Source : CépiDc 2000-2006

Exploitation : ORS

Les modes de suicide diffèrent selon le sexe

Si globalement la pendaison apparaît en Drôme-Ardèche comme le premier mode de suicide devant les suicides par arme à feu, par prise médicamenteuse et par défenestration cette répartition est très différente chez les hommes et chez les femmes.

Chez les hommes la pendaison est le premier mode de suicide en Drôme-Ardèche (41%) comme en Rhône-Alpes (46%), l'emploi d'armes à feu le deuxième (24% en Drôme-Ardèche, 21% en Rhône-Alpes), ces deux modes représentant deux tiers des suicides.

Pour les femmes, trois modes de suicide se dégagent et représentent plus de 80% des suicides : la prise de médicaments (27% en Drôme-Ardèche, 28% sur la région), la défenestration/collision (20% versus 22%) et la pendaison (23% versus 24%).

Part des décès par suicide selon le mode de suicide (2000-2006)

	Hommes				Femmes			
	Effectif Ardèche	Effectif Drôme	Part (%) Drôme-Ardèche	Part (%) Rhône-Alpes	Effectif Ardèche	Effectif Drôme	Part (%) Drôme-Ardèche	Part (%) Rhône-Alpes
Pendaison	124	172	41%	46%	19	41	23%	24%
Arme à feu	78	100	24%	21%	5	7	5%	4%
Médicaments	23	47	10%	10%	22	47	27%	28%
Noyade	24	15	5%	4%	15	15	12%	10%
Collision/défenestration	24	36	8%	9%	23	29	20%	22%
Toxiques (dont substances psycho-actives)	8	9	2%	2%	2	7	3%	3%
Autres	28	41	9%	8%	10	18	11%	9%
Total	309	420	100%	100%	96	164	100%	100%

Source : CépiD 2000-2006

Exploitation ORS

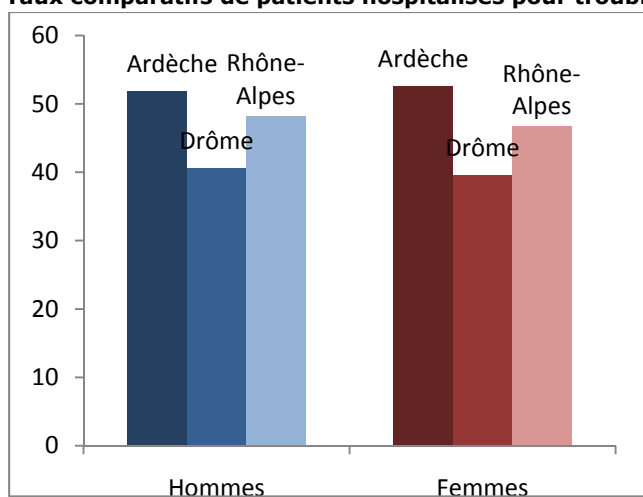
2- Hospitalisations pour troubles mentaux et du comportement et tentatives de suicide

Les données relatives à ce paragraphe sont celles du PMSI 2006-2007 ; le PMSI est le système d'information des hôpitaux de courts séjours (Médecine-Chirurgie-Obstétrique). Elles ne comptent ni les passages aux urgences sans hospitalisation, ni les hospitalisations dans les hôpitaux qui ne relèvent pas du PMSI. Ces données sont issues du PMSI 2006-2007, sur le diagnostic principal.

2.1-Hospitalisations pour troubles mentaux

Sur la période 2006-2007, 2 093 séjours hospitaliers de patients résidant dans la Drôme ont été identifiés, en moyenne annuelle, comme des hospitalisations en services de court séjour pour troubles mentaux et du comportement et 1 741 pour des patients résidant en Ardèche. Ces 3 833 séjours correspondent sur cette période à 3 542 patients différents par année (902 hommes et 985 femmes de la Drôme, 765 hommes et 890 femmes résidants en Ardèche). Ceci correspond à des taux comparatifs de patients hospitalisés inférieurs aux taux régionaux (48,2 chez les hommes et 46,8 chez les femmes) pour la Drôme (respectivement 40,6 et 39,6) et plus élevés en Ardèche (respectivement 51,9 et 52,6).

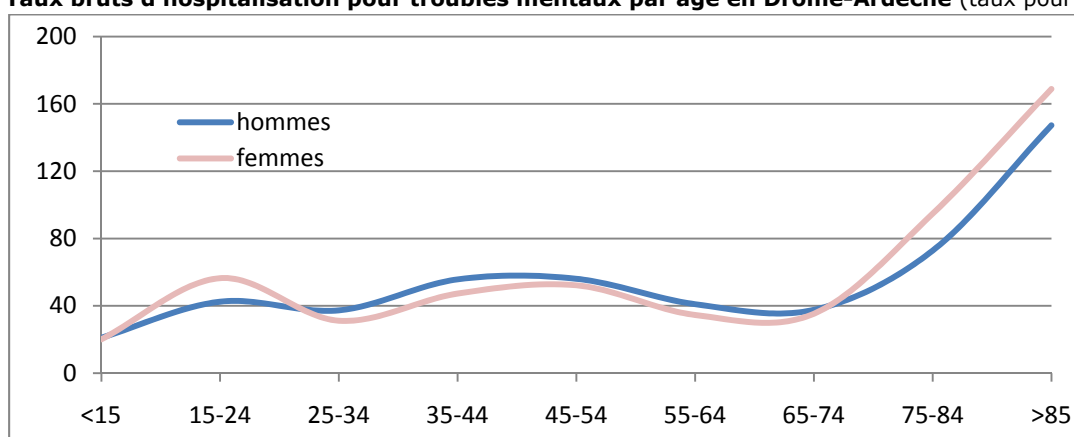
Taux comparatifs de patients hospitalisés pour troubles mentaux (taux pour 10 000 habitants)



Sources : PMSI 2006-2007 exploitation ORS

Selon l'âge les taux d'hospitalisation sont assez similaires entre les hommes et les femmes à l'exception de la période entre 15 et 24 ans où les taux d'hospitalisation sont plus élevés chez les femmes. Par ailleurs, chez les personnes âgées le taux d'hospitalisation augmente de manière exponentielle avec l'âge au-delà de 75 ans. En dehors de cette tranche d'âge, les taux d'hospitalisation les plus élevés sont observés entre 35 et 54 ans chez les hommes et entre 15 et 24 ans chez les femmes.

Taux bruts d'hospitalisation pour troubles mentaux par âge en Drôme-Ardèche (taux pour 10 000 habitants)



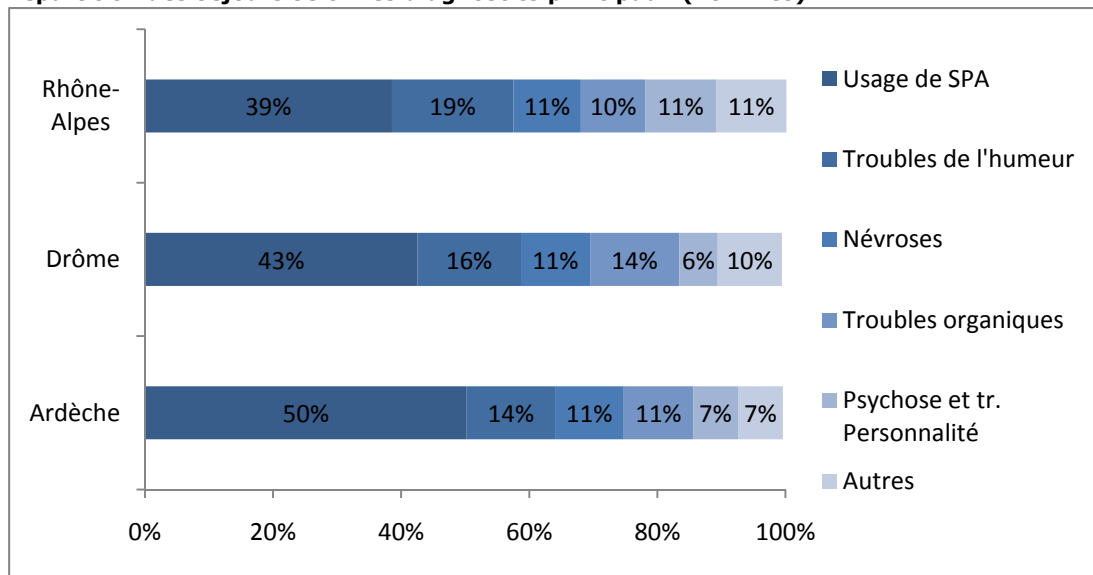
Source PMSI 2006-2007

exploitation ORS

L'usage de substances psycho-actives chez les hommes, troubles de l'humeur et névroses chez les femmes sont les principaux motifs d'hospitalisation pour troubles mentaux

Parmi les séjours des hommes hospitalisés pour troubles mentaux, près de la moitié (43% en Drôme et 50% en Ardèche) ont pour diagnostic principal des troubles liés à l'usage de substances psycho-actives (39% sur l'ensemble de la région). C'est la première cause masculine d'hospitalisation pour troubles mentaux devant les troubles de l'humeur qui représentent le motif d'hospitalisation d'environ 15% des séjours sur les deux départements.

Répartition des séjours selon les diagnostics principaux (hommes)



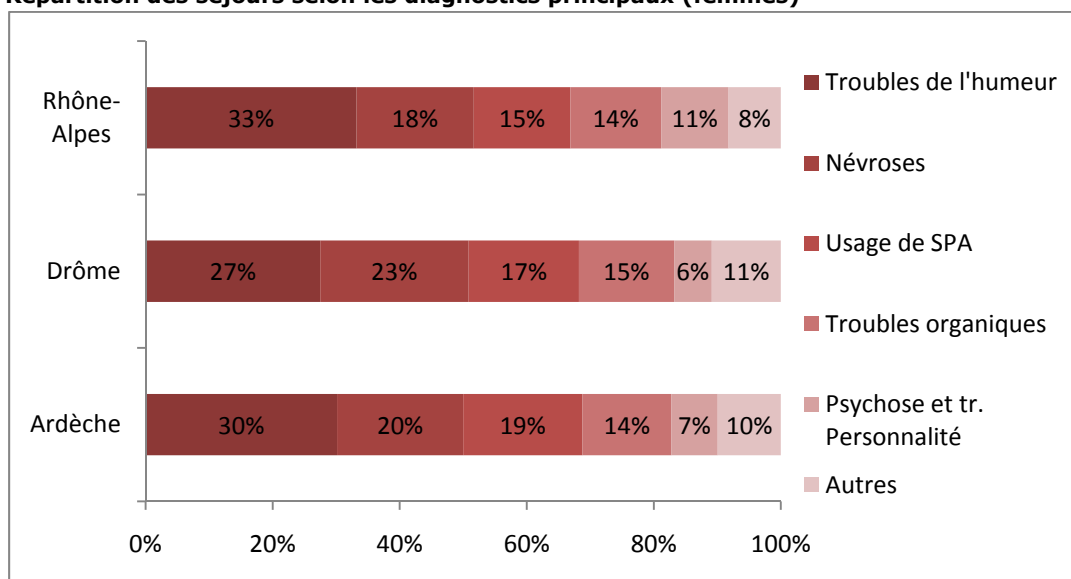
Source PMSI 2006-2007

exploitation ORS

Les deux premiers diagnostics rencontrés parmi les séjours des femmes hospitalisées pour troubles mentaux sont les troubles de l'humeur et les névroses, dans des proportions comparables entre l'Ardèche, la Drôme.

Chez les femmes l'usage de substances psychoactives est la troisième cause d'hospitalisation pour troubles mentaux, représentant environ 18% des séjours de la population des départements de l'Ardèche et de la Drôme.

Répartition des séjours selon les diagnostics principaux (femmes)



Source PMSI 2006-2007

exploitation ORS

2.2-Hospitalisations pour tentatives de suicide

Les données relatives à ce paragraphe sont celles du PMSI 2006-2007. Le PMSI est le système d'information des hôpitaux de courts séjours (Médecine-Chirurgie-Obstétrique). Elles ne comptent ni les passages aux urgences sans hospitalisation, ni les hospitalisations dans les hôpitaux qui ne relèvent pas du PMSI.

Les hôpitaux psychiatriques ont un système d'information spécifique (RIM-Psy), mis en place en 2006, dont les premiers résultats sont en attente à ce jour (attendu mi-2009).

Depuis 2001, les prises en charge hospitalières pour tentative de suicide se codent de la façon suivante : code en diagnostic associé X70._ à X84._ (lésions auto-infligées) pour les tentatives de suicide sans intoxication, quel que soit le code de diagnostic principal ; codes en diagnostic associé X60._ à X69._ (auto-intoxication) pour les tentatives de suicide par intoxication.

Pour les tentatives de suicide, l'analyse porte sur le nombre de séjours, et non sur le nombre de patients.

Un taux d'hospitalisations pour tentatives de suicide plus élevé en Drôme-Ardèche que sur la région

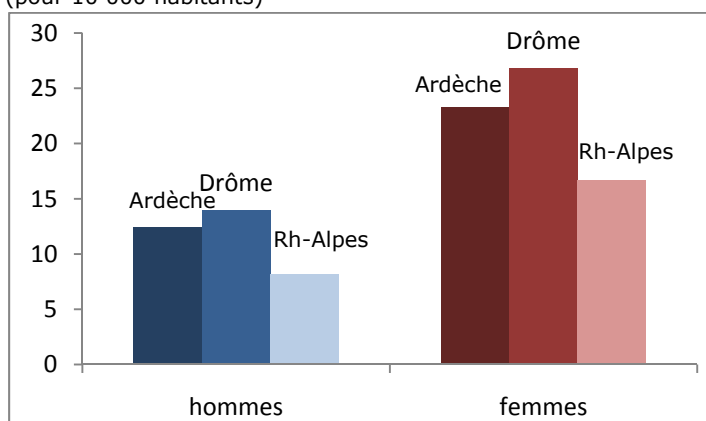
Sur la période 2006-2007 sur le territoire Drôme-Ardèche, en moyenne 1 454 séjours hospitaliers par an étaient identifiés comme faisant suite à une tentative de suicide (TS) pour des résidents de l'Ardèche (519 séjours dont 342 femmes) et de la Drôme (935 séjours dont 624 concernent des femmes). Cela correspond à des taux comparatifs de 23,3 hospitalisations pour 10 000 femmes par an et de 12,4 chez les hommes en Ardèche et respectivement à 26,8 et 14,0 pour la population drômoise. Ces taux comparatif d'hospitalisation pour tentative de suicide apparaissent significativement plus élevés que ceux de la référence régionale (respectivement 16,7 et 8,2).

Les différences observées peuvent être liées à des taux de TS effectivement différents mais peuvent aussi refléter des différences de recours aux soins de pratique médicale et de modalité de prise en charge avec une prise en charge hospitalière plus ou moins systématique des tentatives de suicide. On rappelle sur ce point que les recommandations en matière de prise en charge médicale des tentatives de suicide reposent notamment sur l'hospitalisation systématique de toute tentative de suicide. Ainsi une meilleure prise en charge peut conduire à des taux d'hospitalisation plus élevés.

Enfin, une part des différences observées peuvent également être liées aux méthodes plus ou moins homogènes d'enregistrement des TS dans chaque établissement hospitalier.

Taux comparatifs d'hospitalisation pour tentative de suicide, Drôme-Ardèche et Rhône-Alpes

(pour 10 000 habitants)



Source : PMSI 2006-2007, Insee 2006 exploitation ORS

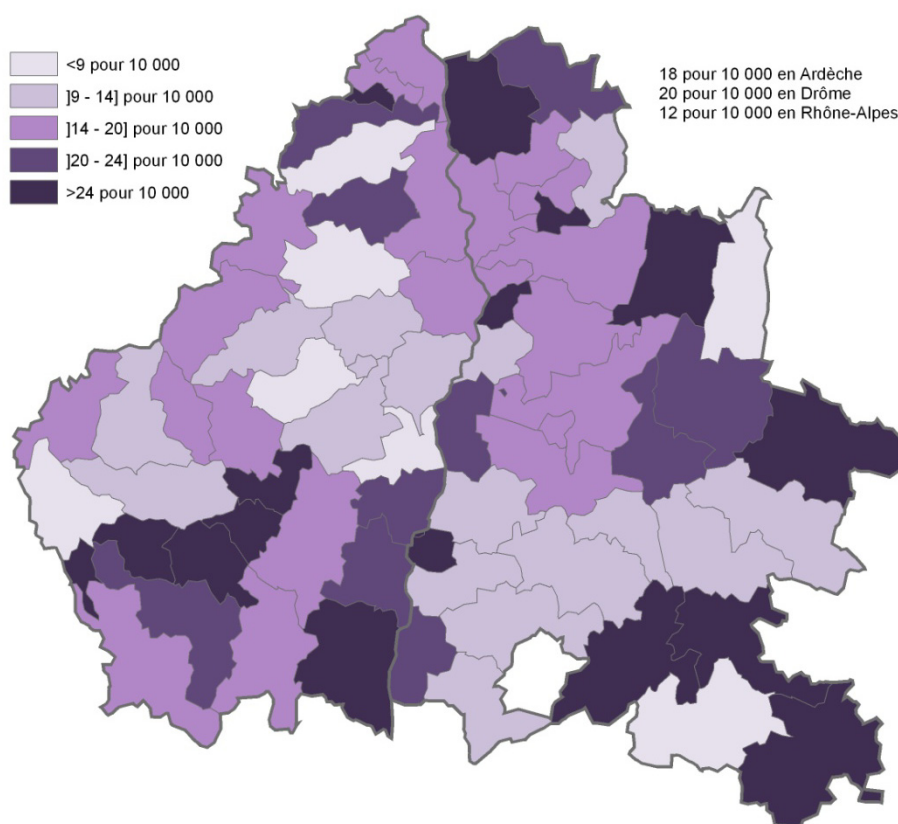
L'analyse du taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide⁴ à l'échelle des cantons de domicile des personnes, conduit aux constats suivants :

- la majorité des cantons présentent des taux supérieurs au taux régional ;
- des taux plus élevés sur les cantons correspondants aux villes les plus importantes ;

⁴ En raison des faibles effectifs observés sur certains cantons, l'analyse infra-départementale a été réalisée en cumulant les deux sexes.

- des taux plus élevés sur la moitié nord de la Drôme et sur le tiers sud de l'Ardèche.

Taux standardisé de tentatives de suicide ayant fait l'objet d'une hospitalisation selon le domicile de la personne par canton (période 2006-2007) en Drôme-Ardèche



Source : PMSI 2006-2007, Insee 2006 exploitation ORS

Mise en garde : les données d'hospitalisation (PMSI) sont disponibles au niveau du code postal. Une méthode d'estimation a été utilisée afin de disposer d'effectifs à l'échelon du canton : la répartition de la population INSEE 2006 des cantons au sein des codes postaux a été appliquée par tranche d'âge aux effectifs d'admission en ALD par code postal.

Cette méthode comporte certaines limites notamment lorsque des territoires de code postal correspondent à plusieurs cantons, les valeurs observées sur le territoire de code postal sont alors appliquées de manière uniforme aux cantons concernés.

L'exemple le plus marquant est celui du code postal 26400 qui couvre un territoire qui correspond aux quatre cantons suivants : les trois cantons de Crest (Crest, Crest-Nord, Crest-Sud) et une part du canton de Saillans.

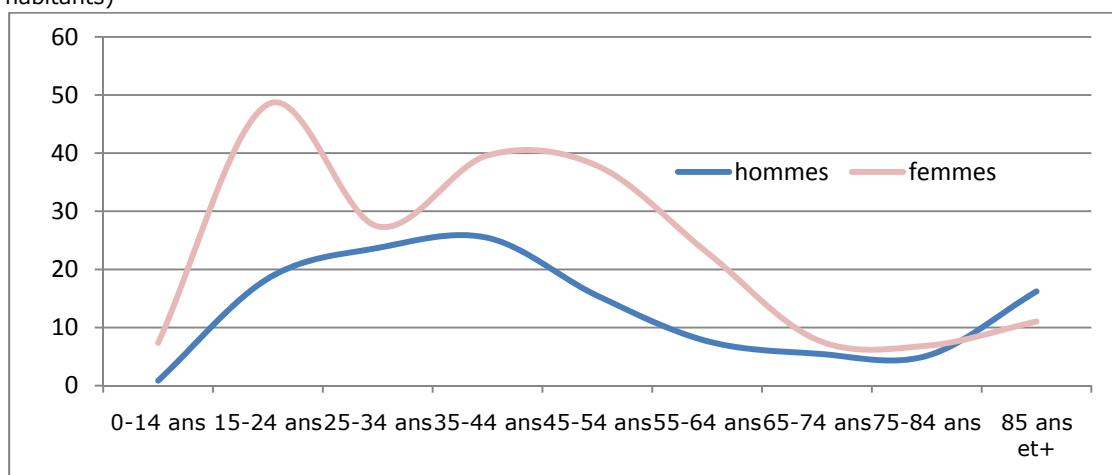
Les femmes jeunes sont les plus concernées.

Alors que la mortalité par suicide est trois fois supérieure chez les hommes (cf. paragraphe 1.2), les taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide sont deux fois plus élevés chez les femmes. Cette sur-représentation féminine se retrouve à toutes les tranches d'âges à l'exception des populations les plus âgées.

Chez les femmes, le taux d'hospitalisation le plus élevé est observé entre 15 et 24 ans avec un second pic entre 35 et 54 ans. Globalement de 15 à 54 ans les taux d'hospitalisation apparaissent plus élevés en Ardèche et de manière encore plus marquée en Drôme par rapport à la population régionale (cf. tableau).

Pour les hommes les taux bruts d'hospitalisation pour tentatives de suicide sont les plus élevés entre 15 et 54 ans avec un pic, peu marqué, entre 35 et 44 ans. Ces taux par âge sont supérieurs à ceux de la région entre 15 et 44 ans (cf. tableau).

Taux bruts d'hospitalisations pour tentative de suicide en Drôme-Ardèche selon l'âge (taux pour 10 000 habitants)



Source PMSI 06-07

exploitation ORS

Taux bruts d'hospitalisation pour tentatives de suicide selon l'âge - période 2006-2007 (taux annuel moyen pour 10 000 habitants)

	Ardèche	Drôme	Rh-Alpes
Hommes			
Moins de 15 ans	0,7	1,1	0,8
15-24 ans	20,1	17,4	13,7
25-34 ans	25,1	22,5	14,9
35-44 ans	20,5	28,6	18,6
45-54 ans	14,4	16,2	14,3
55-64 ans	5,7	9,0	7,2
65-74 ans	3,5	7,0	4,2
75-84 ans	4,6	5,6	4,4
85 ans et plus	18,0	15,6	9,0
Femmes			
Moins de 15 ans	5,1	7,9	4,9
15-24 ans	45,3	52,0	37,0
25-34 ans	31,5	30,4	22,1
35-44 ans	33,9	43,0	29,1
45-54 ans	35,5	38,7	27,4
55-64 ans	20,6	21,7	15,9
65-74 ans	6,0	9,0	7,8
75-84 ans	4,5	5,7	6,0
85 ans et plus	2,6	9,0	5,6

Source PMSI 06-07, Insee 2006

exploitation ORS

Les intoxications médicamenteuses volontaires représentent le mode principal de tentative de suicide.

