

LA SANTÉ OBSERVÉE EN NORMANDIE

Association
ORS-CREAI
Normandie

LA SANTÉ MENTALE



L'ORS-CREAI publie un nouveau numéro de sa collection « Santé Observée en Normandie ». Ces publications ont pour objectif de mettre à la disposition de l'ensemble des partenaires du champ sanitaire, social et médico-social, les principales données concernant la santé de la population (indicateurs de santé disponibles, ressources régionales en matière de prévention et de soins).

■ CONTEXTE NATIONAL

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale ne se restreint pas à l'absence de trouble psychique ou de maladie mentale, elle est « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ».

La santé mentale couvre ainsi un champ large et intègre trois dimensions :

- les troubles mentaux ou troubles psychiatriques,
- les troubles psychologiques ou souffrance psychique (traduction d'un ressenti de mal-être),
- la santé mentale positive (estime de soi, capacités d'adaptation, épanouissement personnel).

Certains troubles mentaux sont dus à des causes biologiques (facteurs génétiques, par exemple), certains profils psychologiques peuvent prédisposer aux troubles mentaux, mais la santé mentale est aussi directement impactée par des facteurs liés à l'environnement familial, social, culturel ou professionnel. Ces troubles ont des répercussions directes et indirectes sur les personnes qui en souffrent (notamment sur leur santé physique), mais également sur leur entourage.

Les troubles psychiques font partie des principales causes de morbidité et de mortalité : selon l'OMS, une personne sur quatre est touchée par des troubles psychiques à un moment de sa vie. En France, les maladies mentales font partie des premières maladies chroniques et la demande de soins est en constante augmentation, notamment pour les troubles anxiodépressifs, les psycho-traumatismes, les troubles du comportement, les addictions.

Elles représentent un poids de plus en plus lourd dans les dépenses de santé, lié au traitement des maladies et à la consommation de psychotropes, avec des coûts associés pour le secteur social et médico-social, mais également des effets sur l'emploi et la productivité des personnes concernées.

La santé mentale représente un enjeu majeur de santé publique, réaffirmé dans la stratégie nationale de santé par la communication d'une feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie (28 juin 2018), avec une attention particulière portée aux publics vulnérables, celle-ci se décline en 3 axes :

- promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide,
- garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité,
- améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

Les activités de l'ORS-CREAI Normandie sont soutenues par le Conseil Régional, l'Agence Régionale de Santé de Normandie et le Conseil Départemental de l'Orne.



SOMMAIRE

Offre régionale de soins et d'accompagnement en santé mentale	p. 3
Santé mentale des enfants et adolescents	p. 8
Santé mentale des adultes	p. 14
Santé mentale des personnes âgées	p. 23
Santé mentale et Covid-19	p. 29
Témoignage	p. 33
Faits marquants en Normandie	p. 35

CONTEXTE RÉGIONAL

En Normandie, la santé mentale figure parmi les huit parcours de santé et de vie prioritaires du Projet régional de santé (PRS), sous l'intitulé « Psychiatrie et santé mentale ». L'ARS Normandie affirme ainsi sa volonté de promouvoir la prise en charge globale et décloisonnée des patients atteints de troubles psychiques, dans une dynamique de parcours : parcours de vie, de santé et de soins.

L'intervention de l'ARS porte sur la promotion de la santé et la prévention, le traitement spécialisé par la psychiatrie et la réhabilitation/réinsertion notamment par le secteur social.

Concernant les enfants, l'objectif est de fluidifier les parcours en pédopsychiatrie, de travailler sur les dispositifs d'amont et d'aval, afin de limiter le recours à l'hospitalisation et d'éviter l'hospitalisation d'enfants dans des unités pour adultes.

L'ARS souhaite également déployer l'offre de réhabilitation psychosociale au niveau régional pour contribuer au rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiatriques, en favorisant leur autonomie, le retour à une vie citoyenne et afin de restaurer, maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