Parmi les 2 908 tentatives de suicide ayant fait l'objet d'une hospitalisation sur le territoire Drôme-Ardèche, sur la période 2006-2007, l'intoxication médicamenteuse volontaire est le mode le plus largement employé. Il représentait 91% des TS hospitalisées chez les drômoises et 82% chez les drômois. Cette prépondérance est moins marquée pour la population ardéchoise où l'intoxication médicamenteuse concerne 71% des TS féminines et 61% des TS masculines.

Dans la Drôme l'autre mode de TS le plus rencontré est la phlébotomie (6% de l'ensemble des TS) devant l'absorption de substances psychoactives et la pendaison (moins de 2%).

En Ardèche alors que la part de TS par arme blanche (phlébotomie) concerne une part similaire (7%) des TS, on souligne la part importante (22%) des TS classés en « autres modes » qui comprend noyade, explosion, feu, gaz, collision et des modes mal précisés.

3- Les admissions en affections de longue durée pour troubles mentaux

Les affections de longue durée correspondent à une liste de pathologies dont la gravité du pronostic ou la lourdeur de la prise en charge médicale peut faire l'objet d'une exonération du ticket modérateur. Dans cette liste, l'ALD 23 correspond aux « affections psychiatriques de longue durée ».

Selon la dernière modification de la liste des ALD 30 (04/10/2004), les principaux champs de la CIM 10 regroupés dans l'ALD 23 sont les suivants :

Troubles liés à l'usage de substances psycho-actives

Troubles psychotiques chroniques

Troubles de l'humeur chroniques

Troubles névrotiques et anxieux chroniques

Troubles du comportement alimentaire et troubles psychiatriques puerpéraux

Les retards mentaux, les troubles envahissants du développement et les malformations congénitales, la maltraitance sur enfants.

Les données concernent le régime général, le RSI (pour salariés indépendants) et la MSA (salariés agricoles), de 2000 à 2006. Il s'agit ici des nouvelles admissions en ALD (nouveaux cas) et non de l'ensemble des personnes relevant de l'ALD 23 (prévalence).

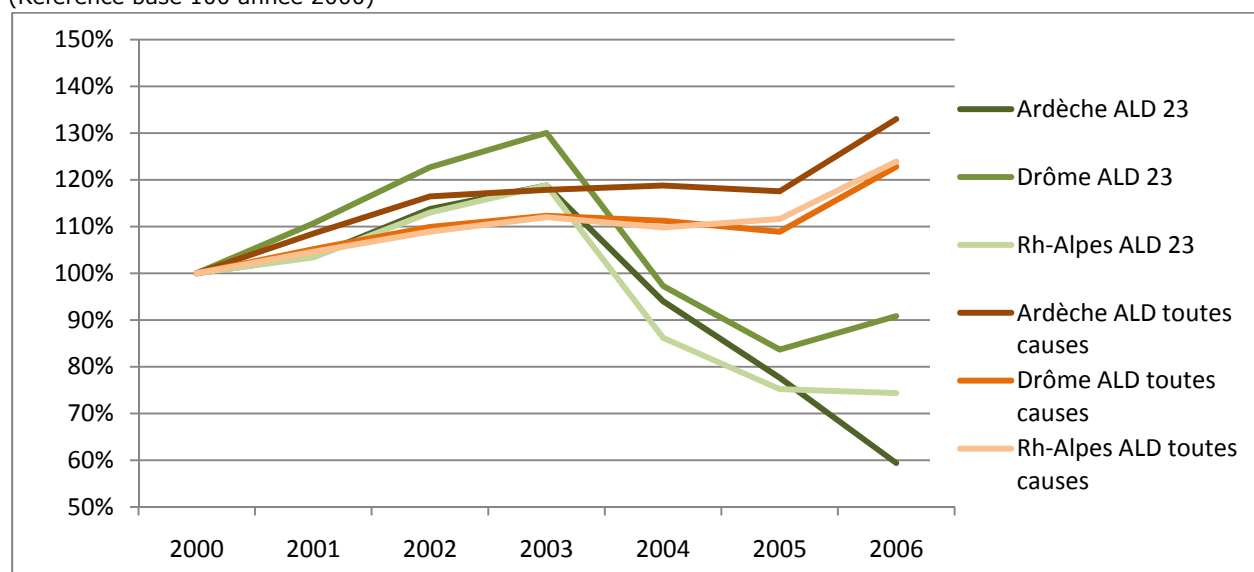
Suite au décret du 4 octobre 2004 modifiant la liste des ALD 30, le codage de certaines pathologies a été modifié dont notamment :

- individualisation de la maladie d'Alzheimer (ALD 15) qui précédemment était incluse dans les affections psychiatriques (ALD 23) ;
- précision des conditions de prise en charge des affections psychiatriques de longue durée (ALD 23).

Sur la période 2005-2006, ce sont 1 344 personnes en moyenne par an qui ont été admises en ALD pour affections psychiatriques (ALD n°23) en Drôme-Ardèche, 770 en Drôme et 574 en Ardèche. Ces effectifs correspondent à 9% du total des admissions en ALD. Le sexe ratio est assez équilibré avec 360 hommes pour 410 femmes pour la population drômoise et 291 hommes pour 280 femmes en Ardèche.

Depuis le début des années 2000, l'évolution du nombre annuel d'admissions en ALD pour affections psychiatriques (ALD 23) a connu une évolution particulière. L'évolution initiale à la hausse a connu une cassure brutale en 2004 suite aux modifications de définition des affections relevant de l'ALD avec notamment individualisation des démences organiques et de la maladie d'Alzheimer en ALD 15 (cf. encadré ci-dessus). Plus récemment, ce nombre d'admissions en ALD 23 s'est stabilisé entre 2005 et 2006 au niveau de la région et a déjà amorcé une augmentation sur le département de la Drôme.

Évolution du nombre annuel d'admissions en ALD pour affections psychiatriques (ALD 23) de 2000 à 2006
(Référence base 100 année 2000)



Sources CNAMTS-RSI-MSA

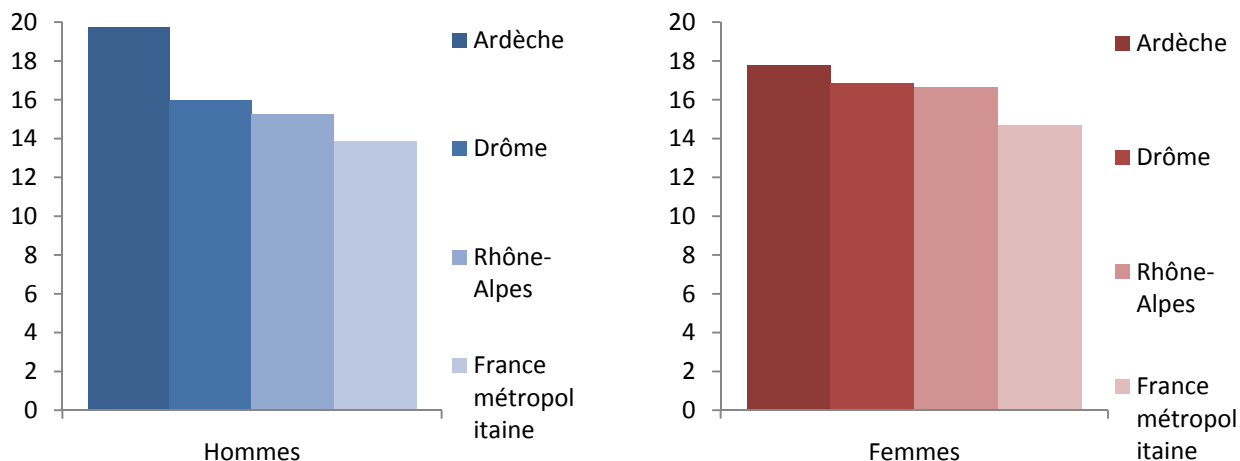
exploitation ORS

Les taux comparatifs d'admission en affections de longue durée mettent en évidence un taux supérieur en Ardèche notamment chez les hommes avec un taux de 19,3 contre 15,7 dans la Drôme, 15,1 pour la population régionale et 14,3 pour la référence nationale.

Chez les femmes les différences sont moins marquées, avec des taux de 17,5 en Ardèche, 16,7 dans la Drôme, 16,4 pour la population régionale et enfin 15,0 pour la référence nationale.

Il faut souligner que l'Ardèche est le seul de ces territoires où le taux comparatif d'admission en ALD pour troubles mentaux est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Taux comparatifs d'admissions en ALD pour troubles mentaux (ALD 23) selon le sexe (Période 2005-2006)



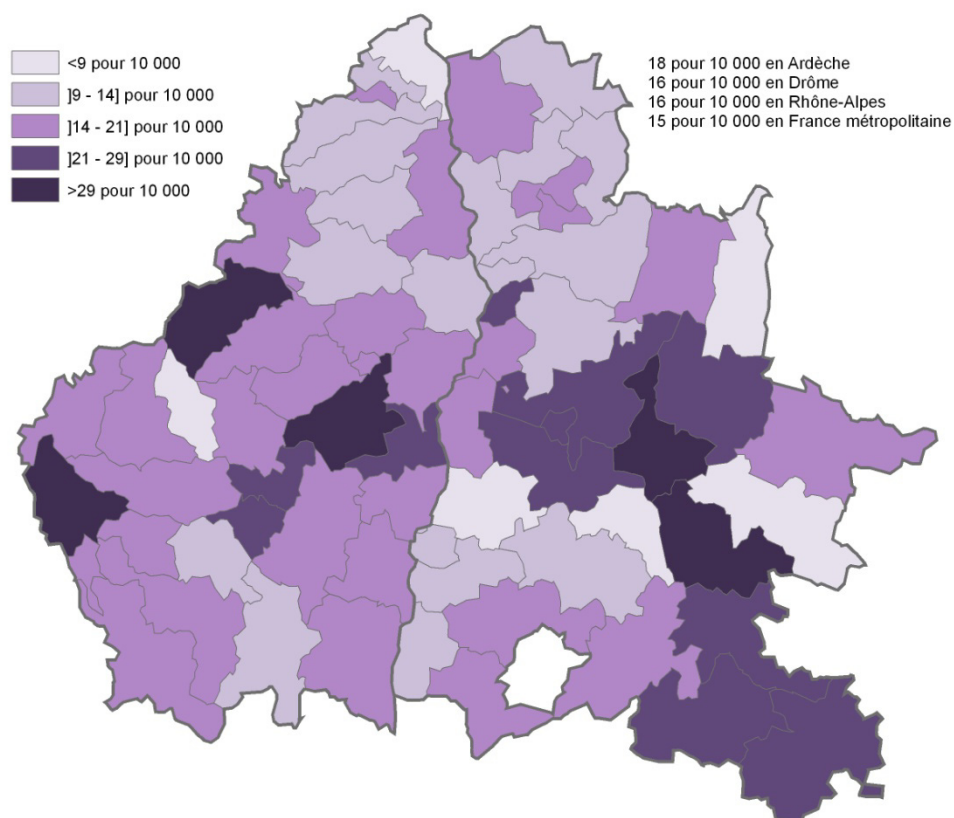
Sources CNAMTS-RSI-MSA. Insee RP 2006 - exploitation ORS

L'analyse du taux d'admission en affection de longue durée pour troubles mentaux⁵ à l'échelle des cantons conduit aux constats suivants :

- des taux plus élevés autour de Privas en Ardèche, à Valence, dans la vallée de la Drôme et à la pointe sud-est du département dans la Drôme ;
- des taux plus élevés sur la moitié sud de l'Ardèche.

⁵ En raison des faibles effectifs observés sur certains cantons, l'analyse infra-départementale a été réalisée en cumulant les deux sexes.

Taux standardisé d'admissions en affection de longue durée pour troubles mentaux par canton (période 2005-2006) en Drôme-Ardèche



Sources CNAMTS-RSI-MSA. Insee RP 2006 - exploitation ORS

Mise en garde : les données d'hospitalisation (PMSI) sont disponibles au niveau du code postal. Une méthode d'estimation a été utilisée afin de disposer d'effectifs à l'échelon du canton : la répartition de la population INSEE 2006 des cantons au sein des codes postaux a été appliquée par tranche d'âge aux effectifs d'admission en ALD par code postal.

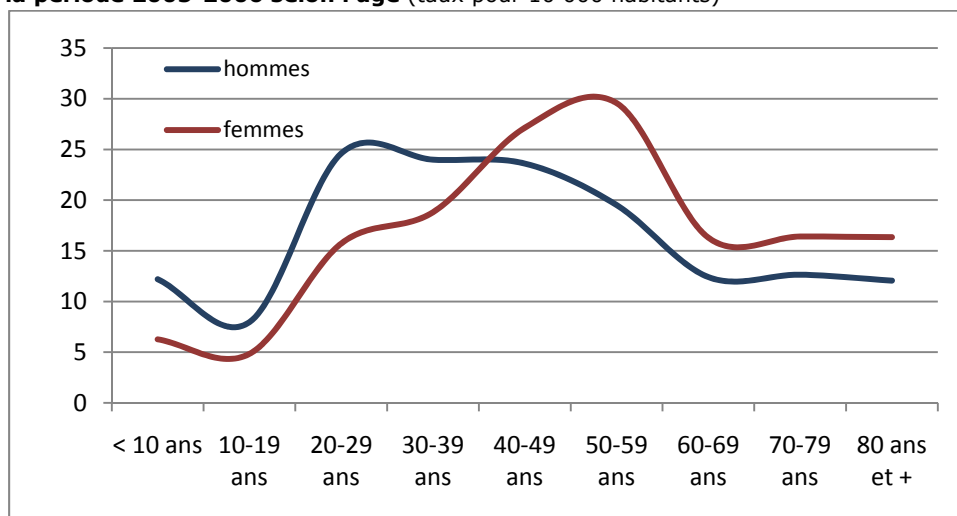
Cette méthode comporte certaines limites notamment lorsque des territoires de code postal correspondent à plusieurs cantons, les valeurs observées sur le territoire de code postal sont alors appliquées de manière uniforme aux cantons concernés.

L'exemple le plus marquant est celui du code postal 26400 qui couvre un territoire qui correspond aux quatre cantons suivants : les trois cantons de Crest (Crest, Crest-Nord, Crest-Sud) et une part du canton de Saillans.

Des taux d'admissions en ALD variables selon l'âge

Après un pic modéré d'admission en ALD 23 au cours de la petite enfance, les taux d'admissions les plus élevés sont observés dans les tranches d'âge adulte de 20 à 60 ans avec un taux relativement stable chez les hommes tout au long de ces tranches d'âge et des taux croissants avec l'âge chez les femmes jusqu'à 50 ans avant une décroissance rapide. Près de 4 personnes sur cinq admises en ALD 23 ont moins de 60 ans.

Taux bruts annuels de nouvelles admissions en ALD pour pathologies psychiatriques en Drôme-Ardèche sur la période 2005-2006 selon l'âge (taux pour 10 000 habitants)



Sources CNAMTS-RSI-MSA, INSEE RP 2006

exploitation ORS

Le détail des taux d'admissions en ALD par tranche d'âge montre que la différence observée chez les hommes entre l'Ardèche (taux plus élevé) et les autres territoires, repose essentiellement sur les tranches d'âges adulte de 20 à 49 ans et chez les personnes de plus de 60 ans.

Chez les femmes, les taux ardéchois se différencient des taux de référence régionaux et nationaux sur les tranches d'âge allant de 30 à 59 ans.

Taux bruts d'admission en ALD 23 selon l'âge - période 2005-2006 (taux annuel moyen pour 10 000 habitants)

	Ardèche	Drôme	Rh-Alpes	France métro.
Hommes				
Moins de 10 ans	12,4	12,0	13,1	13,0
10-19 ans	8,2	7,8	8,4	8,0
20-29 ans	27,3	23,1	18,4	16,6
30-39 ans	27,7	21,6	18,5	16,8
40-49 ans	27,9	20,7	20,1	18,2
50-59 ans	20,8	18,6	18,5	17,6
60-69 ans	15,2	10,5	10,9	9,9
70-79 ans	15,2	10,7	11,6	8,3
80 ans et plus	14,4	10,2	12,3	8,8
Femmes				
Moins de 10 ans	5,1	7,0	5,4	5,9
10-19 ans	5,2	4,6	7,5	6,6
20-29 ans	15,8	15,7	14,0	11,7
30-39 ans	21,6	17,0	17,8	15,8
40-49 ans	28,5	26,3	24,0	21,5
50-59 ans	31,1	28,6	26,0	23,4
60-69 ans	16,0	16,5	17,2	15,7
70-79 ans	14,7	17,6	18,5	14,9
80 ans et plus	17,0	15,8	20,9	16,3

Sources CNAMTS-RSI-MSA, Insee RP 2006 exploitation ORS

Une prédominance globale des troubles de l'humeur et une sur-représentation des admissions pour usages de substances psychoactives en Ardèche

Au sein des admissions en ALD pour troubles mentaux, le motif le plus fréquent est représenté par les troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires) qui représentent environ la moitié des admissions chez les femmes (46% en Ardèche, 52% en Drôme et 44% au niveau régional) et au moins le quart chez les hommes (25% en Ardèche et en région, 30% en Drôme). Ce motif d'admissions prédominant à toutes les tranches d'âge adulte chez les femmes et entre 40 et 69 ans chez les hommes.

Les troubles de la personnalité représentent le deuxième motif d'admissions avec un sixième à un cinquième des admissions.

Les psychoses arrivent au troisième rang dans la Drôme et sur la région (15 et 17% du total). Il s'agit d'un motif d'admission en ALD plus fréquent pour les 20 à 30 ans pour les deux sexes, en lien avec l'âge de début habituellement jeune de ce type de pathologies (schizophrénie principalement).

En Ardèche, ce sont les troubles liés à l'usage de substances psychoactives (SPA) qui apparaissent au 3^{ème} rang avec une part relative qui est plus de deux fois supérieure à ce qui est observé en Drôme et en Rhône-Alpes (respectivement 22% contre 10 et 11% chez les hommes, 7% contre 2 et 3% chez les femmes). C'est au niveau de la population âgée de 30 à 50 ans que la part des admissions pour ces motifs est la plus élevée.

Enfin on peut souligner que le retard mental et les troubles du développement dont l'autisme représentent un peu moins de 10% des admissions, que cela concerne essentiellement les enfants (diagnostic de la pathologie au cours des premières années de vie) avec une part plus importante chez les garçons.

Répartition des admissions en ALD 23 selon le motif et le sexe (2005-2006)

Motifs d'admission	Femmes			Hommes			Ensemble		
	Ardèche	Drôme	Rhône-Alpes	Ardèche	Drôme	Rhône-Alpes	Ardèche	Drôme	Rhône-Alpes
Troubles de l'humeur	46%	52%	44%	25%	30%	25%	35%	42%	35%
Troubles de la personnalité	20%	15%	19%	16%	19%	21%	18%	17%	20%
Psychoses	9%	10%	13%	13%	20%	21%	11%	15%	17%
Usage de substances psychoactives	7%	2%	3%	22%	10%	11%	15%	6%	7%
Retard mental et troubles du développement (dont autisme)	6%	5%	5%	13%	9%	11%	9%	7%	8%
Névroses	4%	3%	5%	4%	3%	3%	4%	3%	4%
Autres et non définis	8%	11%	10%	7%	9%	8%	7%	10%	9%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Sources CNAMTS-RSI-MSA.

exploitation ORS

4- Invalidités et arrêts de travail de longue durée

Ces données concernent les personnes couvertes sous le régime général de l'Assurance Maladie, de 2005 à 2007. Elles sont recueillies par l'ERSM (échelon régional du service médical).

L'analyse porte sur la classification CIM du diagnostic principal.

Mises en invalidité : incapacité acquise par un assuré social par suite d'un accident ou d'une maladie non professionnelle ou d'une usure prématurée de l'organisme et qui, de ce fait, n'est pas en mesure de se procurer dans une profession quelconque un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale perçue par un travailleur de la même catégorie professionnelle à laquelle il appartenait. articles L341-1 et L341-2. L'invalidité concerne les personnes âgées de moins de 60 ans.

Arrêt de travail de longue durée : article L324-1 du code de la Sécurité sociale, l'arrêt de travail de longue durée en maladie ne concerne ni l'accident du travail, ni la maladie professionnelle. Le patient doit être atteint d'affections individualisées, et suffisamment sévères pour justifier d'un arrêt de travail supérieur à six mois. La prise en charge par l'Assurance Maladie du patient en arrêt de travail dépassant une durée de six mois nécessite l'accord du médecin conseil.

Les troubles mentaux sont à l'origine de 30% des mises en invalidité en Drôme-Ardèche

Sur la période 2005-2007, 1 016 personnes relevant du régime général ont été mises en invalidité en moyenne chaque année parmi les assurés du régime général des départements de la Drôme et de l'Ardèche. Parmi elles, 310 soit 31% l'ont été pour troubles mentaux ce qui constitue la seconde cause de mise en invalidité après les troubles ostéo-articulaires. Plus en détail, les mises en invalidité pour troubles mentaux représentent 32% du total de mises en invalidité soit 137 sur 423 en Ardèche, 29% dans la Drôme (soit 173 sur 593) et 30% en Rhône-Alpes (2 597 sur 8 570).

Les femmes bien que moins nombreuses dans la population concernée (taux de population active plus faible dans la population féminine), les femmes sont majoritaires parmi les personnes ayant été mises en invalidité pour troubles mentaux. Elles représentent, en effet, 55% en Ardèche, 64% dans la Drôme et 61% au niveau régional.

Il s'agit d'ailleurs du premier motif chez les femmes à l'origine de plus du tiers des mises en invalidité (37% en Ardèche, 36% dans la Drôme et en Rhône-Alpes). Chez les hommes, les troubles mentaux constitue également le premier motif de mise en invalidité en Ardèche où cela représente 28%, et le deuxième motif en Drôme (22%) et en région (25%) immédiatement après les troubles ostéo-articulaires.

Les troubles mentaux constituent le premier motif d'arrêt de travail de longue durée et sont à l'origine du quart d'entre eux

En Drôme-Ardèche sur la même période, parmi les 3 540 personnes relevant du régime général d'assurance-maladie qui ont été chaque année en arrêt de travail de longue durée, 907 soit 26% l'ont été pour troubles mentaux dont 383 en Ardèche et 524 dans la Drôme. Il s'agit là de la première cause d'arrêt de travail prolongé juste devant les maladies de l'appareil ostéo-articulaires. Cette part est plus précisément de 27% en Ardèche (383 sur 1 411), de 25% sur la Drôme (soit 524 sur 2129) et de 26% sur la région (7 609 sur 29 464).

Là aussi les femmes sont majoritaires et représentent 58% des personnes concernées par ces arrêts de travail en Ardèche et 61% en Drôme comme en Rhône-Alpes. Les troubles mentaux sont à l'origine de 32% d'entre eux en Ardèche, 28% dans la Drôme et 30% en Rhône-Alpes, contre respectivement 23%, 21% et 21% chez les hommes (2^{ème} motif après les maladies de l'appareil ostéo-articulaires).

5- Caractéristiques des personnes accueillies dans les établissements pour adultes et enfants handicapés

Structures avec hébergement :

Foyer d'hébergement - MAS (maison d'accueil spécialisé) - FAM (foyer d'accueil médicalisé) - Foyer de vie

Structures sans hébergement

ESAT (établissement et service et d'aide par le travail) – SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale)

La description du dispositif de prise en charge des personnes handicapées et des différents types d'établissements ou service et détaillée dans la seconde partie du rapport concernant l'offre de soin.

La seule source d'informations actuellement disponible est l'enquête « établissements sociaux et médico-sociaux » (enquête « ES »). Cette enquête a lieu tous les quatre ans, à l'échelle des départements, dans toute la France, et concerne les établissements d'accueil, avec ou sans hébergement, des personnes handicapées adultes et enfants. Les chiffres qui suivent ne prennent donc pas en compte les personnes handicapées qui ne sont pas pris en charge par ces structures. La dernière enquête a été réalisée en 2006.

Les **adultes handicapés** présentent une déficience principale et dans certains cas, une ou plusieurs déficiences secondaires. La déficience psychique représente la déficience principale majoritaire dans les foyers d'accueil médicalisé (56% des personnes). Il s'agit également de la déficience principale d'un quart des personnes en foyer d'hébergement et en SAVS et de moins de 20% pour les MAS, les ESAT et les foyers de vie. Pour toutes ces structures, la déficience principale la plus rencontrée est une déficience intellectuelle, à l'exception des Maisons d'accueil spécialisés dont les résidents présentent le plus souvent un poly-handicap.

Part des personnes hébergées ou suivies dans les établissements ou services pour adulte handicapé dont la déficience principale est une déficience psychique

Catégorie d'établissement	Part des personnes avec déficience du psychisme comme déficience principale		Déficience principale la plus rencontrée, par établissement	
	Ardèche	Drôme	Ardèche	Drôme
ESAT	22%	16%	intellectuelle	
Foyer d'hébergement	23%	27%	intellectuelle	
MAS	17%	17%	pluri-handicap	poly-handicap
Foyer de vie	10%	12%	intellectuelle	
FAM	N.R	56%	N.R	psychique
SAVS	22%	26%	intellectuelle	

Source : enquête ES2006 DRASS Rhône-Alpes

Cependant la part totale de personnes présentant une déficience psychique en déficience principale ou associée est plus importante et représenterait au moins 40% dans la plupart des établissements.

Prévalence de personnes dont la déficience principale ou secondaire est une déficience psychique au sein des établissements ou services pour adulte handicapé

Catégorie d'établissement	Effectifs d'adultes avec déficience psychique		Effectifs totaux d'adultes hébergés ou suivis		Taux d'adultes présentant une déficience psychique	
	Ardèche	Drôme	Ardèche	Drôme	Ardèche	Drôme
ESAT	320	347	621	1 003	52%	35%
Foyer d'hébergement	170	192	266	476	64%	40%
MAS	150	77	272	269	55%	29%
Etablissement expérimental		5		34		15%
Foyer de vie	117	172	277	437	42%	39%
FAM		96	14*	154		62%
SAVS	46	85	125	310	37%	27%

Source : enquête ES2006 DRASS Rhône-Alpes – effectifs redressés

*taux de réponse nul, effectif estimé

Les effectifs par catégorie ne sont pas sommables du fait de doubles comptes (exemple : travailleurs handicapés en ESAT hébergés en foyer).

En ce qui concerne les **enfants handicapés** suivis ou hébergés dans des structures spécialisées, les troubles du psychisme constituent la déficience principale de la quasi-totalité des enfants suivis en ITEP mais de moins de 30% des enfants suivis en SESSAD, ou en Institut médico-éducatifs ou médico-pédagogiques.

Part des enfants hébergées ou suivies dans les établissements ou services pour enfant handicapé dont la déficience principale est une déficience psychique

Catégorie d'établissement	Part des personnes avec déficience du psychisme comme déficience principale		Déficience principale la plus rencontrée, par établissement	
	Ardèche	Drôme	Ardèche	Drôme
Sessad	28%	18%	intellectuelle	
Itep	99%	98%	psychique	
IME et IMP	22%	16%	intellectuelle	

Source : enquête ES2006 – DRASS Rhône-Alpes - données redressées

Sessad : service d'éducation spéciale et de soins à domicile

Itep : institut thérapeutique éducatif et pédagogique

IME IMP : instituts médico-éducatifs et médico-pédagogique

Parmi l'ensemble des enfants suivis, la moitié (50%) présentent une déficience psychique qu'il s'agisse de la déficience principale ou d'une déficience secondaire.

Prévalence de personnes dont la déficience principale ou secondaire est une déficience psychique au sein des établissements ou services pour enfant handicapé

Catégorie d'établissement	Effectifs d'enfants avec déficience psychique		Effectifs totaux d'enfants hébergés ou suivis		Taux d'enfants présentant une déficience psychique	
	Ardèche	Drôme	Ardèche	Drôme	Ardèche	Drôme
Sessad	59	113	152	361	39%	31%
Itep	93	139	94	139	99%	100%
IME et IMP	131	274	221	560	59%	49%
autres*		50	0	208		24%
Total	283	577	467	1 268	61%	46%

Source : enquête ES2006 Drass Rhône-Alpes – effectifs redressés

* Etablissements pour enfants polyhandicapés, instituts pour déficients sensoriels ou pour déficients moteurs et établissements expérimentaux.

Deuxième partie : offre de soins en santé mentale

Organisation de la psychiatrie en France

La psychiatrie de service public a pour triple objectif la prévention, le soin et la réinsertion des personnes atteintes de troubles de la santé mentale. Elle répond pour cela a plusieurs obligations dont :

- l'accès pour tous aux prestations offertes. Cette mission comporte une démarche particulière à l'égard des populations les plus démunies, qui n'ont pas aisément accès aux soins ;
- la mise à disposition de la population d'une gamme diversifiée de services incluant les soins d'urgence, permettant d'assurer la permanence et la continuité des soins vingt-quatre heures sur vingt-quatre, comportant des prestations au lieu de résidence des patients.

Elle est organisée en **secteurs**, pour la prise en charge hospitalière et pour le suivi en ambulatoire. Chaque secteur est ainsi rattaché à un service de psychiatrie, d'un hôpital public ou d'un hôpital privé participant au service public hospitalier, et à un **CMP** (centre médico-psychologique).

La psychiatrie publique sectorisée ambulatoire a une double spécificité importante : d'une part, les soins ambulatoires y sont généralement gratuits et, d'autre part, les prestations rendues par une équipe pluridisciplinaire peuvent avoir une importante composante sociale. Les CMP doivent prévoir un dispositif alternatif à l'hôpital dans la prise en charge des urgences, s'il n'existe pas de CAP (Centre d'Accueil Permanent) sur le secteur.

L'adresse d'une personne malade la relie au secteur qui a le devoir de la prendre en charge selon les modalités du service public. Le principe français de choix de son médecin reste valide sauf pour les hospitalisations sous contrainte, qui sont minoritaires.

En pratique, chaque département français est découpé par des aires géographiques précises, d'environ 67 000 habitants, l'arrondissement, le canton voire le quartier et la rue. Ce secteur peut être plus ou moins vaste géographiquement selon la densité de population.

Le secteur psychiatrique n'intervient qu'à l'intérieur de ses limites géographiques. Cependant, certaines structures ne sont disponibles qu'hors secteur géographique et sont intersectorielles.

En France 815 secteurs de psychiatrie générale (pour adultes au-delà de 20 ans), couvrent une population moyenne de 57 000 et 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile couvrent une population moyenne de 48 000 (pour les enfants et adolescents de moins de 20 ans).

Les établissements de soins spécialisés privés, à but lucratif ou non lucratif, complètent le dispositif institutionnel spécialisé. Leurs prestations, dont la gamme n'a pas l'étendue rencontrée dans le service public, répondent à des besoins généralement assez précis, variant d'un établissement à l'autre.

Les psychiatres, psychologues et autres **professionnels spécialisés d'exercice libéral** proposent des prestations caractérisées par la relation duelle entre thérapeute et patient. Leurs soins répondent à une importante part des besoins de santé mentale et, notamment, aux besoins d'une population ayant une certaine autonomie et facilité dans le recours aux soins.

Les médecins généralistes sont très fréquemment les premiers soignants consultés sur les problèmes de santé mentale. Ils sont en position de résoudre bon nombre de ces problèmes ou d'orienter les personnes vers les services ou praticiens spécialisés dans les meilleures conditions.

Les services d'urgence générale sont amenés à intervenir très fréquemment sur des problèmes de santé mentale. Ils sont, comme les praticiens généralistes, en position de résoudre une part de ces problèmes, ou d'orienter pour la meilleure réponse possible.

Les associations réunissent des parents, familles et amis de malades mentaux, des malades ou anciens malades, ou des acteurs de santé mentale d'horizons variés, pour la promotion d'action innovantes ou complémentaires des prestations offertes dans les services de soins. Elles établissent des réseaux de solidarité. Certaines d'entre elles créent et gèrent des structures de soins ou d'aide destinées aux malades mentaux. Elles sont, pour la population, des interlocuteurs et des appuis indispensables et, pour les

services de soins (et notamment les services spécialisés), des partenaires sans équivalent.

Depuis une vingtaine d'années, les différents plans gouvernementaux ont recommandé de limiter la durée et le nombre d'hospitalisations à temps complet. Ainsi ont été mises en place d'autres possibilités ou dispositifs de prise en charge à temps complet : placement familial thérapeutique, appartements thérapeutiques, centres de post-cure psychiatrique, centres de crise et services d'accueil des urgences, et l'hospitalisation à domicile.

Des modalités de prises en charge à temps partiel se sont également développées comme l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation de nuit, l'accueil en CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) et ateliers thérapeutiques.

Différentes modalités de prise en charge existent en France :

Les prises en charge à temps complet :

- L'hospitalisation à temps plein permet une coupure avec le milieu social et familial afin de prodiguer les soins intensifs nécessaires.
- Les centres de post-cure accueillent les patients après la phase aiguë de la maladie
- Les appartements thérapeutiques, par la présence importante, sinon continue, de personnel soignant, ont une mission de réinsertion sociale.
- L'hospitalisation à domicile (HAD) permet au patient de redécouvrir les gestes de la vie quotidienne dans son cadre habituel en lui garantissant la continuité des soins
- L'accueil familial thérapeutique donne une dimension importante à la prise en charge sociale et affective, lors d'une phase de réadaptation et d'acquisition d'une certaine autonomie.

Les prises en charge à temps partiel :

- L'hospitalisation en hôpital de jour
- Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) accueillent des patients stabilisés sur le plan symptomatique, pour une reconstruction de l'autonomie et réadaptation sociale
- Les ateliers thérapeutiques prévoient des soins particuliers en vue de l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale.
- L'hospitalisation en hôpital de nuit propose une prise en charge la nuit et le week-end, moments de particulière vulnérabilité et d'angoisse

Le plan gouvernemental Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 commence à ce sujet par ce constat :

« Dans un contexte de forte croissance du recours aux secteurs de psychiatrie ces dernières années, le nombre de lits d'hospitalisation complète a considérablement été réduit au cours des vingt dernières années sans être compensé par un développement suffisant (bien que sensible) des prises en charge alternatives et ambulatoires. »

1- Les établissements psychiatriques : places disponibles et taux d'équipement

Les données proviennent de la SAE (statistique annuelle d'établissement). Elles concernent tous les établissements de soin, publiques, privés participant au service public hospitalier (PSPH), et privés à but lucratif.

1-1. La psychiatrie infanto-juvénile

La limite d'âge « réglementaire » de 16 ans est souvent assouplie ou aménagée pour répondre aux besoins spécifiques des adolescents. Ainsi dans la pratique, pour les prises en charge notamment en ambulatoire, cette tranche d'âge est souvent élargie au moins de 20 ans comme l'illustrent les maisons des adolescents souvent destinées aux jeunes de 13 à 20 ans. En conséquence l'offre de psychiatrie infanto-juvénile sera rapportée à la population âgée de moins de 20 ans.

Sur la région Rhône-Alpes, 35 secteurs couvrent une population moyenne de 44 000 enfants et adolescents de moins de 20 ans.

Sur le département de la Drôme, 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile couvrent en moyenne 39 300 habitants de moins de 20 ans.

Le secteur 26I01 (Romans, Saint-Vallier et le nord de la Drôme) est rattaché aux services de psychiatrie des hôpitaux Drôme-Nord.

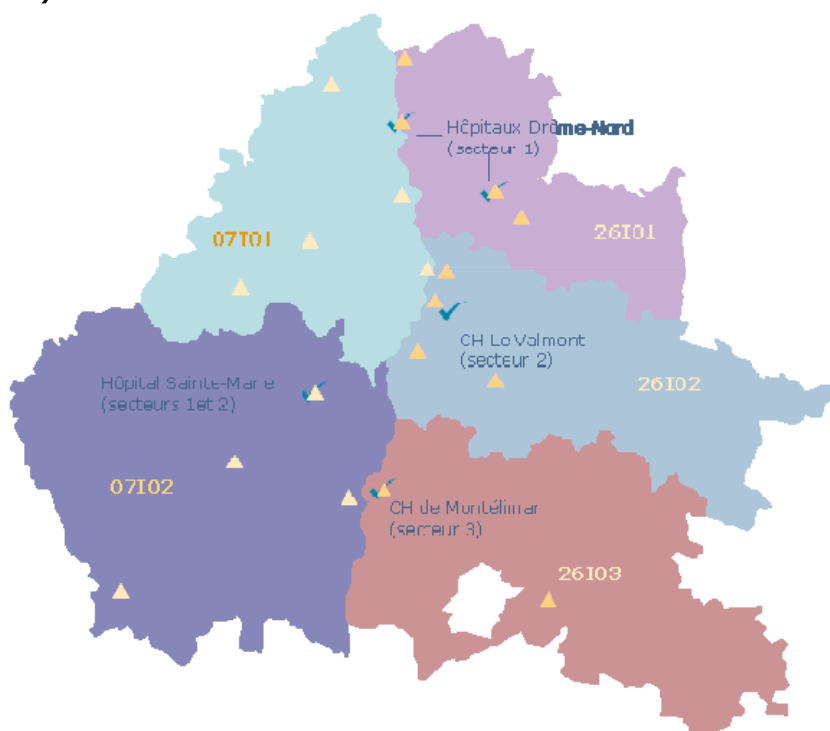
Le secteur 26I02 (Valence, Portes-lès-Valence, Livron, Loriol et la vallée de la Drôme), est rattaché à l'hôpital Le Valmont de Montéléger.

Le secteur 26I03 est rattaché aux services de psychiatrie du Centre Hospitalier de Montélimar.

En Ardèche l'hôpital de Sainte Marie à Privas, établissement privé participant au service public hospitalier, est l'hôpital de rattachement de tous les secteurs infanto-juvéniles et adultes.

Pour la psychiatrie infanto-juvénile deux secteurs couvrent en moyenne 35 900 enfants et adolescents de moins de 20 ans.

Représentation des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et des établissements de référence (et des CMP) en Drôme et en Ardèche



Un faible taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile

Le taux d'équipement est le nombre de lits (hospitalisation à temps complet) ou de places (hospitalisation à temps partiel, c'est-à-dire uniquement de jour ou de nuit) disponibles rapporté à la population (ici pour 1 000 habitants).

Il n'existe dans la Drôme qu'un seul lieu d'hospitalisation à temps complet pour les enfants et les adolescents jusqu'à 16 ans. Cette unité d'hospitalisation se situe à St-Vallier, dépend du secteur 1 des hôpitaux Drôme-Nord et concerne également le département de l'Ardèche qui ne compte aucune structure d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile. Cette offre ardéchois-drômoise, construite transversalement, correspond à un taux d'équipement très inférieur à ce qui existe au niveau régional et national (0,04 lits pour 1000 habitants de moins de 20 ans contre respectivement 0,11 et 0,13).

Le taux d'équipement en hospitalisation partielle (de jour ou de nuit) est par contre plus élevé dans la Drôme qu'au niveau régional et est proche du niveau national. Cette offre est plus réduite en Ardèche et conduit à un taux d'équipement sur les deux départements (0,44) qui se situe entre le niveau régional (0,40) et le niveau national (0,58 lits et places pour 1000).

Nombre de lits et taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile pour 1 000 habitants de moins de 20 ans (au 1^{er} janvier 2009)

	Ardèche	Drôme	Drôme Ardèche	Rhône- Alpes	France
Hospitalisation complète					
Nombre de lits	0	8	8	164	2 082
Taux	-	-	0,04	0,11	0,13
Hospitalisation partielle (de jour, de nuit)					
Nombre de places	20	63	83	623	9 145
Taux	0,28	0,53	0,44	0,40	0,58

Sources : SAE 2008, Insee 2006

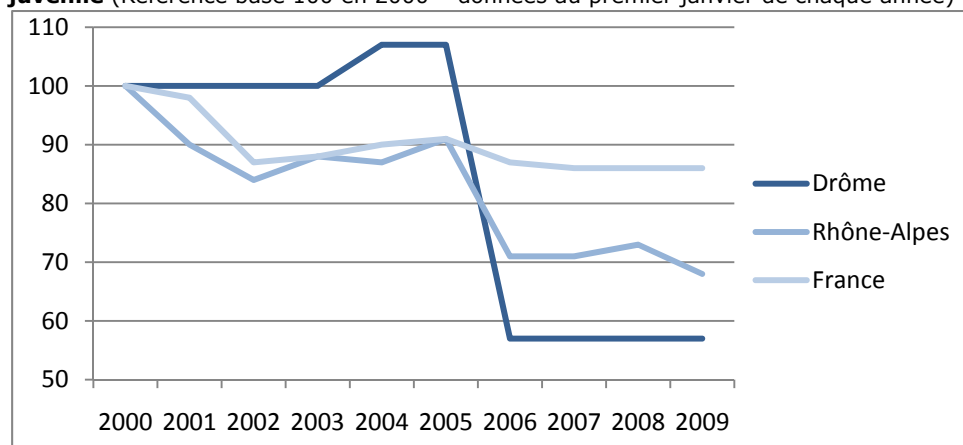
Exploitation ORS

Des places d'hospitalisation en baisse sur les dernières années

Le nombre de places d'hospitalisation, essentiellement à temps complet, a globalement baissé ces dernières années, en Drôme, en Rhône-Alpes et en France.

On souligne notamment une baisse entre 2005 et 2006 de près de la moitié des lits d'hospitalisation complète dans la Drôme (passage de 15 à 8 lits), qui est destinée à la population des deux départements. Cette baisse est liée à la suppression de lits au Centre hospitalier de Montélerger. Sur l'ensemble de la période l'évolution à la baisse est également constatée au niveau de la région (- 30%) et du territoire national (- 15%).

Evolution de 2000 à 2009 du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie infanto-juvénile (Référence base 100 en 2000 - données au premier janvier de chaque année)

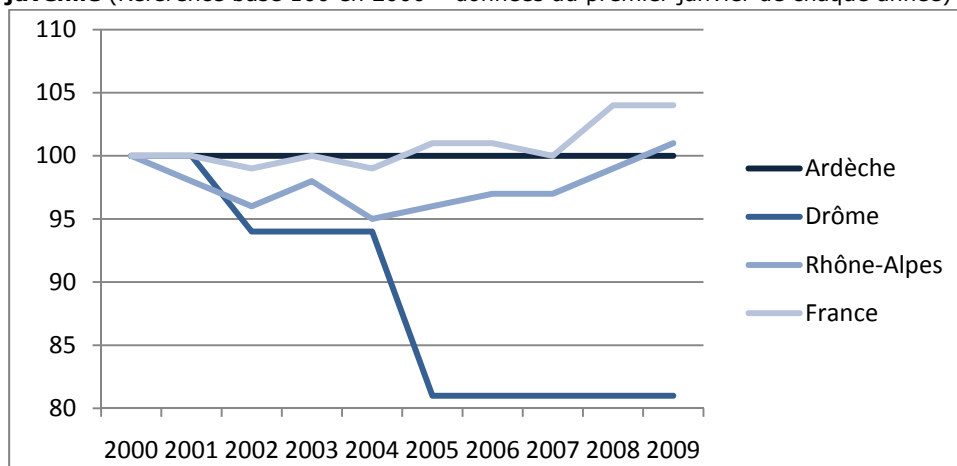


Source : SAE/Statiss

exploitation ORS

Concernant, les places d'hospitalisation partielle, seul le département de la Drôme présente une évolution décroissante significative avec une perte de d'un cinquième des places (passage de 78 places en 2000 à 63 places en 2007). Pour les autres territoires on observe une stabilité et au niveau national une très légère croissance.

Evolution de 2000 à 2009 du nombre de places d'hospitalisation à temps partiel en psychiatrie infant-juvénile (Référence base 100 en 2000 – données au premier janvier de chaque année)



Source : SAE/Statiss

exploitation ORS

Un développement d’alternatives à l’hospitalisation

Depuis le début du plan national Psychiatrie et Santé Mentale en 2005, ont été ouverts un CMP enfants à Valence et une maison des adolescents, située à Valence, et rattachée au Centre hospitalier Le Valmont. Cet établissement est un lieu ouvert d’accueil, d’écoute, de soin et d’orientation, destiné aux adolescents de 13 à 20 ans. Il constitue un dispositif intersectoriel pour le territoire repéré des départements de la Drôme et de l’Ardèche.

En revanche le nombre de places en CATTP ou ateliers thérapeutiques a diminué. En 2009 on ne compte que 3 places en CATTP en Ardèche et 4 places dans la Drôme, contre 167 sur la région.