SOMMAIRE DÉTAILLÉ

Offre régionale de soins et d'accompagnement en santé mentale	p. 3
• Organisation en secteurs de psychiatrie	p. 3
• Offre hospitalière	p. 3
• Offre libérale et mixte	p. 6
• Structures de coordination	p. 7
Santé mentale des enfants et adolescents	p. 8
• Nature des troubles psychiques	p. 8
• Fréquence des troubles	p. 10
• Recours aux soins	p. 11
• Offre sanitaire et médico-sociale dédiée aux enfants et adolescents	p. 13
Santé mentale des adultes	p. 14
• Nature des troubles psychiques	p. 14
• Fréquence des troubles	p. 17
• Recours aux soins	p. 19
• Offre sanitaire et médico-sociale dédiée aux adultes	p. 22
Santé mentale des personnes âgées	p. 23
• Nature des troubles psychiques	p. 23
• Fréquence des troubles	p. 24
• Recours aux soins	p. 26
• Offre sanitaire et médico-sociale dédiée aux personnes âgées	p. 27
Santé mentale et Covid-19	p. 29
• Impacts de la crise du Covid-19 sur la santé mentale : état des lieux des connaissances	p. 29
• Constats observés concernant les personnes souffrant d'un handicap psychique (avant la pandémie)	p. 30
• L'offre médico-socialeExposition des professionnels de santé aux risques psychologiques	p. 30
• Retours d'expériences sur l'adaptation du secteur de la santé mentale à la crise du Covi-19	p. 32
Témoignage : Le vécu des usagers de la santé mentale pendant la crise du Covid-19 : Advocacy.....	p. 33
Faits marquants en Normandie	p. 35

L'offre de soins et d'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques en France a longtemps été centrée sur les prises en charge sanitaires. Depuis les années 1960, l'organisation des soins a considérablement évolué, passant d'une psychiatrie exclusivement hospitalière à une psychiatrie désinstitutionnalisée, au plus près des lieux de vie des populations. Cette nouvelle organisation a eu pour conséquence une réduction des capacités d'hospitalisation au profit des prises en charge en ambulatoire et à temps partiel. Ainsi selon la Drees (en 2018), environ 80 % des adultes pris en charge en établissement de santé en 2016, l'ont été exclusivement en ambulatoire.

L'offre est aujourd'hui très diversifiée et comprend l'offre sanitaire en ville et à l'hôpital, l'offre ambulatoire ou en hospitalisation, spécialisée ou non, l'offre médico-sociale, ou encore l'offre initiée par des pairs. Elle est ainsi caractérisée par une pluralité d'acteurs, qu'il convient de présenter dans un premier temps.

ORGANISATION EN SECTEURS DE PSYCHIATRIE

Une organisation de l'offre en 7 secteurs de psychiatrie

Dans toute la France, l'offre de soins en psychiatrie est organisée en secteurs, chaque secteur disposant de plusieurs lieux de soins (centre médico-psychologique CMP, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel CATTP, hôpital de jour, centre d'accueil et de crise, centre de postcure, appartement thérapeutique et unité d'hospitalisation). Chaque service est rattaché administrativement à un hôpital spécialisé ou général.

En Normandie, l'organisation mise en place pour répondre aux besoins de soins de proximité repose sur 7 secteurs de psychiatrie : 3 secteurs couvrant la Seine-Maritime et 1 secteur pour chacun des autres départements (cf. carte).

Les consultations et prises en charge en psychiatrie publique se déroulent ainsi dans les services rattachés au secteur du lieu de résidence des habitants.

Zone d'intervention des ES autorisés en psychiatrie générale, et périmètre des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM)



ARS de Normandie - D. Strat - Pole ESAD - HB - Février 2018

OFFRE HOSPITALIÈRE

Plusieurs types d'établissements hospitaliers sont autorisés pour la prise en charge des pathologies psychiatriques :

- les établissements publics spécialisés dans le champ de la santé mentale,
- les établissements publics pluridisciplinaires disposant d'un service de psychiatrie,
- les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC),
- les établissements privés à but lucratif.

Les modalités de prise en charge sont diverses : à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire.

Définitions

Prise en charge à temps complet : prise en charge continue, de jour et de nuit :

- Hospitalisation à temps plein : elle correspond à une hospitalisation d'au minimum 24 heures réservée aux situations les plus aiguës, qui requièrent des soins intensifs associés à une surveillance médicale continue.
- Autres modalités de soins à temps complet, en dehors de l'hôpital : accueil familial thérapeutique, séjours thérapeutiques, hospitalisation à domicile (HAD), appartements thérapeutiques, centres de post-cure, centres de crise.

Prise en charge à temps partiel :

- Hospitalisation à temps partiel : hospitalisation de moins de 24 heures (qui peut être de jour ou de nuit)
- Activité au sein d'un atelier thérapeutique

Prise en charge ambulatoire : consultations médicales ou entretiens soignants, réalisés principalement en CMP ou CATTP, mais aussi au domicile des patients, en établissement pénitentiaire...