Il n’existait pas en 2008 de places d’accueil familial thérapeutique pour enfants et adolescents sur les deux départements de la Drôme et de l’Ardèche (26 au total sur la région réparties sur les départements du Rhône, de la Loire et de l’Isère).

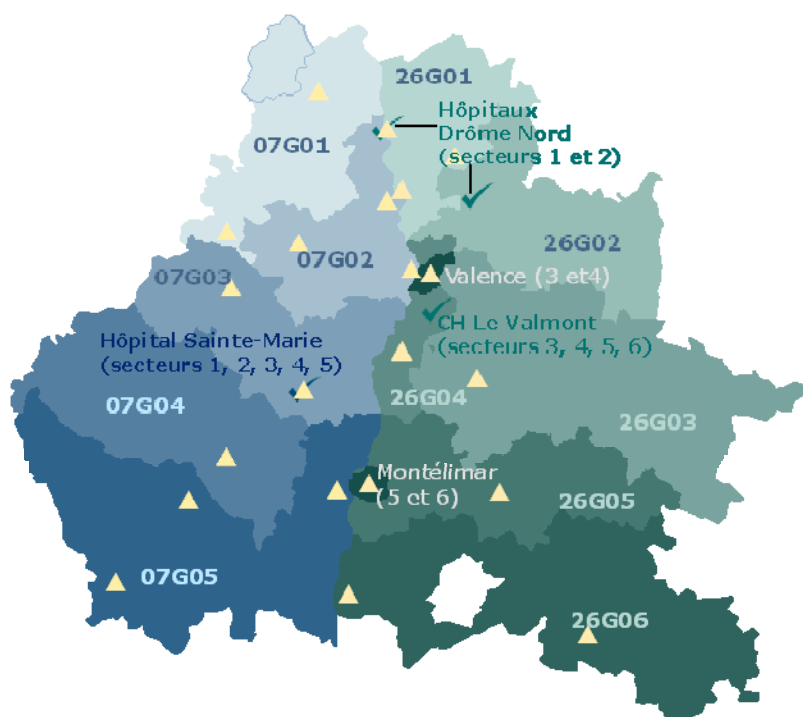
1-2. La psychiatrie générale

Sur la région Rhône-Alpes, 79 secteurs de psychiatrie générale couvrent en moyenne 56 700 adultes de plus de 20 ans.

Sur le département de la Drôme, six secteurs de psychiatrie générale couvrent en moyenne 58 400 habitants. Les secteurs 1 et 2 dépendent des Hôpitaux Drôme-Nord de Romans et Saint-Vallier pour les secteurs 1 et 2. Les secteurs 3, 4, 5 et 6, dépendent du Centre hospitalier Le Valmont (cf. carte).

En Ardèche chacun des cinq secteurs couvre en moyenne 47 900 adultes. Ces 5 secteurs sont rattachés à l’hôpital de Sainte-Marie à Privas. A noter que le secteur 1 de psychiatrie adulte compte un canton de la Loire (Bourg Argental).

Représentation des secteurs de psychiatrie générale et des établissements de référence (et des CMP) en Drôme et en Ardèche



Un taux d'équipement plus élevé que les références nationale et régionale en lits d'hospitalisation complète en Drôme et en places d'hospitalisation partielle en Ardèche

La Drôme présente un taux d'équipement en hospitalisation complète de 30% supérieur à celui de la région avec un taux d'équipement en places d'hospitalisation partielle assimilable à celui de la région.

L'Ardèche au contraire présente de nombreuses places d'hospitalisation partielle et un taux en lits d'hospitalisation complète inférieur aux références régionale et nationale.

Du fait des évolutions observées sur la Drôme et l'Ardèche (cf. ci-après), il apparaît là aussi intéressant d'avoir une approche combinée des deux départements, qui montre des taux d'équipements plutôt supérieurs aux taux régionaux.

Nombre de lits et places en psychiatrie générale et taux d'équipement pour 1000 habitants âgés de 20 ans et plus (au 1^{er} janvier 2009)

Psychiatrie générale	Ardèche*	Drôme	Drôme Ardèche	Rhône-Alpes	France
Hospitalisation complète					
Nombre de lits	244	539	783	5 157	56 465
Taux	1,02	1,54	1,33	1,15	1,19
Hospitalisation partielle (de jour, de nuit)					
Nombre de lits	106	99	205	1 429	18 734
Taux	0,45	0,28	0,35	0,32	0,40

Sources : SAE 2008, Insee 2006

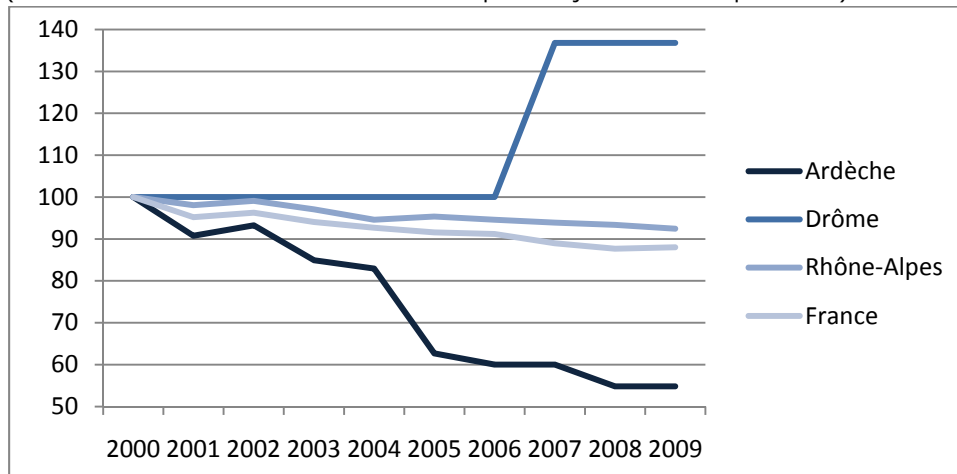
Exploitation ORS

* Ardèche et canton de Bourg l'Argental

L'analyse de l'évolution de l'offre en lits d'hospitalisation à temps complet durant la période 2000-2009 montre une baisse modérée du nombre de lits en région et au niveau national et une évolution opposée entre les départements de l'Ardèche et celui de la Drôme. Ce dernier département a ainsi gagné 145 lits

(passage de 394 à 539 en fin de période) créés sur l'établissement médical de La Teppe⁶ pendant que l'Ardèche en perdait 201 (sur 445 lits en 2000) dont notamment 90 sur l'Hôpital local de Villeneuve de Berg. A l'échelle des deux départements réunis on observe ainsi une baisse de 7% du total de lits, soit une baisse du même ordre que ce qui est observé en Rhône-Alpes (- 8%) et en France (-12%).

Evolution de 2000 à 2009 du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie générale
(Référence base 100 en 2000 – données au premier janvier de chaque année)

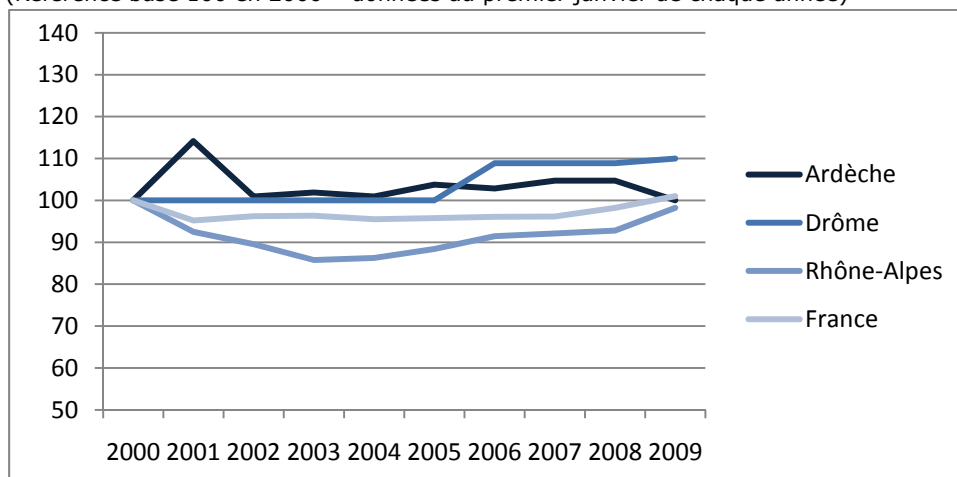


Source : SAE/Statiss

exploitation ORS

Concernant les places d'hospitalisation à temps partiel, on observe une réelle stabilité, seule la Drôme présentent une augmentation de 10% du nombre de laces sur la période. Cette stabilité est cependant à mettre en regard de l'évolution démographique et de l'augmentation importante de la population adulte sur cette période.

Evolution de 2000 à 2007 du nombre de places d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie générale
(Référence base 100 en 2000 – données au premier janvier de chaque année)



Source : SAE/Statiss

exploitation ORS

Les alternatives à l'hospitalisation

En 2008, l'Ardèche propose 3 places en CATTP adultes et la Drôme 6 places en CATTP et 9 places en accueil familial thérapeutique. En revanche l'Ardèche et la Drôme ne proposent ni centre de post-cure psychiatrique, ni places en hospitalisation à domicile pour la psychiatrie.

⁶ Etablissement situé à Tain l'hermitage qui comprend un centre de lutte contre l'épilepsie, une clinique psychothérapique mais aussi des établissements médico-sociaux et des établissements d'accueil pour personnes âgées.

Pour faciliter l'insertion des malades psychiques dans la cité, on peut également citer l'existence d'appartements thérapeutiques tels que ceux existant à Privas (gérés par l'Hôpital Ste Marie) ou d'appartements associatifs tels que ceux existant à Valence ou Romans (gérés par l'Association O.D.I.A.S). Par ailleurs, une structure d'hébergement semi collective accueille, à Montélimar, des personnes adultes en situation de handicap psychique stabilisées pour leur permettre de vivre dans une résidence accueil possédant un ensemble de séjours individuels et des locaux à usage collectif. Un projet est en cours sur Valence.

2- Effectifs de personnels

2.1- Personnel médical libéral

Au niveau du personnel médical libéral, les omnipraticiens jouent un rôle essentiel dans le dépistage, le diagnostic et l'orientation des patients présentant des troubles de santé mentale. Ils assurent également le suivi et la prise en charge d'un nombre important d'entre eux. Cependant, nous focaliserons l'analyse du personnel médical libéral, dans le présent rapport, sur l'offre spécifique représentée par les médecins psychiatres (dont les pédo-psychiatres).

Une faible densité de psychiatres

Avec 36 médecins psychiatres libéraux recensés au 1^{er} janvier 2009 par l'assurance-maladie, soit 8 pour 100 000 habitants, la Drôme présente une densité de médecins inférieure à celle de la région (10). En Ardèche, l'écart est plus important encore avec une densité plus de trois fois inférieure au chiffre régional.

Une part de ces praticiens sont compétents en pédopsychiatrie et interviennent partiellement ou exclusivement auprès des enfants et des adolescents.

Nombre de médecins psychiatres et densité pour 100 000 habitants, au 1^{er} janvier 2009

	Ardèche	Drôme	Rhône-Alpes
Effectif	11	36	619
Densité	3,3	7,7	10,3

Source URCAM Rhône-Alpes, Insee 2006

exploitation ORS

Dans la Drôme pour la psychiatrie générale, parmi les 36 praticiens libéraux recensés, la grande majorité exerce en secteur 1 de conventionnement (absence de dépassement d'honoraires sauf situation exceptionnelle ou exigence particulière du patient) et 11% sont conventionnés avec honoraires libres. Cette répartition selon le secteur de conventionnement est équivalente pour les médecins ardéchois.

Parmi les psychiatres libéraux installés en Drôme et en Ardèche, près de deux sur trois (64%) a plus de 55 ans en 2009, ce qui laisse présager une réduction des effectifs au cours des prochaines années.

2.2- Psychiatres salariés

Pour les personnels salariés il apparaît plus pertinent de comptabiliser les temps de travail en équivalent-temps-plein (ETP) plutôt que les effectifs (données non disponibles pour les praticiens libéraux). En psychiatrie générale comme en psychiatrie infanto-juvénile, la Drôme détient 7% des ETP de psychiatres de la région Rhône-Alpes (pour une population représentant 8 % de la population régionale) et l'Ardèche en détient 4% (pour une population totale représentant 5% de la population régionale).

En termes de densité la Drôme et l'Ardèche sont globalement moins bien pourvues que l'ensemble de la région, notamment en psychiatrie infanto-juvénile avec 1,3 point d'écart. En revanche cette densité médicale en psychiatrie infanto-juvénile est supérieure à la référence nationale. On peut souligner que la situation de l'Ardèche apparaît moins favorable tout en rappelant que l'offre d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile n'est présente géographiquement qu'en Drôme.

Nombre et densité d'équivalents temps plein (ETP) de médecins psychiatres salariés (établissements publics et privés) au 1^{er} janvier 2007*.

	Ardèche	Drôme	Drôme-Ardèche	Rhône-Alpes	France
Psychiatrie générale					
Nombre d'ETP	19,7	32,7	52,4	445,7	4 488,4
Densité pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	8,2	9,3	8,9	10,0	9,7
Psychiatrie infanto-juvénile					
Nombre d'ETP	6,0	12,6	18,6	171,4	1 330,8
Densité pour 100 000 habitants de moins de 20 ans	8,4	10,7	9,8	11,1	8,7

Source SAE 2006, Insee 2006

exploitation ORS

* Le personnel pénitentiaire et les dispositifs intersectoriels formalisés ne sont pas comptés ici

Pour la rentrée 2009, 28 postes d'internes en psychiatrie sont ouverts sur la région Rhône-Alpes-Auvergne. Il y en a eu 25 en 2004, 31 en 2005, cette augmentation conséquente entrainé dans le cadre du plan psychiatrie santé mentale.

2.3- Personnel non médical salarié

En psychiatrie générale, des densités en personnel non médical plutôt supérieures aux densités régionales

Contrairement à ce qui a été vu précédemment pour le personnel médical, la Drôme et l'Ardèche présentent des densités de personnel non médical, selon les données de la Statistique Annuelle des Etablissements en 2006, plutôt plus élevées que celles observées sur l'ensemble de la région, et, pour la plupart, équivalentes à celles de la France.

Les particularités départementales se situent au niveau de la présence d'aides soignants, supérieure aux références régionale et nationale en Ardèche et inférieure dans la Drôme et au niveau des personnels éducatifs et sociaux où la situation est inverse.

Personnel non médical en psychiatrie générale, densité pour 100 000 habitants

Type de personnels	Ardèche	Drôme	Rhône-Alpes	France
Infirmiers et cadres	103,6	109,3	85,1	106,1
Aides-soignants	20,0	13,7	14,5	17,9
Psychologues	6,1	5,4	6,2	4,6
Personnels de rééducation	2,1	2,3	1,5	1,8
Personnels éducatifs et sociaux	4,1	15,6	8,7	4,8

Source SAE 2006, Insee 2006

exploitation ORS

Des personnels sociaux-éducatifs et des personnels de rééducation moins nombreux en psychiatrie infanto-juvénile en Drôme et en Ardèche.

Les deux départements comptent globalement deux fois moins de personnels socio-éducatifs pour les enfants et adolescents que l'ensemble de la France, et presque trois fois moins que la région. Les aides-soignants et les personnels de rééducation sont également deux fois moins nombreux en Drôme-Ardèche que sur la région.

En revanche la densité d'infirmiers en psychiatrie infanto-juvénile en Drôme-Ardèche, bien qu'inférieure à la référence nationale, est supérieure à la densité régionale.

Personnel non médical en psychiatrie infanto-juvénile, densité pour 100 000 habitants

Type de personnels	Ardèche	Drôme	Drôme-Ardèche	Rhône-Alpes	France
Infirmiers et cadres	38,0	63,4	53,9	43,0	56,7
Aides-soignants	0,0	1,8	1,1	2,8	4,8
Psychologues	23,0	16,8	19,2	18,8	15,2
Personnels de rééducation	7,0	10,4	9,1	17,5	12,0
Personnels éducatifs et sociaux	5,6	12,1	9,6	24,7	19,0

Source SAE 2006, Insee 2006

exploitation ORS

3- Les établissements pour personnes handicapées

La dernière enquête ES (établissements sociaux et médico-sociaux) a été réalisée en 2006. Elle concerne tous les établissements d'accueil des personnes handicapées, avec ou sans hébergement.

3.1- Etablissements et services pour les adultes handicapés

Structures avec hébergement

Foyers d'hébergement : souvent annexés à un ESAT(établissement et service d'aide par le travail), ils sont destinés aux travailleurs handicapés.

Foyer d'Accueil Médicalisé (ou foyers à double tarification) (FAM)

Cette catégorie d'établissement médico-social accueille des adultes gravement handicapés, mentalement ou physiquement, dont la dépendance :

- les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel ;
- et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants ;
- ou qui, en dehors du besoin de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels, ont besoin d'un soutien et d'une stimulation constante, ainsi que d'un suivi médical et paramédical régulier.

Maison d'accueil spécialisée (MAS)

En principe, les MAS accueillent des personnes un peu plus dépendantes que la population hébergée en FAM. Dans la pratique, les publics sont sensiblement les mêmes.

Contrairement aux MAS, les FAM sont financés :

- de manière forfaitaire par l'assurance maladie pour l'ensemble des dépenses afférentes aux soins, aux personnels médicaux et paramédicaux ;
- et par l'aide sociale départementale (conseil général) pour l'hébergement et l'animation.

Foyers de vie

Ils accueillent des adultes handicapés qui sont incapables d'exercer une activité professionnelle. Ces personnes bénéficient cependant d'une autonomie et n'ont pas besoin de soins constants. Les foyers occupationnels offrent un accueil permanent ou de jour.

Les taux d'équipement sont meilleurs sur les deux départements étudiés par rapport à Rhône-Alpes et à la France, sauf pour les foyers d'accueil médicalisé (FAM) dont l'offre est plus réduite en Ardèche. On rappelle que c'est dans ce type d'établissement que la part des personnes dont la déficience principale est psychique est la plus élevée (plus de la moitié).

Il est à noter cependant, dans l'interprétation des taux d'équipements, que ces structures n'accueillent pas uniquement des personnes originaires du territoire étudié (département ou dans une moindre mesure région). Ce phénomène concerne essentiellement les FAM où, par exemple les établissements drômois accueillent 13% de personnes venant d'un autre département de la région Rhône-Alpes, et 40 % venant d'un département hors Rhône-Alpes (proportions plus importantes que les autres départements de la région). Cette part est plus importante que la part de drômois qui sont accueillis dans des établissements d'autres départements.

En Ardèche, cette donnée n'est pas disponible pour les FAM mais on retrouve cette notion dans les foyers de vie où plus du tiers (34%) des personnes accueillies sont originaires d'un autre département (17% de personnes venant d'un autre département de la région et 17 % venant d'une autre région). En regard,

12% des adultes handicapés originaires d'Ardèche sont accueillis dans d'autres départements dont la moitié en Drôme.

Source : DRASS Rhône-Alpes – ES2006

Nombre de places en structures d'hébergement pour adultes handicapés et taux d'équipement pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans au 1^{er} janvier 2008

Type d'établissement	Ardèche	Drôme	Rhône-Alpes	France
Foyer d'hébergement				
Nombre de places	277	503	4 485	39 632*
Taux	1,78	2,08	1,38	1,17
MAS				
Nombre de places	187	266	1 501	20 147
Taux	1,20	1,10	0,46	0,59
Foyer de vie				
Nombre de places	249	460	3 986	39 090
Taux	1,60	1,90	1,23	1,15
FAM				
Nombre de places	37	153	1 754	14 360
Taux	0,24	0,63	0,54	0,42

Source : DRASS-FINESS, Insee 2006

Exploitation ORS

* Données au 1^{er} janvier 2007

Structures sans hébergement

ESAT: établissement et service d'aide par le travail

Entreprise adaptée: anciennement atelier protégé, c'est une structure qui emploie uniquement des personnes handicapées, déclarées et orientées par la MDPH, dans un objectif de réinsertion dans le milieu ordinaire.

En ce qui concerne les structures pour adultes handicapés sans hébergement, soit essentiellement les ESAT pour lesquels on a vu que un tiers à la moitié des personnes suivies présentaient une déficience psychique (cf. première partie), les deux départements présentent un niveau d'offre plus favorable que les références régionale et nationale (avec cependant un déficit en Ardèche pour les places en entreprise adaptée).

Nombre de places en structures d'accueil sans hébergement pour adultes handicapés et taux d'équipement pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans au 1^{er} janvier 2008

Type d'établissement	Ardèche	Drôme	Rhône-Alpes	France
ESAT				
Nombre de places	582	951	10 275	109 932
Taux	3,75	3,93	3,17	3,23
Entreprise adaptée				
Nombre de places	46	158	1 640	18 779
Taux	0,30	0,65	0,51	0,55

Source : DRASS-FINESS, Insee 2006

Exploitation ORS

Les services à domicile (SAVS et SAMSAH)

Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ont la même vocation, avec un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de la vie ainsi qu'un suivi médical en milieu ouvert. Ces prestations visent l'apprentissage de l'autonomie en milieu ouvert.

En 2008, on dénombrait 170 places dans les services de maintien à domicile (SAVS et SAMSAH) en Ardèche et 265 en Drôme. Ceci correspond à des taux d'équipement (1,1 place pour 1000 habitants de 20 à 59 ans) supérieurs aux références régionale (0,8) et nationale (0,7).

Source : DRASS-FINESS, chiffres au 1^{er} janvier 2009 et au 1^{er} janvier 2008 pour les chiffres nationaux

3.2- Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés

Les différents dispositifs ou types d'établissements de prise en charge

Instituts médico-éducatifs (IME) : établissement d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels, ont pour vocation de favoriser l'épanouissement des enfants accueillis, tout en tendant à améliorer la réalisation des potentialités intellectuelles, affectives et corporelles, ainsi que l'autonomie quotidienne, sociale et professionnelle.

Etablissements pour enfants et adolescents polyhandicapés : accueillent enfants et adolescents atteints de handicap grave à expressions multiples, avec restriction extrême de l'autonomie et dispensent des soins et une éducation adaptée aux enfants pris en charge.

Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) : spécialisés dans l'accueil d'enfants présentant des troubles du caractère et du comportement et ayant des capacités intellectuelles normales à quasi-normales, ils mettent en œuvre des moyens médico-éducatifs pour le bon déroulement de la scolarité des enfants suivis.

Etablissements pour déficients moteurs : ont pour mission d'assurer des soins, une éducation spécialisée ainsi qu'une formation générale ou professionnelle aux enfants déficients moteurs ou moteurs cérébraux.

Instituts d'éducation sensorielle : comprennent les établissements pour déficients auditifs, les instituts pour déficients visuels et les instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds et aveugles. Ils ont pour but de fournir des soins et une éducation spécialisée ou professionnelle à ces enfants.

Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ont pour principales missions de conseiller, d'accompagner la famille et l'entourage, d'aider au développement (notamment psychomoteur), de soutenir l'intégration scolaire et sociale et de favoriser l'acquisition de l'autonomie de l'enfant handicapé suivi. Ces actions peuvent avoir lieu au domicile familial comme à l'école, au centre aéré ou encore dans les locaux du SESSAD.

Dans le cadre de ce travail sur la santé mentale nous ciblerons l'analyse des taux d'équipement sur les structures destinées aux enfants présentant une déficience psychique (ITEP) ou celles dont la part d'enfants présentant une telle déficience parmi les enfants suivis est significative (IME, SESSAD).

Un niveau d'équipement en Ardèche inférieur aux références régionale et nationale

Alors que les taux d'équipement en places pour enfants handicapés montre pour les établissements drômois une situation proche des références nationale et régionale voire plus favorable pour les SESSAD, il n'en est pas de même en Ardèche où les taux d'équipement sont significativement plus faibles pour les places d'IME et de SESSAD.

Il faut cependant rappeler que derrière un même intitulé de type de structures des orientations ou spécialisations différentes peuvent exister. Ainsi, parmi les SESSAD certains sont spécialisés par type de handicap et sont plus ou moins en mesure de suivre des personnes présentant un handicap psychique.

Nombre de structures et de places et taux d'équipement (places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans) selon le type d'établissement pour enfants handicapés au 1^{er} janvier 2008

Type d'établissement	Ardèche	Drôme	Rhône-Alpes	France
Instituts médico-éducatifs (IME)				
Nombre de places	198	536	6 589	70 427*
Taux	2,8	4,5	4,3	4,4
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)				
Nombre de places	90	120	1 862	14 756*
Taux	1,3	1,0	1,2	0,9
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)				
Nombre de places	109	348	3 185	34 264
Taux	1,5	3,0	2,1	2,2

Source : DRASS-FINESS, Insee 2006

Exploitation ORS

* Données au 1^{er} janvier 2007

4- Les structures alternatives et autres ressources

En dehors des prises en charge institutionnelles, de nombreuses structures ou initiatives existent dans le champ de la Santé Mentale, en amont (prévention, écoute, orientation) ou en aval (ESAT, groupes d'entraide mutuelle...). Ce chapitre qui complète le paragraphe sur les alternatives à l'hospitalisation (chapitre 1.2) en présente quelques illustrations non exhaustives.

Les Points Accueil Ecoute Jeunes

Extrait de la circulaire DGS-DGAS n°2002/145 du 12 mars 2002

« Le comportement de nombreux jeunes traduit une fragilité voire une détresse liée à des difficultés sociales, psychologiques, éducatives, familiales, scolaires, ou professionnelles. Un rapport du Haut-Comité de santé publique de février 2000 souligne le niveau préoccupant des indicateurs de souffrance psychique des jeunes dans notre pays.

Attitudes de repli sur soi, actes de violence sur soi ou sur les autres, conduites à risque, actes de délinquance de plus en plus précoces et graves, décrochages scolaires et ruptures familiales, errance et précarité... Les manifestations du mal-être des jeunes se multiplient et interpellent responsables éducatifs, professionnels du champ sanitaire, médico-social, social et pouvoirs publics. Face à ces comportements, les familles, parfois confrontées elles-mêmes à des difficultés économiques ou sociales, sont souvent démunies. Pourtant, elles constituent le premier lieu de socialisation, de transmission des valeurs et des repères. Elles doivent, en conséquence, être soutenues dans leur fonction éducative, et activement associées aux actions de prévention auprès des jeunes en difficulté (...).

Le ministère de l'emploi et de la solidarité, pour sa part, (...) a également promu des actions de prévention de la maltraitance et de protection de l'enfance, notamment en mettant en place dans chaque département, à la fois, un groupe de coordination départemental réunissant l'ensemble des services de l'Etat concernés par la protection de l'enfance et des réseaux de soutien à la parentalité.

La présente circulaire a pour objet d'organiser la constitution des PAJ et des PEJ en réseau unifié (PAEJ) non spécialisé, réaffirmant ainsi l'engagement du ministère de l'emploi et de la solidarité dans la prévention des conduites à risque des jeunes, qu'il s'agisse du risque de désocialisation ou de risques pour la santé, au côté des conseils généraux qui disposent de la compétence en matière d'inadaptation sociale de la jeunesse en vertu des articles L-221-1 et L-121-2 du code de l'action sociale et des familles.

(...)

Les points d'accueil et d'écoute jeunes constituent des formes d'intervention légères qui peuvent jouer utilement un rôle de proximité défini autour d'une fonction préventive d'accueil, d'écoute, de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation au contact des jeunes exposés à des situations de risque, et de leur entourage adulte. Leur intervention est définie par un cahier des charges et des protocoles de travail... »

Il existe un réseau national des PAEJ www.points-jeunes-assoc.com

Dans le département de la Drôme on compte quatre structures de type Point-Ecoute destinées aux jeunes, gérées par quatre promoteurs différents. Il existe un PAEJ à Valence (avec une antenne à Bourg-lès-Valence), à Romans (avec une antenne à Bourg-de-Péage) et à Montélimar. Enfin, il existe une quatrième structure départementale avec possibilité d'hébergement des mineurs.

En Ardèche, il existe une structure type PAEJ (Association Espace 07) basée à Aubenas et qui comprend des antennes à Annonay, Tournon, Le Teil et La Voulte où les jeunes peuvent rencontrer un psychologue sur rendez-vous.

On peut également mentionner une activité type point écoute parents-ado à Annonay et un point écoute parent à Aubenas et à Privas.

Le dispositif d'Adultes Relais de la ville de Valence

Dans le cadre d'un travail partenarial au sein du Conseil communal de prévention de la délinquance (CCPD), avec la Mission Locale, l'Education nationale, la DDASS, le Contrat de Ville et d'autres institutions ou associations, a été conçu un dispositif de formation et d'animation autour de la Santé des jeunes, de la prévention des toxicomanies et des conduites à risques : "le dispositif d'Adultes Relais".

Celui-ci s'articule autour d'une structure : le **Point Relais Oxygène** créé en 1988, point d'accueil et d'écoute pour jeunes, parents et professionnels en difficultés par rapport aux problèmes psychologiques des adolescents, auquel s'est ajouté en 1993 l'Espace Santé Jeunes, service de Médecine Préventive pour jeunes en recherche d'emploi et étudiants, proposant des services (bilans de santé, modules d'éducation pour la santé, ...) dans un souci d'intégration et de solidarité. Le dispositif d'Adultes Relais a pour objectif

principal de renforcer les capacités d'écoute, de dialogue et d'orientation des adultes (interlocuteurs naturels des jeunes) dans le cadre de la prévention primaire des conduites à risques". En 23 ans d'existence le Réseau des Adultes-Relais plus de 500 personnes ont été formées et près de 300 personnes sont actives dans le réseau.

Réseau « handicap psychique » : le réseau Raphaël

Ce réseau drômois est porté par l'association ODIAS (Organisation drômoise d'insertion et d'accompagnement social). Son objet est le renforcement de l'articulation des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux afin d'améliorer la fluidité, la cohérence et la continuité du parcours des personnes adultes atteintes de pathologies psychiatriques diagnostiquées et psychologiques avérées quels que soient les handicaps associés. Personnes notamment en difficulté dans l'élaboration ou dans la mise en place de leur projet de vie. Dans sa phase de mise en place ce réseau couvre les zones de Valence et Romans.

Autres initiatives :

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM), dont le but est d'améliorer les conditions de vie des personnes souffrant de troubles psychiques et en situation d'isolement ou d'exclusion sociale en instaurant des liens sociaux avec les pairs et avec d'autres populations.

Ces dispositifs sont notamment présents à Valence, Romans et Montélimar dans la Drôme ainsi qu'à Aubenas et Privas en Ardèche avec un projet à Annonay. Un GEM itinérant (Nyons/Dieulefit/Buis Les Baronnies) existe également.

L'UNAFAM (Union nationale des amis et familles de malades psychiques) assurent, outre son rôle de représentation et de promotion de projets en faveur des malades psychiques de nombreuses activités telles que l'information, le conseil et l'orientation ainsi que des actions de formation. On peut notamment mentionner l'existence d'un service téléphonique « Ecoute famille » et la présence d'accueils départementaux à Valence et Privas.

On peut également mentionner à titre illustratif les réseaux qui s'inscrivent dans le cadre de la prévention du suicide et de l'accompagnement concernant le mal-être des jeunes qui, par exemple dans le département de la Drôme, existent autour des sites de Montélimar, Die, Crest, Nyons et à terme sur le nord du département. Ces réseaux animés par Education Santé Drôme rassemblent les professionnels de différents organismes : Conseil général et autres collectivités locales, Education nationale, établissements hospitaliers généraux et spécialisés, services de prévention spécialisée, associations et personnes relais. Ces professionnels se réunissent 4 à 6 fois par an pour partager leurs connaissances des problématiques, s'informer, discuter des difficultés rencontrées et construire des coopérations renforçant la cohérence des accompagnements.

Troisième partie : consommation et recours aux soins en santé mentale

1- Activité des services médicaux psychiatriques

Système d'information des établissements spécialisés en psychiatrie

En France, tous les établissements (**hospitalisation ou ambulatoire**) ayant une activité autorisée dans le secteur psychiatrique, qu'ils soient sectorisés ou non, et quel que soit leur mode de financement, transmettent depuis peu des informations sur leur activité par l'intermédiaire du **RIM-P (Résumé d'Information Médicale en Psychiatrie)**.

La base régionale Rhône-Alpes du RIM-P recense à la fois :

- les hospitalisations et les actes ambulatoires concernant les patients domiciliés dans la région Rhône-Alpes, quel que soit leur lieu d'hospitalisation (en Rhône-Alpes ou hors Rhône-Alpes),
- les hospitalisations et les actes ambulatoires réalisés dans les établissements de la région, quel que soit le lieu de domiciliation des patients (en Rhône-Alpes ou hors Rhône-Alpes).

Les hospitalisations (divisées en « séquences ») et les actes ambulatoires sont associés à un patient en particulier, repéré par son Identifiant Permanent Patient (IPP). Une limite importante réside dans le fait que cet IPP n'est valable qu'au sein d'un établissement.

Exemple : un patient hospitalisé au CH du Vinatier dans le Rhône obtient son IPP à l'entrée dans l'établissement ; à sa sortie, s'il consulte dans un CMP rattaché au CH du Vinatier, son IPP est conservé. Mais dans les cas où il consulte dans un service non rattaché au CH du Vinatier, s'il est hospitalisé dans un autre établissement, alors un nouvel IPP lui sera attribué.

Dans ce travail, tous les indicateurs issus du RIM-P (année 2008) sont calculés sur la base du nombre d'IPP. Compte tenu des caractéristiques de cet identifiant, les indicateurs ont donc une tendance à surestimer la réalité. Cependant, dans le cadre sectorisé de la psychiatrie, on peut penser que ce biais ne pose pas de réels problèmes dans l'interprétation d'indicateurs départementaux ou régionaux.

1-1. File active de personnes suivies

En Rhône-Alpes, au cours de l'année 2008, près de 148 000 personnes ont été suivies (au moins un contact) avec les services de psychiatrie. Parmi elles, 12 150 (soit 8%) étaient domiciliées en Ardèche et 9 350 dans la Drôme (soit 6%).

Un recours très supérieur pour la population ardéchoise

Ces effectifs mettent en évidence des niveaux très supérieurs de recours de la population ardéchoise, chez les hommes comme chez les femmes. Les taux de personnes suivies sont ainsi de 419 femmes ayant eu un contact avec les services de psychiatrie pour 10 000 femmes et de 371 hommes pour 10 000 hommes soit respectivement 1,7 fois et 1,5 fois plus que les taux régionaux (246 et 243). Cette situation particulière de l'Ardèche repose, comme décrits dans les paragraphes suivants, essentiellement sur le recours aux services ambulatoires même si les niveaux d'hospitalisation sont également plus élevés.

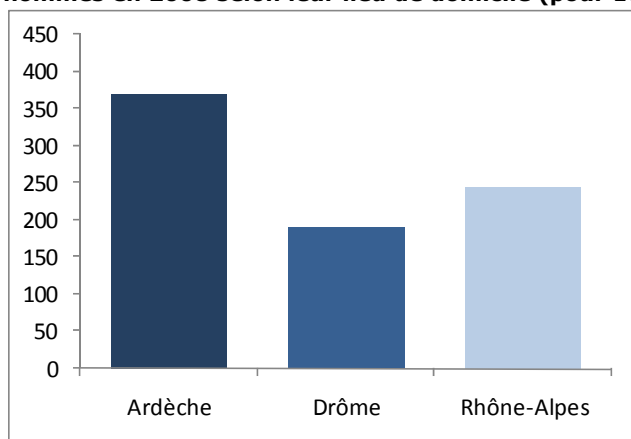
Dans la Drôme, on observe au contraire des niveaux de recours plus faibles que les chiffres régionaux mais avec des écarts beaucoup moins marqués (212 pour 10 000 chez les femmes et 190 chez les hommes).

Ces constats globaux sont observés de manière similaire pour la population pédiatrique et la population adulte.

A noter que si pour la population adulte le niveau de recours est plus important chez les femmes (notamment en Ardèche), c'est l'inverse qui est observé chez les moins de 20 ans où le recours masculin est plus important (notamment au niveau régional).

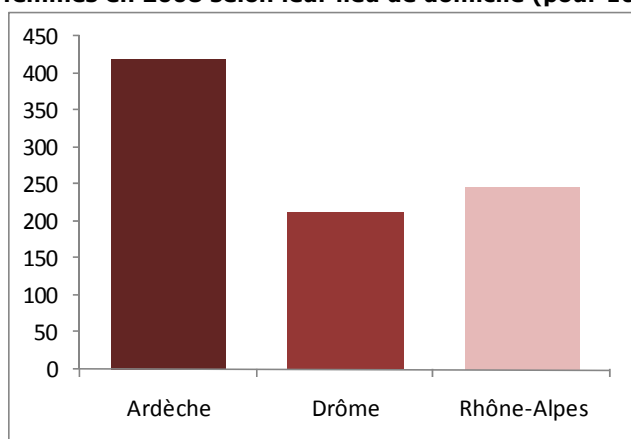
On rappelle qu'il s'agit ici de personnes ayant eu au moins un contact avec les services de psychiatrie sans dénombrement du nombre de contacts annuels et donc du niveau de prise en charge qui peut varier d'une population à l'autre et d'un territoire à l'autre.

Taux standardisé de recours aux soins psychiatriques (hospitalisation ou acte ambulatoire) chez les hommes en 2008 selon leur lieu de domicile (pour 10 000 habitants)



Source : RIM-P 2008, Insee 2006 Exploitation ORS

Taux standardisé de recours aux soins psychiatriques (hospitalisation ou acte ambulatoire) chez les femmes en 2008 selon leur lieu de domicile (pour 10 000 habitants)



Source : RIM-P 2008, Insee 2006 Exploitation ORS

1-2. Hospitalisation en services spécialisés en psychiatrie

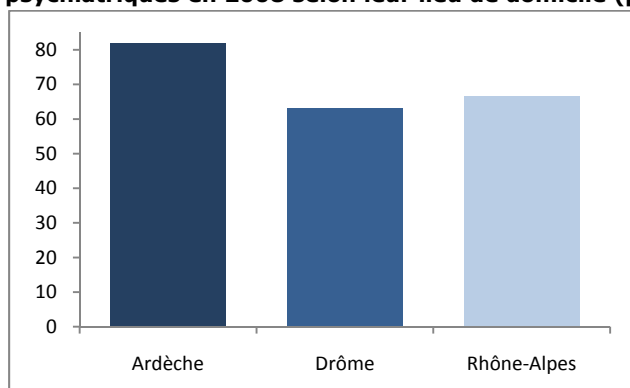
En Rhône-Alpes, au cours de l'année 2008, ont été hospitalisées en psychiatrie près de 40 000 personnes. Parmi elles, 2 362 (soit 6%) étaient domiciliées en Ardèche et 3 000 dans la Drôme (soit 8%).

Des taux d'hospitalisation plus élevés par rapport à la région pour la population ardéchoise adulte

Ces effectifs correspondent, pour la Drôme, à des taux de 65 femmes hospitalisées pour 10 000 femmes et 63 hommes hospitalisés pour 10 000 hommes très proches des taux régionaux (respectivement 64 et 67 par 10 000). En revanche, en Ardèche, les taux sont supérieurs avec 71 femmes hospitalisées pour 10 000 et 82 hommes hospitalisés pour 10 000.

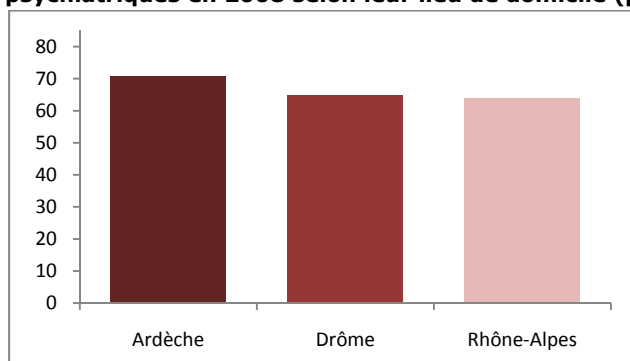
Ces constats globaux (recours supérieur en Ardèche) se retrouvent lorsque l'on analyse le niveau d'hospitalisation de la population adulte mais différent pour la population de moins de 20 ans. Pour cette population, les chiffres régionaux sont supérieurs aux chiffres ardéchois, eux-mêmes supérieurs (chez les femmes) ou équivalents (hommes) aux chiffres drômois.

Taux standardisé d'hommes ayant eu au moins une hospitalisation (séquence) en établissement de soins psychiatriques en 2008 selon leur lieu de domicile (pour 10 000 habitants)



Source : RIM-P 2008, Insee 2006 Exploitation ORS

Taux standardisé de femmes ayant eu au moins une hospitalisation (séquence) en établissement de soins psychiatriques en 2008 selon leur lieu de domicile (pour 10 000 habitants)



Source : RIM-P 2008, Insee 2006 Exploitation ORS

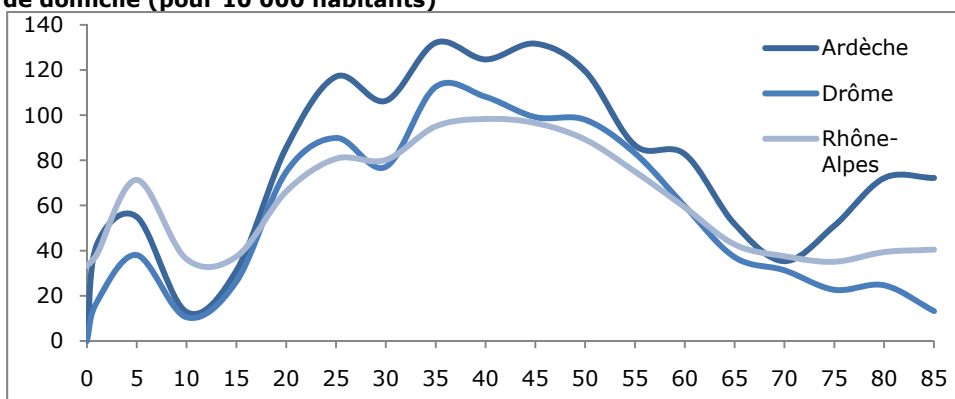
Pour l'ensemble de la population, la part de femmes hospitalisées passe de 48% en Ardèche à 52% dans la Drôme, alors qu'elle est de 50% en Rhône-Alpes.

L'analyse selon l'âge montre des taux d'hospitalisation assez différents en fonction du sexe. Chez les hommes, après un pic dans la petite enfance, les taux de recours sont maximum entre 20 et 50 ans avec, pour le département de l'Ardèche, une remontée des taux après 70 ans. Chez les femmes on observe des taux de plus en plus élevés jusqu'à un pic entre 40 et 55 ans puis une décroissance régulière sauf en Ardèche où on observe à nouveau des taux plus importants après 75 ans.

Chez les hommes, les taux d'hospitalisation apparaissent plus élevés en Ardèche qu'au niveau régional entre 20 et 55 ans puis après 70 ans et sont plus faibles avant 15 ans. Ce dernier constat est également observé pour la population des jeunes drômois. Pour les femmes, les taux plus élevés en Ardèche sont observés pour la population âgée de 40 à 55 ans et de plus de 75 ans.

On peut par ailleurs souligner des hospitalisations chez des enfants de moins de 1 an au niveau régional probablement en lien avec une offre de maternologie.

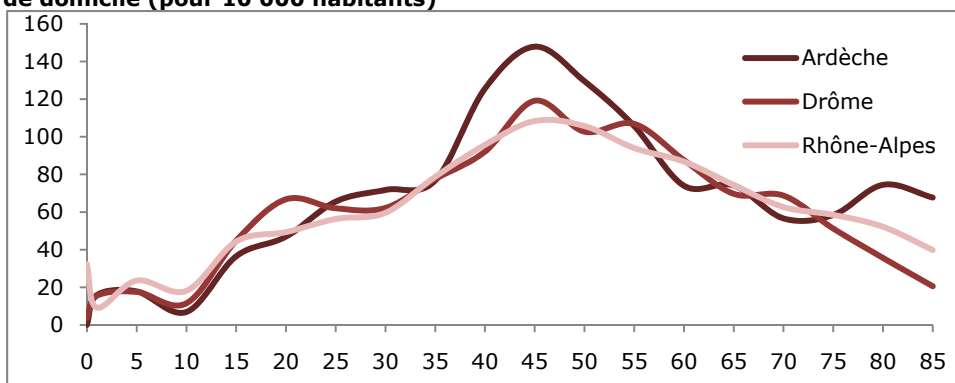
Evolution du taux brut d'hospitalisation en psychiatrie selon l'âge chez les hommes en 2008, selon leur lieu de domicile (pour 10 000 habitants)



Source : RIM-P 2008, Insee 2006

Exploitation ORS

Evolution du taux brut d'hospitalisation en psychiatrie selon l'âge chez les femmes en 2008, selon leur lieu de domicile (pour 10 000 habitants)

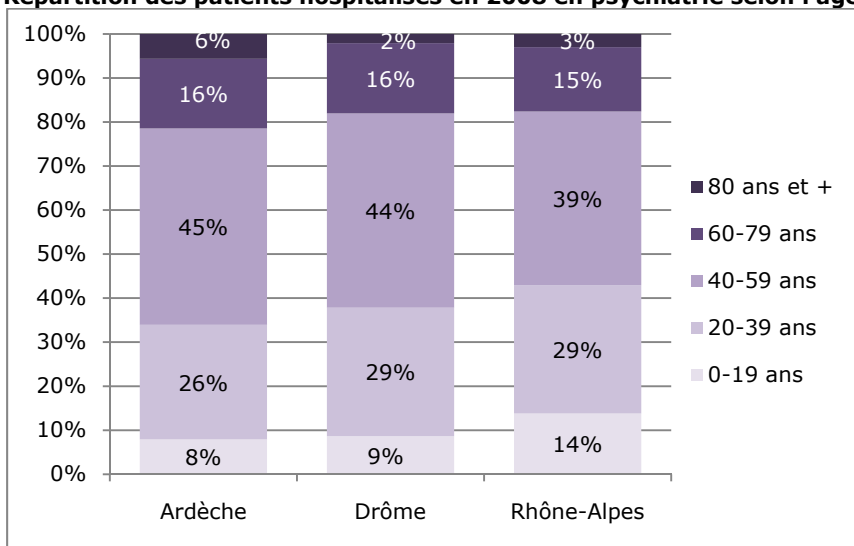


Source : RIM-P 2008, Insee 2006

Exploitation ORS

Globalement, la part personnes de moins 20 ans représente moins de 10% du total des personnes hospitalisées dans les deux départements de la Drôme et de l'Ardèche et près de trois quarts des personnes ont entre 20 et 59 ans.