Offre de psychiatrie générale

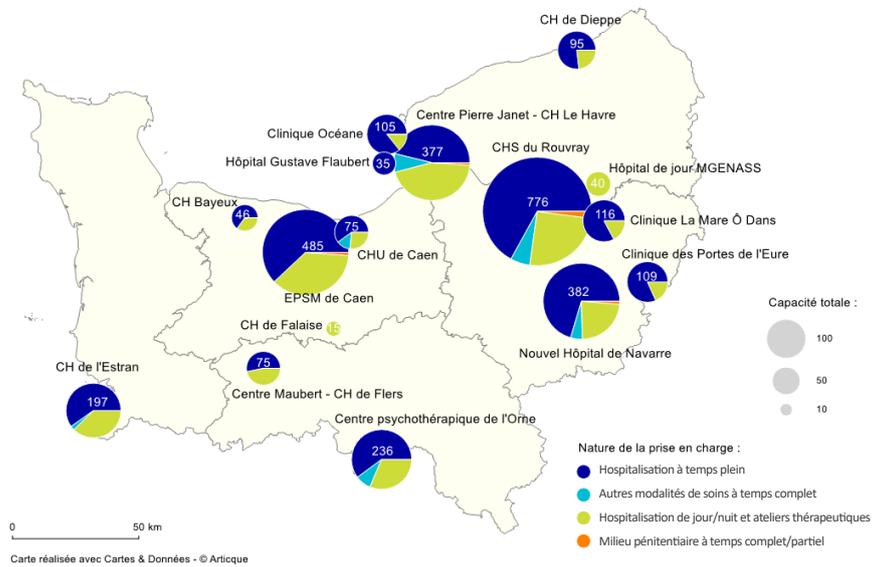
Une capacité totale d'accueil en psychiatrie générale de 3 610 places en Normandie en 2019

En psychiatrie générale, l'offre d'accueil se répartit entre deux tiers de prises en charge à temps complet et un tiers à temps partiel.

A temps complet, l'offre comprend 2 270 lits d'hospitalisation à temps plein répartis sur les 5 départements, complétée par 87 places en accueil familial thérapeutique (proposées en Seine-Maritime, dans l'Orne et dans la Manche), 54 places en appartements thérapeutiques, 36 places d'accueil d'urgence (en centre de crise et structure d'accueil des urgences, hors urgences générales) et 12 places en HAD (proposées dans la Manche).

A temps partiel, l'offre se compose de 1 071 places d'hospitalisation de jour, 28 places d'hospitalisation de nuit (soit 14 dans le Calvados et 14 dans la Manche) et 23 places en ateliers thérapeutiques (dont 15 dans le Calvados).

Offre de soins en psychiatrie générale en Normandie en 2019



Source : SAE 2019 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

Densité d'accueil en psychiatrie générale en 2019

(Nombre de lits/places au 31-12-2019 pour 100 000 habitants âgés de 16 ans et plus)

	Prises en charge à temps complet		Prises en charge à temps partiel
	Hospitalisation à temps plein	Autres modalités de soins à temps complet	
Calvados	66,6	1,8	40,6
Eure	95,8	4,0	27,2
Manche	89,8	15,9	52,0
Orne	78,3	8,6	46,9
Seine-Maritime	88,4	7,4	43,9
Normandie	84,5	7,0	41,8
France métrop.	98,3	8,1	37,8

Source : SAE 2019 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

Cette offre d'accueil en psychiatrie générale correspond à une densité de 84,5 lits pour 100 000 habitants, en hospitalisation à temps complet, soit inférieure de 16,5 à l'offre nationale. Cette densité est aussi plus faible dans le Calvados et dans l'Orne (avec respectivement 66,6 et 78,3 lits pour 100 000, contre 88 et plus dans les trois autres départements).

La densité de places d'hospitalisation partielle est en revanche supérieure au niveau national : elle s'établit à 41,8 places pour 100 000 habitants de 16 ans et plus (contre 37,8 en France métropolitaine) et varie entre 27,2 places dans le département de l'Eure et 52,0 places dans la Manche.