Répartition des patients hospitalisés en 2008 en psychiatrie selon l'âge et le lieu de domicile



Source : RIM-P 2008

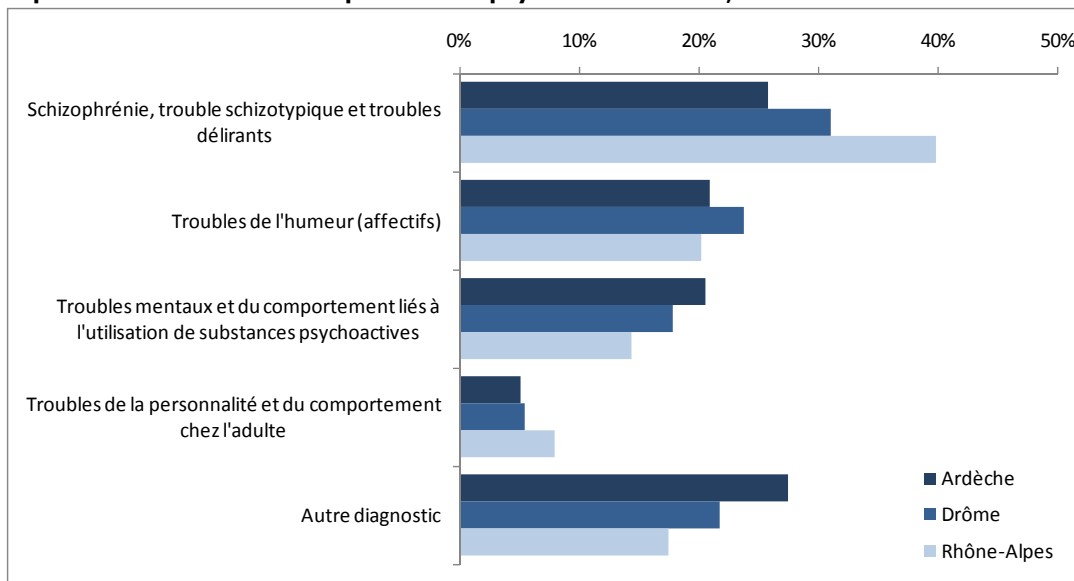
Exploitation ORS

Parmi les motifs d'hospitalisation on peut souligner une répartition différentes chez les hommes entre les deux départements étudiés et la région. Alors qu'au niveau régional, les psychoses (schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants) représentent le premier motif d'hospitalisation avec 40% des

hospitalisations loin devant les troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires) qui représentent 20% puis les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (14%), la répartition est plus équilibrée dans la Drôme (respectivement 31, 24 et 18% des hospitalisations) et surtout en Ardèche où ces trois parts sont pratiquement équivalentes. Sur ce département, la part des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (21%) rejoint, en effet, celle des troubles de l'humeur (21%) et compense la part plus faible des psychoses.

Chez les femmes, la répartition selon les motifs d'hospitalisation varie moins selon le territoire étudiée. Ce sont les troubles de l'humeur qui représentent largement le premier motif (39% en Rhône-Alpes, 42% en Ardèche et 48% en Drome) devant les psychoses (24% en Rhône-Alpes, 19% en Ardèche et en Drome) et les névroses (10% en Rhône-Alpes et en Ardèche, 8% en Drome).

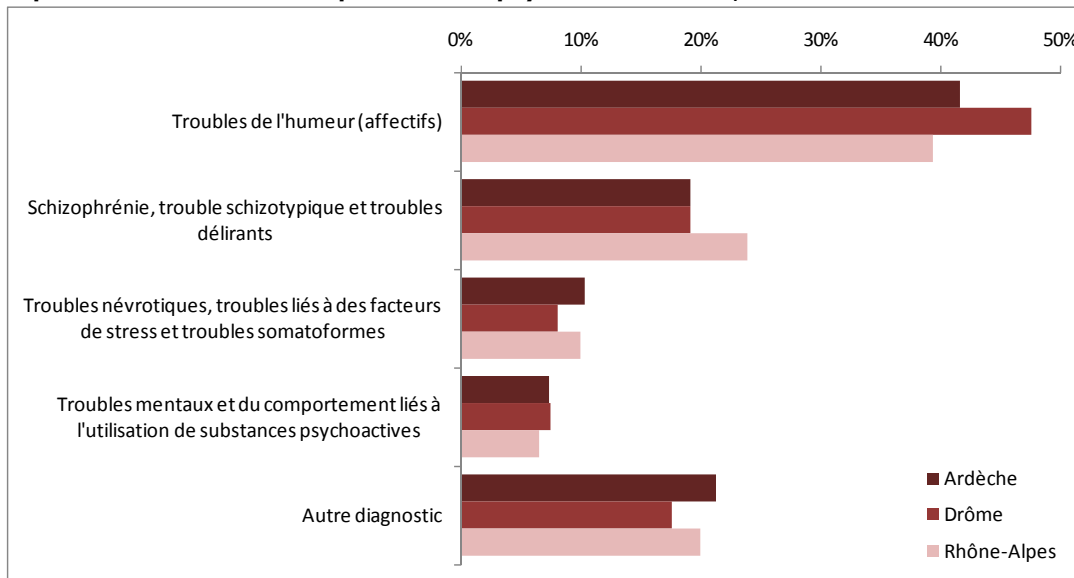
Répartition des hommes hospitalisés en psychiatrie en 2008, selon le motif et le lieu de domicile



Source : RIM-P 2008

Exploitation ORS

Répartition des femmes hospitalisées en psychiatrie en 2008, selon le motif et le lieu de domicile



Source : RIM-P 2008

Exploitation ORS

1-3. Hospitalisations sous contrainte

Hospitalisation libre :

L'hospitalisation libre est le régime habituel d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux publics. L'état de santé du patient justifie des soins en hospitalisation. Le malade est consentant aux soins, il signe lui-même son admission à l'entrée à l'hôpital et donne l'autorisation éclairée de soins. Le consentement du malade est recevable car l'altération éventuelle de ses capacités mentales n'altère pas son libre arbitre. Il peut comprendre les soins proposés et l'information donnée sur sa maladie.

Hospitalisation à la demande d'un tiers :

Régie par les articles L3212-1 à L3212-12 du code de Santé Publique.

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement à la demande d'un tiers que si :

- Ses troubles rendent impossible son consentement
- Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

3 documents sont à fournir pour l'hospitalisation :

- Demande manuscrite du tiers qui doit être un membre de la famille, un proche ou une personne agissant dans l'intérêt du patient (à l'exception du personnel soignant exerçant dans l'établissement d'accueil)
- Deux certificats médicaux : le premier doit être rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement hospitalier où le patient sera admis en HDT ; le second par un médecin pouvant exercer dans l'établissement d'accueil.

Il est à noter que les 2 médecins ne peuvent être parents ou alliés, au 4^{ème} degré inclus, ni entre eux, ni des directeurs de l'établissement, ni du tiers demandeur, ni de la personne hospitalisée.

A titre exceptionnel et en cas de péril imminent, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission du patient en l'absence du premier certificat médical selon l'article L3212-3.

Hospitalisation d'office :

L'hospitalisation d'office (HO) concerne les malades mentaux compromettant l'ordre public et la sécurité des personnes. Il s'agit alors d'une mesure administrative prise par le préfet du département.

Deux procédures sont possibles :

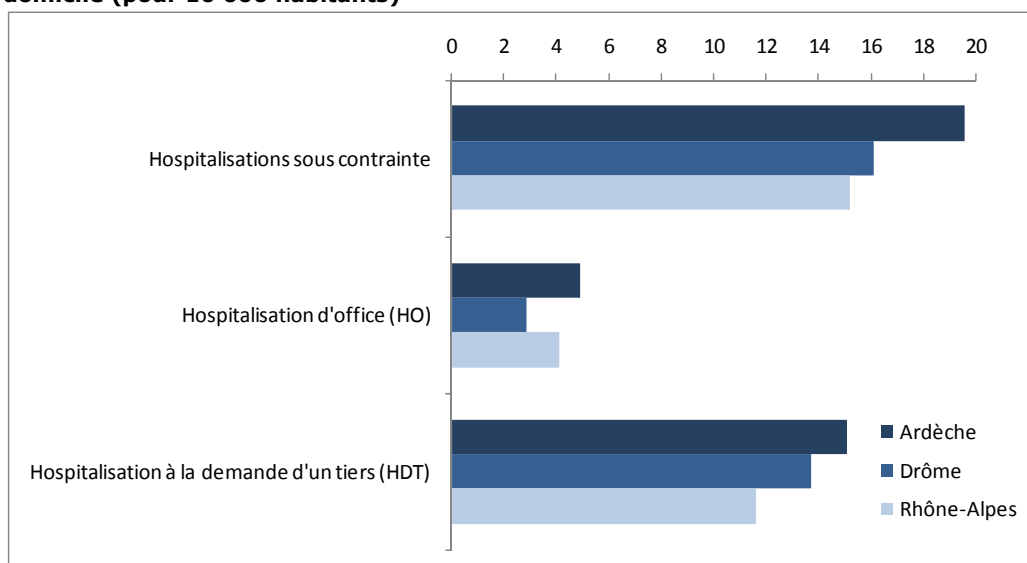
- dans la procédure courante (article L3213-1 à L3213-10) le médecin rédige un certificat médical circonstancié et le préfet prononce, au vu de celui-ci, l'hospitalisation d'office. Un médecin de l'établissement ne peut pas être certificateur.
- dans la procédure d'urgence (article L3213-2), en cas de danger imminent, pour la sûreté des personnes, le médecin atteste de la dangerosité du patient et le maire peut alors prendre des mesures d'urgence. Dans ce cas, le préfet en est informé dans les 24 heures et statue sans délai. Faute de décision préfectorale, ces mesures provisoires sont caduques au bout de 48 heures.

En Rhône-Alpes en 2008, ont été enregistrées 7 690 hospitalisations dites « sous contrainte », à savoir des hospitalisations d'office (HO), 1 500 sur la région soit 20%, ou à la demande d'un tiers (HDT). Parmi elles, 6% (459 hospitalisations dont 84 soit 18% d'HO) concernaient des habitants du département de l'Ardèche et 8% (580 hospitalisations dont 70 soit 12% d'HO) de la Drôme.

Quel que soit le territoire considéré, ces hospitalisations sont en majorité le fait d'hommes : 62% en Ardèche (respectivement 83% pour les HO et 57% pour les HDT) et 61% dans la Drôme (89% pour les HO et 58% pour les HDT), contre 58% dans la région Rhône-Alpes (81% pour les HO et 54% pour les HDT).

Les taux d'hospitalisation à la demande d'un tiers apparaissent plus élevés, en 2008, en Ardèche chez les hommes comme chez les femmes par rapport à la région. On retrouve cette situation pour les hommes dans la Drôme avec en regard un taux plus faible de taux d'hospitalisation d'office.

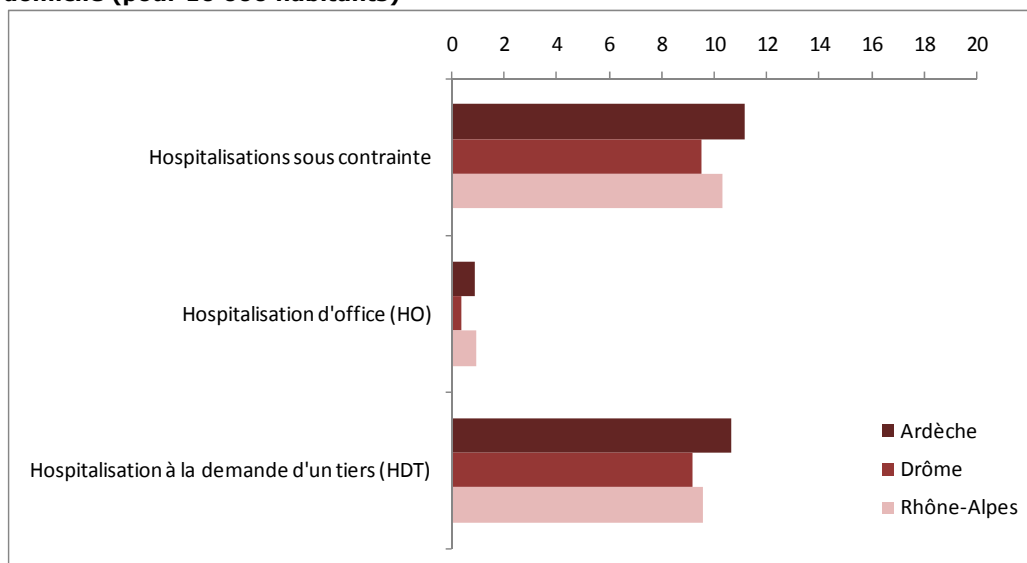
Taux standardisé d'hospitalisation sous contrainte chez les hommes en 2008 selon le mode et le lieu de domicile (pour 10 000 habitants)



Source : RIM-P 2008, Insee 2006

Exploitation ORS

Taux standardisé d'hospitalisation sous contrainte chez les femmes en 2008 selon le mode et le lieu de domicile (pour 10 000 habitants)



Source : RIM-P 2008, Insee 2006

Exploitation ORS

1-4. Actes ambulatoires en services spécialisés en psychiatrie

En Rhône-Alpes en 2008, plus de 130 000 personnes ont eu recours aux soins ambulatoires psychiatriques, dont 11 310 domiciliées en Ardèche (9%) et 7 695 (6%) dans la Drôme. La part de femmes parmi ces consultants est de 53% dans la Drôme et 55% en Ardèche (51% en Rhône-Alpes).

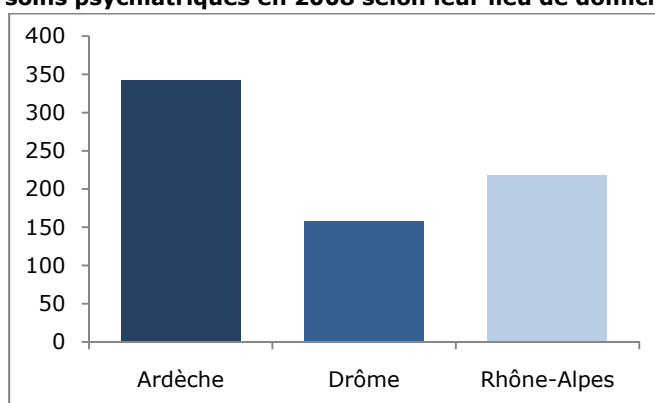
Des taux de personnes suivies très supérieurs aux taux régionaux en Ardèche et inférieurs, à l'exception des adolescents, dans la Drôme

Ces effectifs mettent en évidence des niveaux très supérieurs de recours de la population ardéchoise, chez les hommes comme chez les femmes. Les taux de personnes suivies sont ainsi de 393 femmes pour 10 000 femmes et de 342 hommes pour 10 000 hommes soit respectivement 1,8 fois et 1,6 fois plus que les taux régionaux (215 et 218). Dans la Drôme, on observe au contraire des niveaux de recours plus

faibles que les chiffres régionaux mais avec des écarts beaucoup moins marqués (174 pour 10 000 chez les femmes et 158 chez les hommes). A noter que si pour la population adulte le niveau de recours est plus important chez les femmes (notamment en Ardèche), c'est l'inverse qui est observé chez les moins de 20 ans où le recours masculin est plus important (notamment au niveau régional).

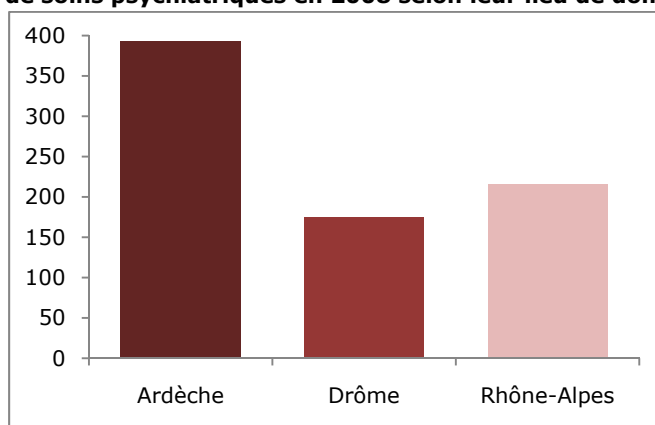
On peut à nouveau rappeler qu'il s'agit ici de personnes ayant eu au moins un contact avec les services de psychiatrie sans dénombrement du type et du nombre de contacts, de la fréquence de ces contacts et donc du niveau de prise en charge qui peut varier d'un territoire à l'autre. Les services de psychiatrie peuvent, en fonction de leur organisation, des offres alternatives existantes sur le territoire (dont l'offre libérale) et de leurs moyens, soit avoir une activité privilégiant un suivi plus rapproché avec des actes nombreux ciblé sur les patients présentant les besoins de soins les plus importants, soit suivre un plus grand nombre de personnes en assurant moins d'actes auprès de cette population.

Taux standardisé d'hommes ayant bénéficié d'au moins un acte ambulatoire relevant d'un établissement de soins psychiatriques en 2008 selon leur lieu de domicile (pour 10 000 habitants)



Source : RIM-P 2008, Insee 2006 Exploitation ORS

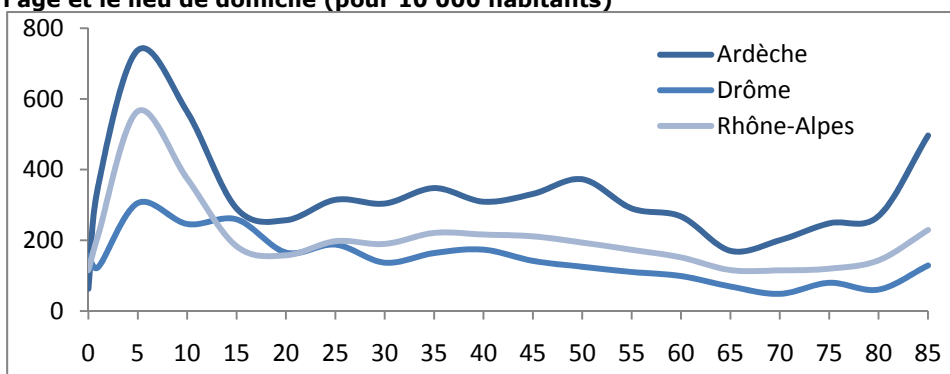
Taux standardisé de femmes ayant bénéficié d'au moins un acte ambulatoire relevant d'un établissement de soins psychiatriques en 2008 selon leur lieu de domicile (pour 10 000 habitants)



Source : RIM-P 2008, Insee 2006 Exploitation ORS

Chez les hommes, les taux de recours aux soins ambulatoires présentent, sur la région et en Ardèche, un pic chez les moins de 15 ans puis un niveau assez stable jusqu'à une nouvelle augmentation aux âges avancés (à partir de 80 ans) notamment en Ardèche où ce rebond est plus marqué. En Drôme, ces taux par âge sont tous inférieurs à l'exception de ceux concernant l'adolescence (autour de 15 ans) alors que le pic de l'enfance est beaucoup moins marqué par rapport aux deux autres territoires.

Evolution du taux brut d'hommes ayant eu recours aux actes ambulatoires en psychiatrie en 2008 selon l'âge et le lieu de domicile (pour 10 000 habitants)

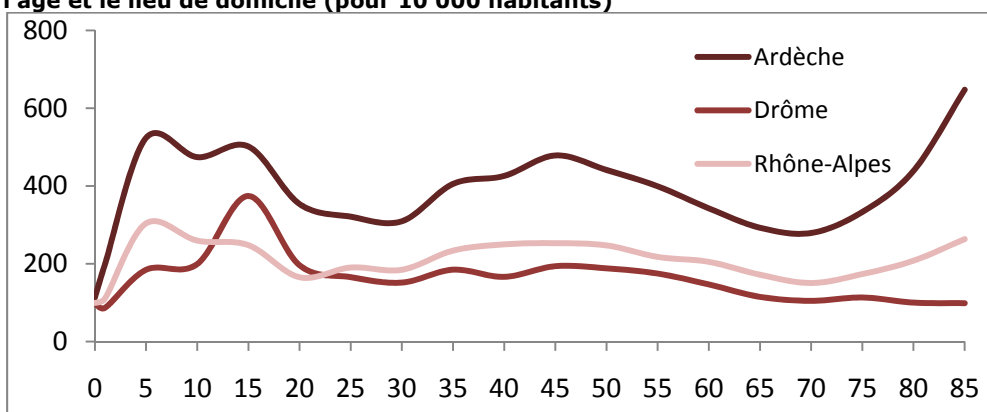


Source : RIM-P 2008, Insee 2006

Exploitation ORS

Chez les femmes, les pics observés chez les enfants sont moins marqués alors que le recours est élevé pour les personnes âgées sur la région et surtout en Ardèche où l'on retrouve une activité forte de géronto-psychiatrie. Pour les âges les taux ardéchois sont très supérieurs aux taux régionaux et drômois. A noter que chez les enfants on identifie deux pics dans la petite enfance puis à l'adolescence. Ce second pic est particulièrement net chez les jeunes drômoises.

Evolution du taux brut d'hommes ayant eu recours aux actes ambulatoires en psychiatrie en 2008 selon l'âge et le lieu de domicile (pour 10 000 habitants)



Source : RIM-P 2008, Insee 2006

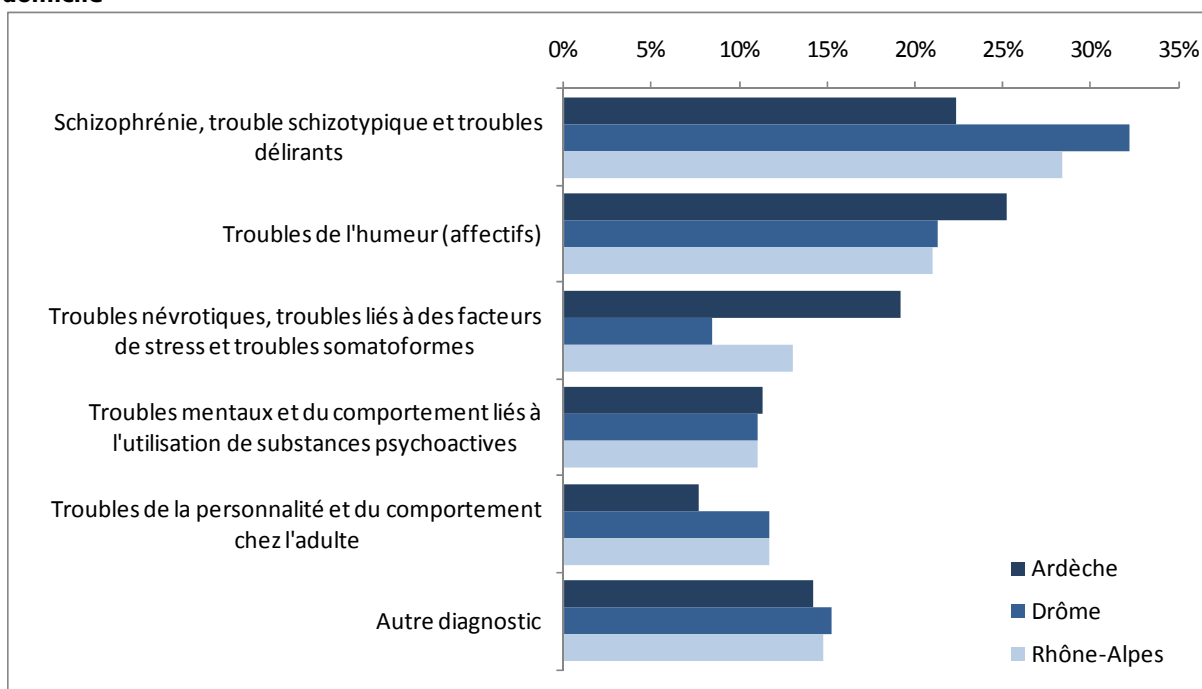
Exploitation ORS

En ce qui concerne les motifs de consultation chez les hommes adultes, on observe une répartition différente de ce qui a pu être relevé pour les motifs d'hospitalisation. De plus, les répartitions sur l'Ardèche, la Drôme et la région Rhône-Alpes présentent également des différences.

En Ardèche, les trois premiers motifs présentent des parts assez proches. Il s'agit en premier lieu des troubles de l'humeur avec une part de 25%, puis la schizophrénie qui représentent ici 22% de l'activité ambulatoire et enfin les troubles névrotiques (19%). Pour les troubles de l'humeur et surtout les névroses leur part est très supérieure à ce qui est observé en Drôme et au niveau de la région. Le recours global plus élevé de la population ardéchoise est ainsi très lié à ces deux types de motifs.

A l'inverse, la Drôme présente une faible part d'actes associés aux diagnostics de névroses (8%). Pour ce département, comme pour les motifs d'hospitalisation, les premières catégories sont la schizophrénie (32%), les troubles de l'humeur (21%), puis les troubles de la personnalité (12%) et les troubles mentaux et du comportement associés à l'utilisation de substances psycho-actives (11%). Cette répartition est plus proche de la répartition régionale.

Répartition des actes ambulatoires des hommes âgés de 20 ans et plus en 2008, selon le motif et le lieu de domicile



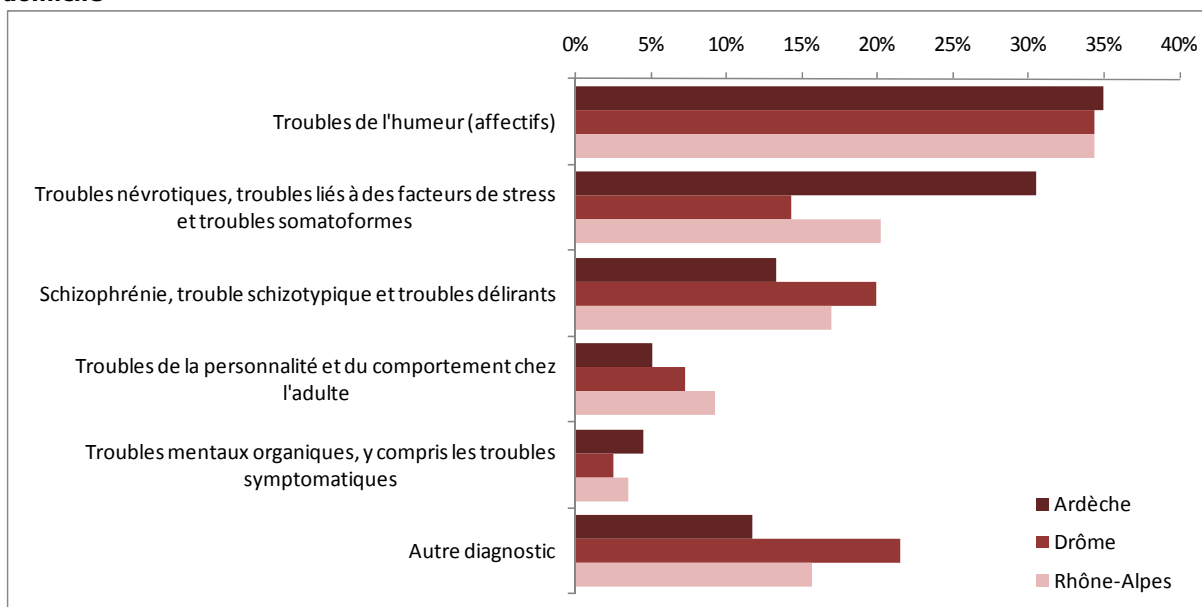
Source : RIM-P 2008

Exploitation ORS

Chez les femmes adultes qui ont consulté en service psychiatrique en 2008, les premiers motifs restent, comme pour l'hospitalisation : troubles de l'humeur, schizophrénie et troubles névrotiques, qu'il s'agisse de l'Ardèche, de la Drôme ou de la région Rhône-Alpes. En Ardèche, les troubles névrotiques correspondent à 30% de l'activité annuelle ambulatoire, contre 14% dans la Drôme et 20% en Rhône-Alpes.

Dans la Drôme, la schizophrénie et les troubles schizotypiques représentent quant à eux 20% de l'activité ambulatoire dédiée aux femmes, contre 13% en Ardèche et 17% en Rhône-Alpes.

Répartition des actes ambulatoires des femmes âgés de 20 ans et plus en 2008, selon le motif et le lieu de domicile



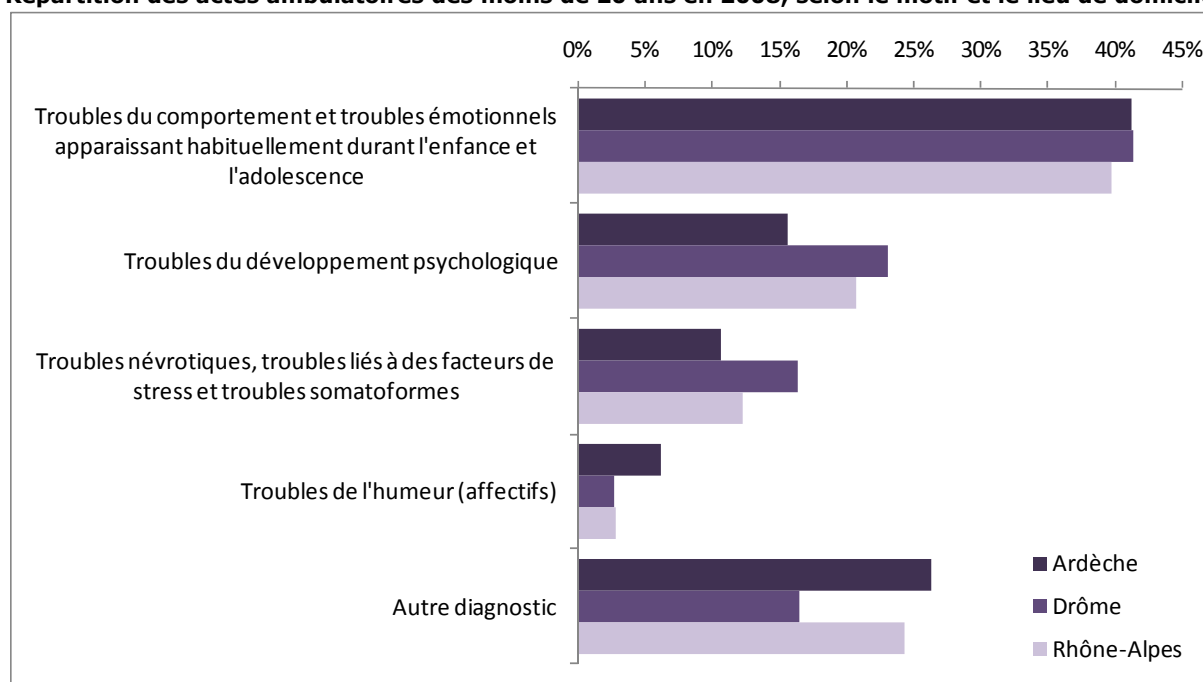
Source : RIM-P 2008

Exploitation ORS

Chez les moins de 20 ans, la répartition des motifs est similaire chez les garçons et les filles. Les troubles du comportement et troubles émotionnels concernent quatre jeunes sur dix qui ont consulté un service psychiatrique en 2008, quel que soit leur domicile (Ardèche, Drôme ou ensemble de la région Rhône-Alpes).

L'Ardèche présente une répartition où les troubles du développement psychologique et les troubles névrotiques ont une place moins importante que sur l'ensemble de Rhône-Alpes. A l'inverse la répartition des motifs dans la Drôme montre une part plus importante de ces diagnostics par rapport à la région.

Répartition des actes ambulatoires des moins de 20 ans en 2008, selon le motif et le lieu de domicile



Source : RIM-P 2008

Exploitation ORS

2- Consommation et recours aux soins libéraux

Les données présentées dans cette partie sont issues des bases de données des remboursements de l'Assurance Maladie. Elles concernent les bénéficiaires du Régime Général domiciliés en Rhône-Alpes. Il s'agit ici du nombre de consultations psychiatriques (codification CNP de l'Assurance Maladie) effectuées par des praticiens libéraux et remboursées en 2007 aux bénéficiaires du Régime Général.

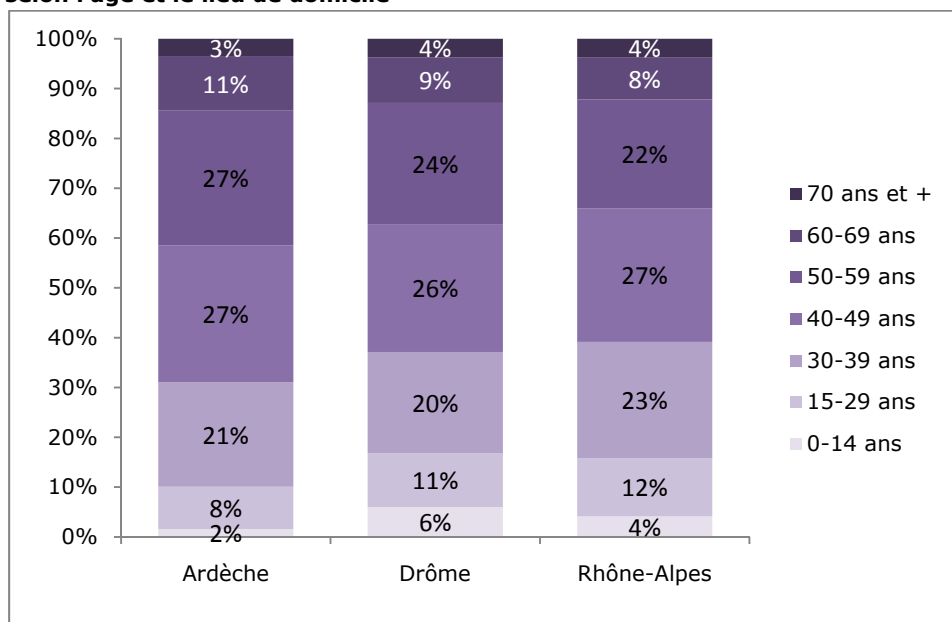
En Ardèche et dans la Drôme ont été remboursées respectivement 28 000 et 74 000 consultations psychiatriques aux bénéficiaires du Régime Général.

En Ardèche, des taux de recours aux soins psychiatriques libéraux très en dessous des niveaux drômois et régionaux

Ces effectifs correspondent à des taux standardisés de niveaux différents selon les zones : en Ardèche, 104 consultations pour 1 000 bénéficiaires du Régime Général, contre 177 et 187 pour 1 000, respectivement dans la Drôme et en Rhône-Alpes.

Près des trois quarts de ces consultations ont lieu auprès de personnes âgées de 30 à 59 ans (75% en Ardèche, 70% en Drôme et 72% sur la région) et la part de ces consultations réalisées auprès d'enfants de moins de 15 ans est très faible (seulement 2% en Ardèche et 4% dans la Drôme).

Répartition des consultations psychiatriques remboursées aux bénéficiaires du Régime général en 2008 selon l'âge et le lieu de domicile



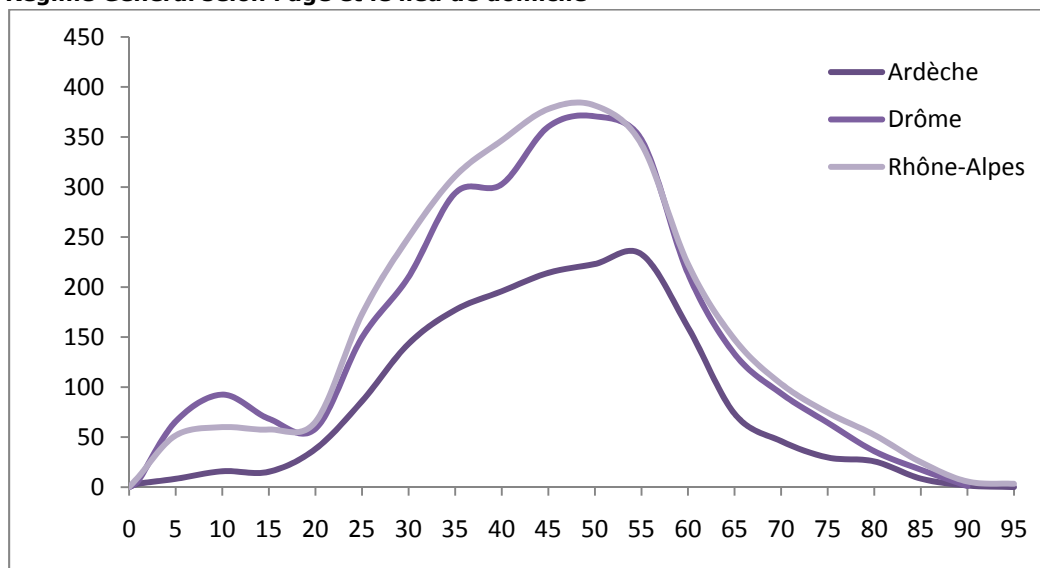
Source : URCAM 2008

exploitation ORS

Les taux bruts de consultation par âge augmente, après un léger pic autour de 10 ans, régulièrement pour atteindre un maximum autour de 50 ans avant de diminuer rapidement avec l'âge.

A tout âge, les taux ardéchois sont significativement inférieurs aux taux régionaux et sont notamment extrêmement faibles avant 15 ans. Les taux drômois sont proches des taux régionaux sauf chez les enfants autour de 10 ans où le taux de consultations est plus faible.

Taux brut du nombre de consultations psychiatriques remboursées en 2008 pour 1 000 bénéficiaires du Régime Général selon l'âge et le lieu de domicile



Source : URCAM 2008

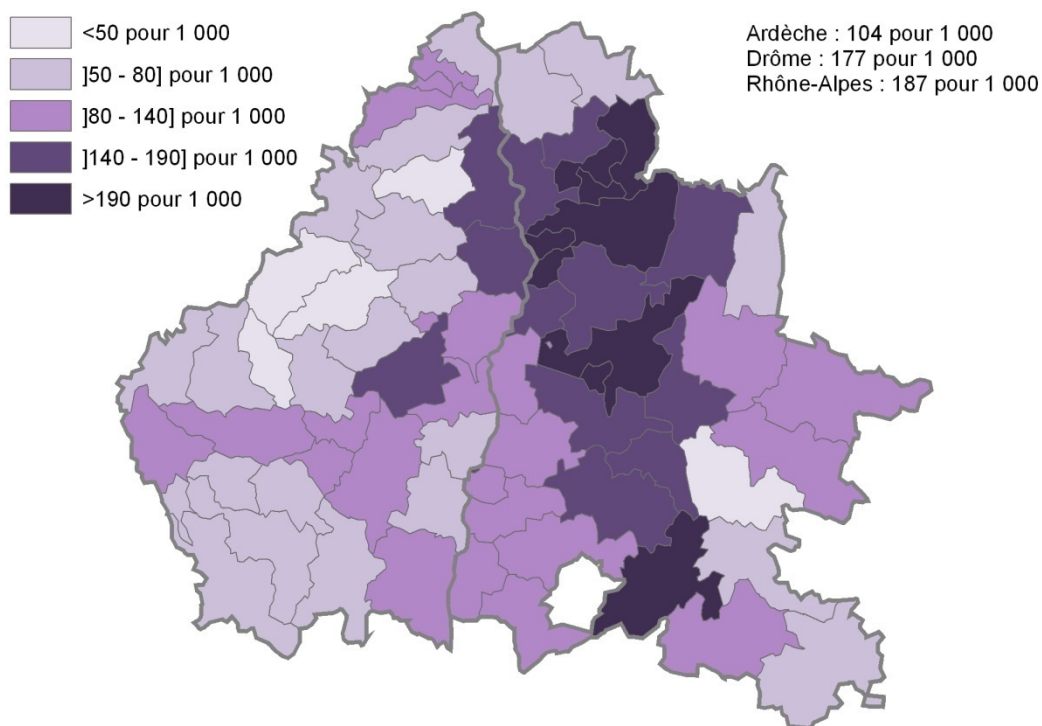
exploitation ORS

L'analyse cantonale des taux de recours aux consultations de neuropsychiatrie met en évidence des disparités extrêmement marquées avec des niveaux de recours très associés à l'offre libérale existante à proximité. Ainsi on observe notamment un axe allant des agglomérations de Romans sur Isère et de Valence, en incluant les cantons de St Peray et de Tournon en Ardèche, jusqu'à Dieulefit en passant par Crest.

Les zones de recours intermédiaire, de niveaux cependant inférieurs à la moyenne régionale, sont localisées au sud de la vallée du Rhône et autour des agglomérations de Privas, Annonay et Aubenas ainsi que dans la partie est du Diois. En Ardèche, le recours aux consultations libérales de psychiatrie est inférieur à la moyenne régionale, pour la totalité des cantons.

Ces analyses cartographiques soulignent l'importance de l'accessibilité de l'offre en termes de proximité géographique comme critère de recours aux soins libéraux de psychiatrie. La particularité des soins psychiatriques nécessitant souvent un recours très régulier (mensuel ou pluri-mensuel) avec une fréquence beaucoup plus élevée que d'autres consultations médicales spécialisées (rythme annuel ou plus espacé encore) est probablement un des facteurs à l'origine de ce phénomène particulièrement marqué. Ce d'autant plus qu'il s'agit de deux départements où en dehors de la vallée du Rhône, les déplacements peuvent être compliqués et les temps de parcours élevés. On peut également penser que les médecins généralistes orientent plus volontiers leurs patients vers un psychiatre lorsque celui-ci est plus proche.

Taux standardisé de consultations neuropsychiatriques pour 1 000 bénéficiaires du Régime Général en 2008 en Drôme-Ardèche par canton



Source : URCAM 2008

exploitation ORS

3- Prévalence de patients traités par médicaments psychotropes

Les données présentées dans cette partie sont issues des bases de données de remboursements de l'Assurance Maladie. Elles concernent les bénéficiaires du Régime Général domiciliés en Rhône-Alpes.

Il s'agit ici du nombre de patients sous traitement *régulier*, soit au moins trois prescriptions dans l'année pour les catégories de médicaments suivantes :

- ensemble des psychotropes : médicaments appartenant aux classes N05A1 à N05A9, N05B1 à N05B8, N05C, N06A1 à N06A5, N06A9, N06B, N06C, N06D, N07E ou N07F selon la classification EPHMRA de l'Assurance Maladie ;
- neuroleptiques (sous-catégorie de psychotropes destinés en premier lieu au traitement des psychoses) : médicaments appartenant à la classe N05A selon la classification EPHMRA de l'Assurance Maladie ;
- antidépresseurs (sous-catégorie des psychotropes) : médicaments appartenant aux classes N06A1 à N06A5 ou N06A9 selon la classification EPHMRA de l'Assurance Maladie .

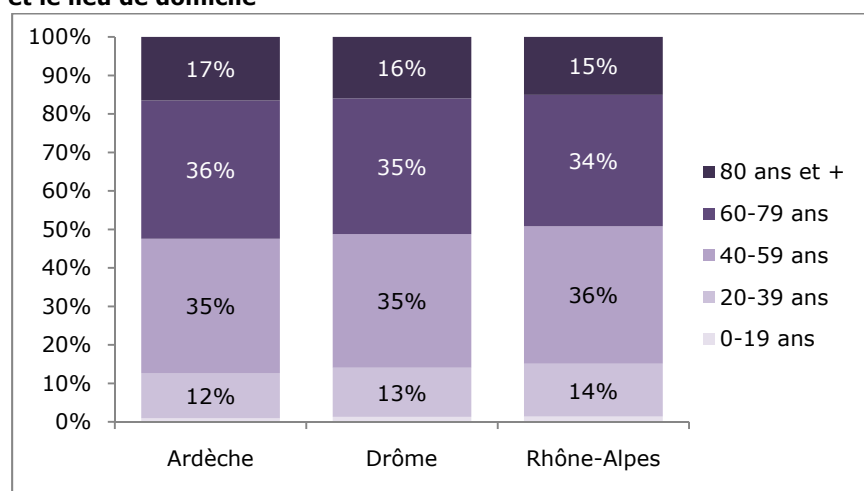
Contrairement aux consultations de neuro-psychiatrie décrites ci-dessus les prescriptions de psychotropes, qu'il s'agisse d'anxiolytiques, d'antidépresseurs ou de neuroleptiques, ne sont pas limitées aux médecins spécialisés en psychiatrie mais peuvent être réalisées par tout médecin dont en premier lieu les médecins généralistes. La prévalence de patients sous ce type de traitement est ainsi moins liée à l'existence d'une offre spécialisée.

3-1. Patients sous traitements psychotropes

En 2007 en Rhône-Alpes, plus de 560 000 bénéficiaires du Régime Général étaient des patients sous traitement régulier psychotrope, soit un peu plus d'une personne sur 10 (10,5 %). En Drôme et en Ardèche ce sont respectivement 10,8 et 11,4% des assurés qui sont concernés.

Les taux standardisés qui permettent de faire des comparaisons entre des populations dont les structures d'âge sont différentes mettent en évidence des taux équivalents entre la population des deux départements et celle de la région : 104 pour 1 000 en Ardèche et 102 pour 1 000 dans la Drôme contre 105 pour la population régionale.

Répartition des bénéficiaires du Régime Général sous traitement psychotrope régulier en 2008 selon l'âge et le lieu de domicile

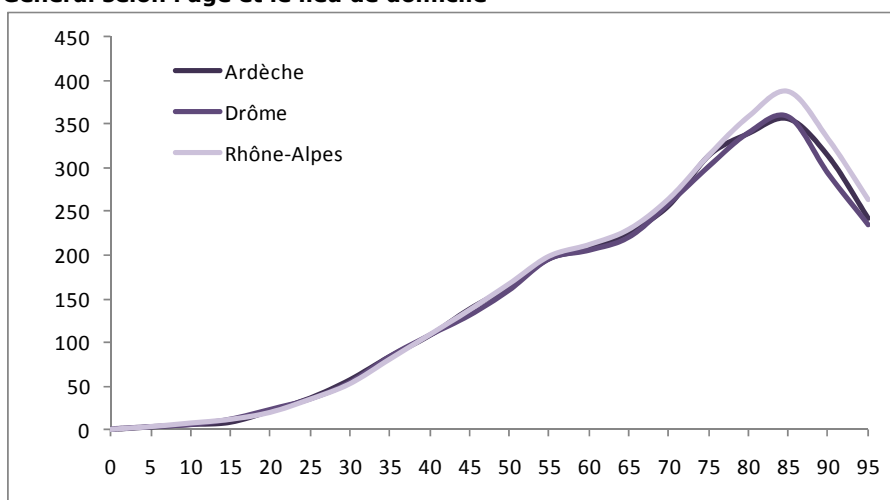


Source : URCAM 2007

exploitation ORS

Les taux de personnes sous traitement psychotropes sont très faibles chez les jeunes de moins de 15 ans puis augmentent régulièrement et de manière marquée jusqu'à 80-85 ans avant de décroître. Cette évolution et les niveaux observés sont similaires entre les deux départements sous étude et la région Rhône-Alpes.

Taux brut de patients sous traitement psychotrope régulier en 2007 pour 1 000 bénéficiaires du Régime Général selon l'âge et le lieu de domicile



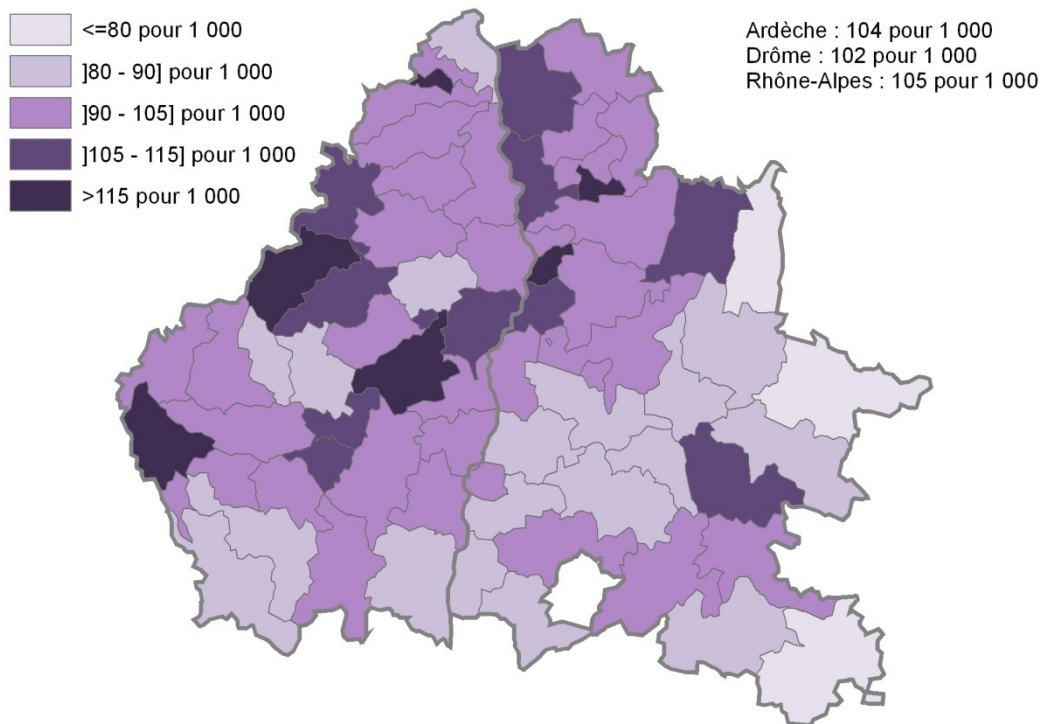
Source : URCAM 2007

exploitation ORS

Sur un plan géographique à l'intérieur des deux départements de la Drôme et de l'Ardèche on observe :

- des taux qui varient du simple au double entre les cantons où les taux sont les plus bas et ceux où les taux sont les plus forts ;
- des taux supérieurs sur un gros tiers nord du département de la Drôme avec des taux plus élevés autour des centres urbains de Romans et de Valence et le long de la vallée du Rhône ;
- des taux plus faibles sur un tiers médian et le long de la vallée de la Drôme ;
- en Ardèche les taux sont plus homogènes avec cependant des taux plus élevés dans les centres urbains (Privas, Annonay, Aubenas) et d'une bande médiane autour de Privas.

Taux standardisé de bénéficiaires du Régime Général sous traitement psychotrope régulier en 2008 en Drôme-Ardèche par canton



Source : URCAM 2007

exploitation ORS

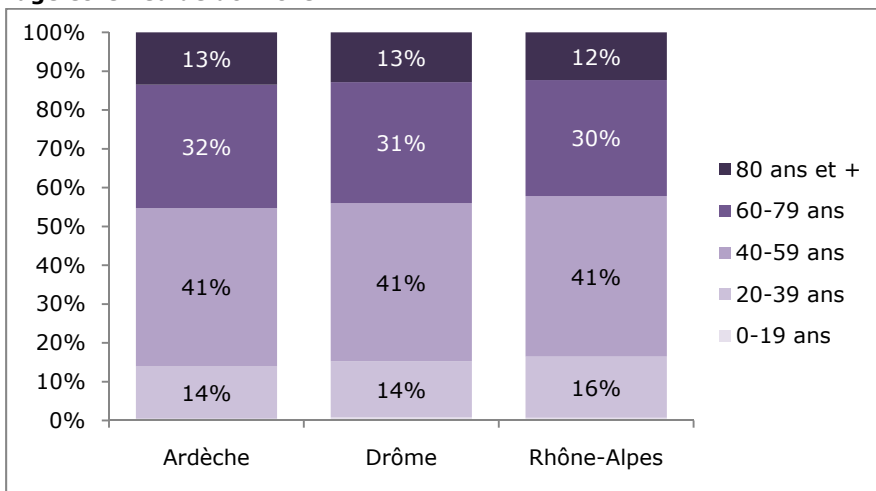
3-2. Patients sous traitements antidépresseurs

Les antidépresseurs sont indiqués pour les patients souffrant de troubles dépressifs et/ou anxieux. Le délai nécessaire à l'obtention d'une réponse thérapeutique complète est de 6 à 8 semaines. Leur durée de prescription est recommandée au minimum jusqu'à 16 à 20 semaines après la disparition des symptômes. Le traitement médicamenteux ne constitue qu'un aspect de la prise en charge des sujets présentant des troubles dépressifs ou anxieux. Les autres types de traitements qui peuvent leur être proposés sont essentiellement les prises en charge psychothérapeutiques.

En 2007 en Rhône-Alpes, plus de 308 000 bénéficiaires du Régime Général étaient des patients sous traitement régulier antidépresseur, soit en moyenne 58 personnes pour 1 000 assurés. Ce taux s'élève à 56 pour 1 000 en Ardèche (16 100 bénéficiaires concernés) et 53 pour 1 000 dans la Drôme (23 100 bénéficiaires concernés).

Les taux de personnes sous traitement antidépresseurs apparaissent à l'adolescence puis augmentent régulièrement jusqu'à un premier pic autour de 50 ans puis augmentent à nouveau entre 65 et 85 ans. Cette évolution et les niveaux observés sont similaires entre les deux départements sous étude et la région Rhône-Alpes avec cependant des taux plus faibles en Ardèche à partir de 75 ans et en Drôme à partir de 50 ans.

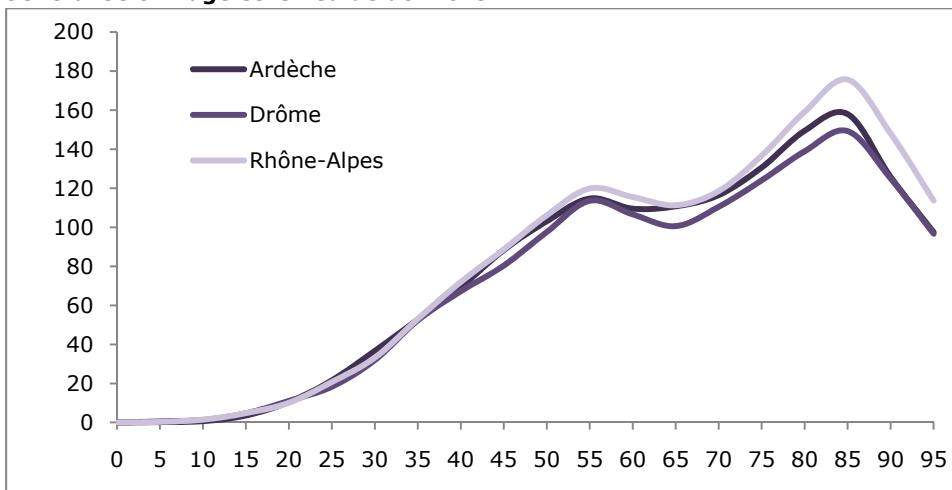
Répartition des bénéficiaires du Régime Général sous traitement antidépresseur régulier en 2008 selon l'âge et le lieu de domicile



Source : URCAM 2007

exploitation ORS

Taux brut de patients sous traitement antidépresseur régulier en 2008 pour 1 000 bénéficiaires du Régime Général selon l'âge et le lieu de domicile



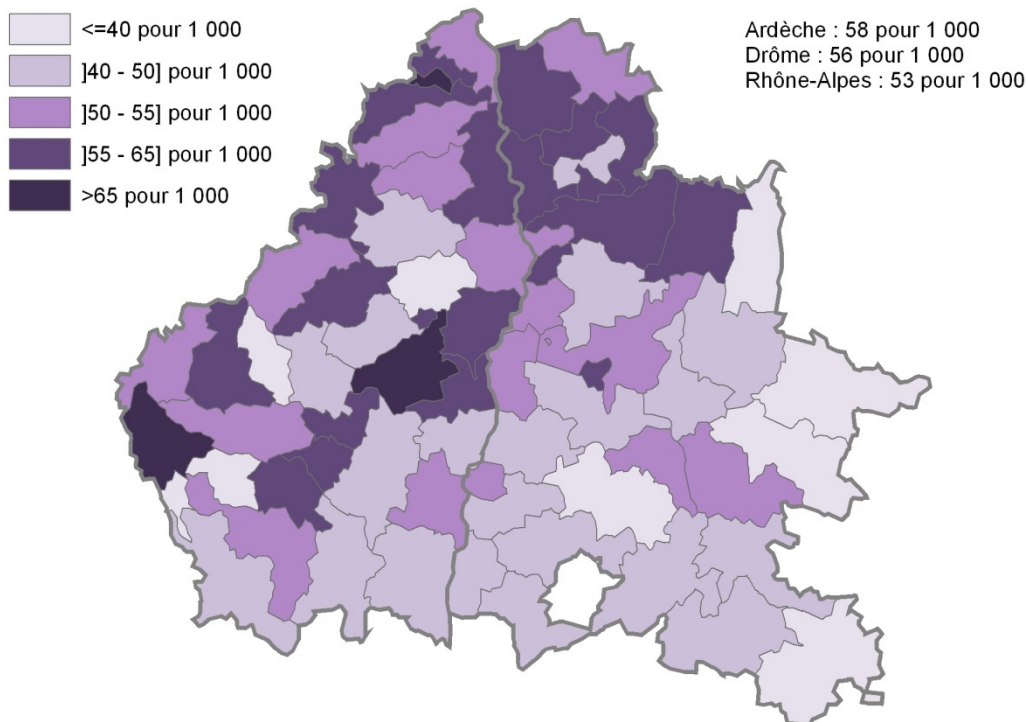
Source : URCAM 2007

exploitation ORS

Sur un plan géographique à l'intérieur des deux départements de la Drôme et de l'Ardèche on observe :

- des taux qui varient du simple au double entre les cantons où les taux sont les plus bas et ceux où les taux sont les plus forts ;
- des taux nettement supérieurs sur un petit tiers nord du département de la Drôme (à partir de Valence) et un gradient décroissant en allant vers le sud ;
- une répartition plus dispersée en Ardèche et des taux élevés autour de tous les centres urbains (Privas, Annonay, Aubenas) mais aussi sur quelques cantons plus ruraux.

Taux standardisé de bénéficiaires du Régime Général sous traitement antidépresseur régulier en 2008 en Drôme-Ardèche par canton



Source : URCAM 2007

exploitation ORS

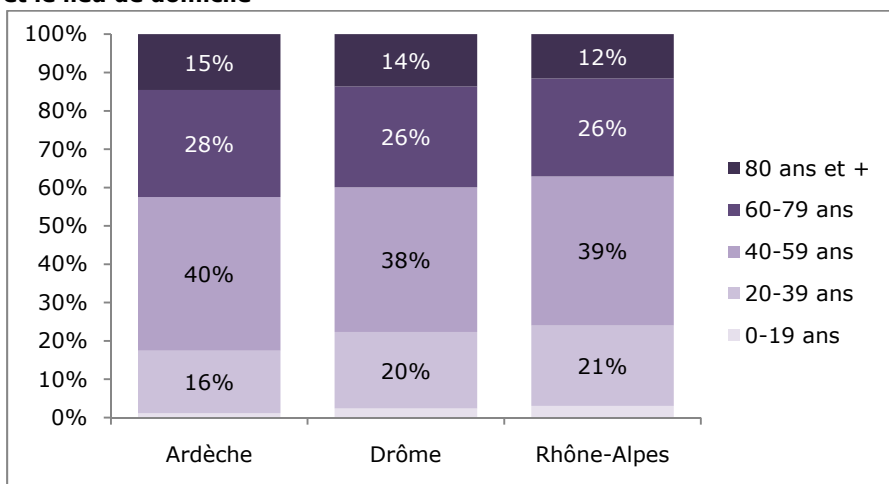
3-3. Patients sous traitements neuroleptiques

Les neuroleptiques, ou antipsychotiques sont utilisés chez les patients atteints de schizophrénie pour le traitement de la phase aiguë et pour le traitement de fond en prévention des récives

En 2007 en Rhône-Alpes, plus de 72 000 bénéficiaires du Régime Général étaient des patients sous traitement régulier neuroleptique, soit en moyenne 14 personnes pour 1 000 assurés. Ce taux s'élève à 16 pour 1 000 en Ardèche (4 500 bénéficiaires concernés) et 14 pour 1 000 dans la Drôme (5 900 bénéficiaires concernés).

Les taux de personnes sous traitement neuroleptiques croissent régulièrement avec l'âge avec un pic avec un léger pic entre 40 et 55 ans. Cette augmentation se poursuit jusqu'aux âges les plus élevés (seule une stabilisation est observée en Drôme au-delà de 90 ans). Les taux observés parmi la population ardéchoise sont plus élevés que les taux drômois et régionaux à partir de 35 ans.

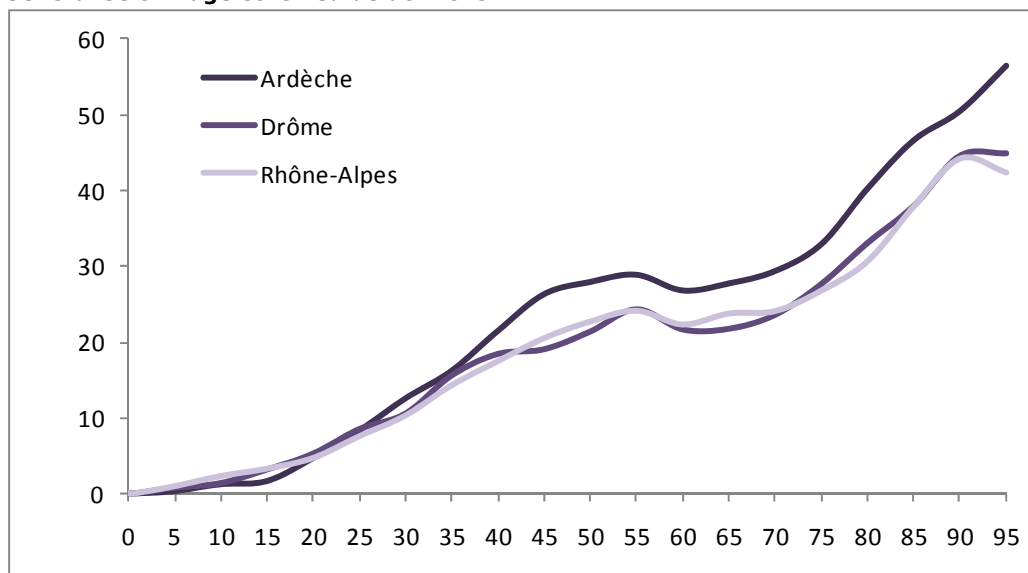
Répartition des bénéficiaires du Régime Général sous traitement neuroleptique régulier en 2008 selon l'âge et le lieu de domicile



Source : URCAM 2007

exploitation ORS

Taux brut de patients sous traitement neuroleptique régulier en 2008 pour 1 000 bénéficiaires du Régime Général selon l'âge et le lieu de domicile



Source : URCAM 2007

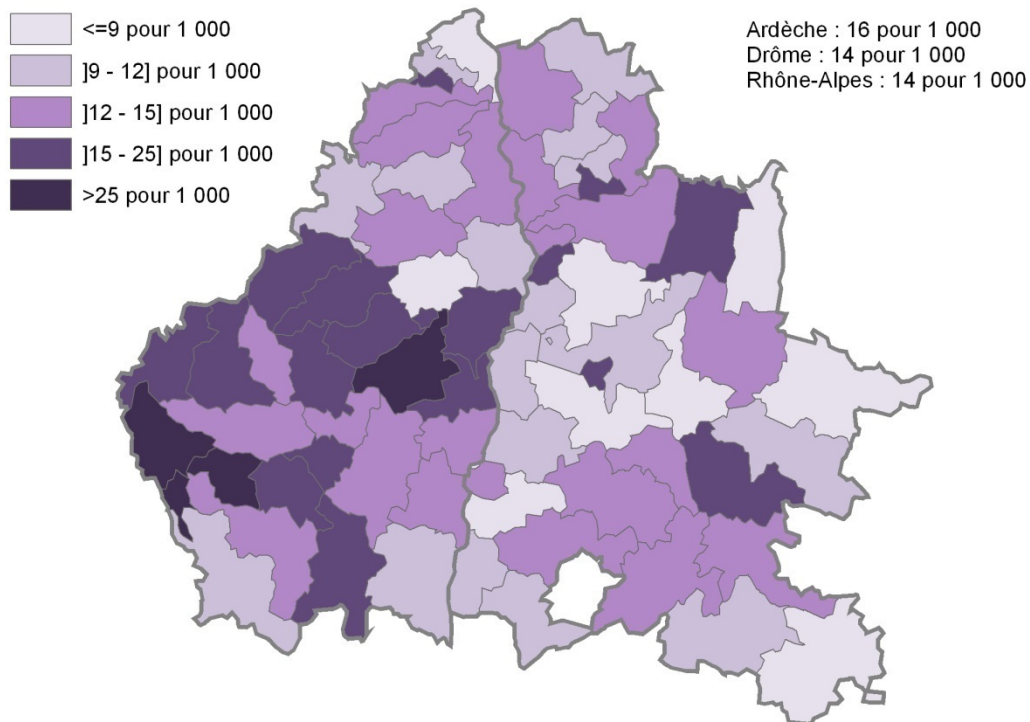
exploitation ORS

Les taux cantonaux de prévalence de patients sous traitement neuroleptique mettent en évidence une distribution géographique relativement différente de ce qui a été décrit pour les traitements précédents notamment pour la Drôme où la situation de forte prévalence du nord du département est moins marquée et surtout visible sur les villes de Valence et Romans-sur-Isère.

En Ardèche on retrouve des niveaux de prévalence sur une bande est-ouest autour de Privas ainsi qu'au sud-ouest du département à partir d'Aubenas et enfin sur la ville d'Annonay.

La prévalence élevée de patients traités sur certains cantons, notamment ruraux, peut également être liée à l'existence de certains établissements destinés aux personnes handicapées ou aux personnes âgées, dont la population suivie ou accueillie présente une prévalence plus importante de troubles mentaux.

Taux standardisé de bénéficiaires du Régime Général sous traitement neuroleptique régulier en 2008 en Drôme-Ardèche par canton



Source : URCAM 2007

exploitation ORS