4 800 professionnels exerçant en établissement de santé en psychiatrie générale, dont 95 % de professionnels non médicaux

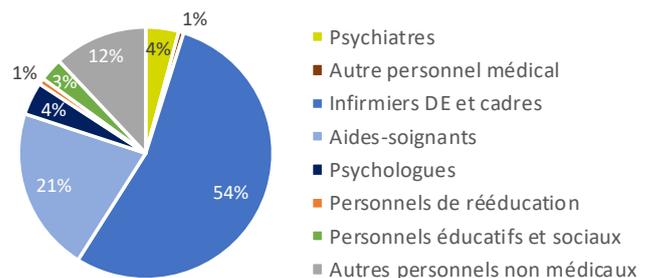
En 2019, près de 4 800 professionnels (en équivalents temps plein ETP) ont exercé en établissement de santé en psychiatrie en Normandie, parmi lesquels 233 ETP de professionnels médicaux (202 ETP de psychiatre), soit seulement 5 %.

Dans ces établissements de santé, 95 % des professionnels sont des professionnels non médicaux, parmi lesquels 54 % d'infirmiers, 21 % d'aides-soignants, 4 % des psychologues, 3 % de personnels éducatifs et sociaux.

Cette répartition est proche de ce qui est observé au plan national, avec pour principale différence moins de psychiatres en région (4 % contre 6 % au plan national) et davantage d'aides-soignants (21 % contre 15 %).

Par ailleurs, une offre de psychiatrie en milieu pénitentiaire comprend 17 lits d'hospitalisation à temps complet et 14 places de prises en charge à temps partiel.

Répartition des personnels couvrant à l'activité de psychiatrie générale en Normandie en 2019



Source : SAE 2019 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

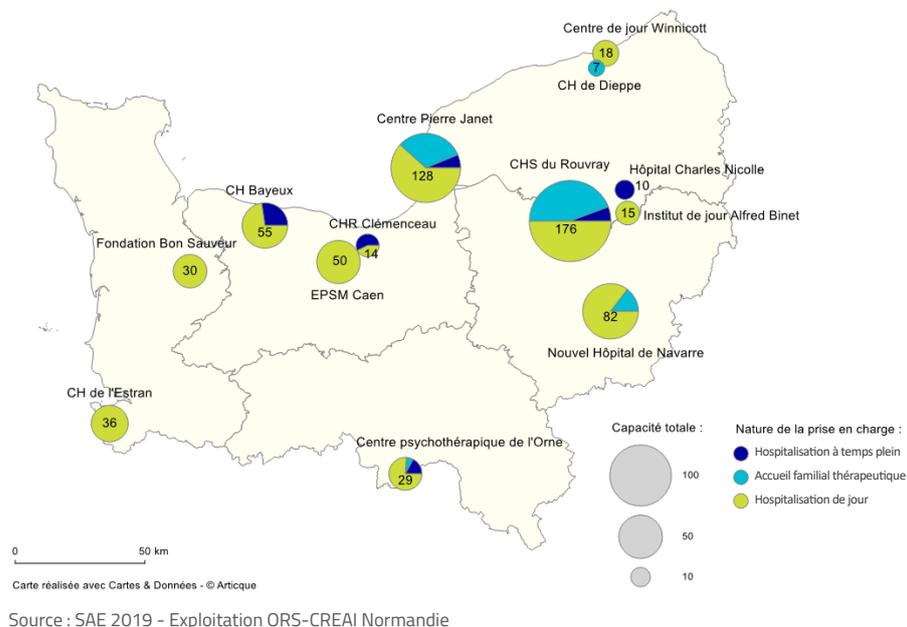
Offre de psychiatrie infanto-juvénile

Une capacité totale d'accueil en psychiatrie infanto-juvénile de 650 places en Normandie en 2019

En région, l'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile repose sur une capacité de prise en charge :

- à temps partiel : de 454 places réparties sur les 5 départements (entre 22 places dans l'Orne et 200 en Seine-Maritime),
- à temps complet : de 196 places dont 56 places en hospitalisation à temps plein (proposées dans le Calvados, la Seine-Maritime et l'Orne) et 140 places en accueil familial thérapeutique (dont 126 en Seine-Maritime, 12 dans l'Eure et 2 dans l'Orne).

Offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile en Normandie en 2019



Densité d'accueil en psychiatrie infanto-juvénile en 2019

(Nombre de lits/places au 31-12-2019 pour 100 000 habitants âgés de moins de 16 ans)

	Prises en charge à temps complet		Prises en charge à temps partiel
	Hospitalisation à temps plein	Accueil familial thérapeutique	Hospitalisation de jour
Calvados	15,6	0,0	65,2
Eure	0,0	9,4	54,7
Manche	0,0	0,0	73,9
Orne	9,8	3,9	43,2
Seine-Maritime	11,4	51,3	81,4
Normandie	8,5	21,2	68,7
France métrop.	17,5	5,5	73,6

Source : SAE 2019 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

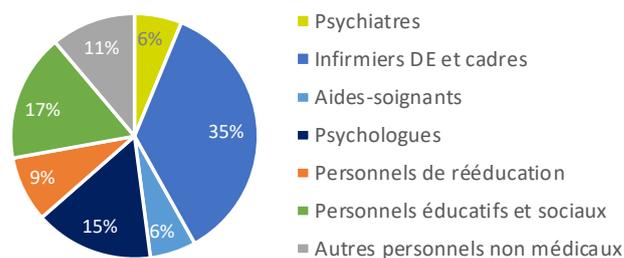
La capacité d'accueil en psychiatrie infanto-juvénile en Normandie en 2019 correspond à une densité de 8,5 lits pour 100 000 enfants de moins de 16 ans, contre 17,5 au plan national : elle est majoritairement localisée dans le Calvados puis en Seine-Maritime et dans l'Orne. La région dispose en revanche d'une forte densité d'alternatives à temps complet (soit 21,2 places pour 100 000 enfants de moins de 16 ans, contre 5,5 au plan national). Pour ce qui concerne les prises en charge à temps partiel, l'offre régionale est légèrement inférieure au niveau national (68,7 places pour 100 000 enfants de moins de 16 ans, contre 73,6), mais très différenciée selon le territoire ; elle varie entre 43,2 places pour 100 000 enfants de moins de 16 ans dans l'Orne et 81,4 en Seine-Maritime.

1 180 professionnels exerçant en établissement de santé en psychiatrie infanto-juvénile, dont 94 % de professionnels non médicaux

En 2019, 1 180 professionnels (en ETP) ont exercé en établissement de santé en psychiatrie infanto-juvénile en Normandie, parmi lesquels 76 ETP de professionnels médicaux (soit seulement 6 %). Les infirmiers représentent un tiers des professionnels mobilisés, les autres professionnels étant les personnels éducatifs et sociaux (17 %), les psychologues (15 %), les personnels de rééducation (9 %) et les aides-soignants (7 %).

Cette répartition, comparable à ce qui est observé au plan national, met toutefois en évidence moins de psychiatres en région (avec 6 % contre 8 % en France métropolitaine) et plus d'aides-soignants et de professionnels éducatifs et sociaux.

Répartition des personnels couvrant l'activité de psychiatrie infanto-juvénile en Normandie en 2019



Source : SAE 2019 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

Accessibilité de l'offre de psychiatrie

Une accessibilité de l'offre d'hospitalisation à temps plein nettement moins favorable en Normandie qu'au plan national

Le temps moyen d'accès à une l'offre de prise en charge en hospitalisation est très variable selon le territoire ; tant pour les adultes que pour les enfants, l'accessibilité est moins bonne en Normandie qu'en France entière (en 2015).¹

Concernant les moins de 16 ans, deux sur trois résident à au moins 30 minutes d'une unité d'hospitalisation à temps plein (et 42 % à plus de 45 minutes) : excepté dans le Calvados et la Seine-Maritime, départements mieux dotés en terme d'équipements, plus de trois jeunes sur quatre sont à plus d'une demi-heure de trajet.

Concernant les adultes, c'est un tiers du public normand qui réside à au moins 30 minutes d'un établissement d'hospitalisation à temps plein, contre un habitant sur cinq au plan national (et 10 % se situent à 45 minutes ou plus). Les départements de la Manche et de l'Orne sont les moins favorisés.

Part de la population à 30 minutes ou plus de l'unité d'hospitalisation temps plein la plus proche (%)

	Enfants et adolescents (moins de 16 ans)	Adultes (16 ans et plus)
Calvados	35,2	25,0
Eure	87,4	33,6
Manche	99,6	56,1
Orne	77,1	53,9
Seine-Maritime	53,1	31,6
Normandie	64,8	36,2
France métrop.	37,7	20,0

Source : SAE 2015, Atlas de santé mentale

¹ Source : Atlas de santé mentale, 2015

OFFRE LIBÉRALE ET MIXTE

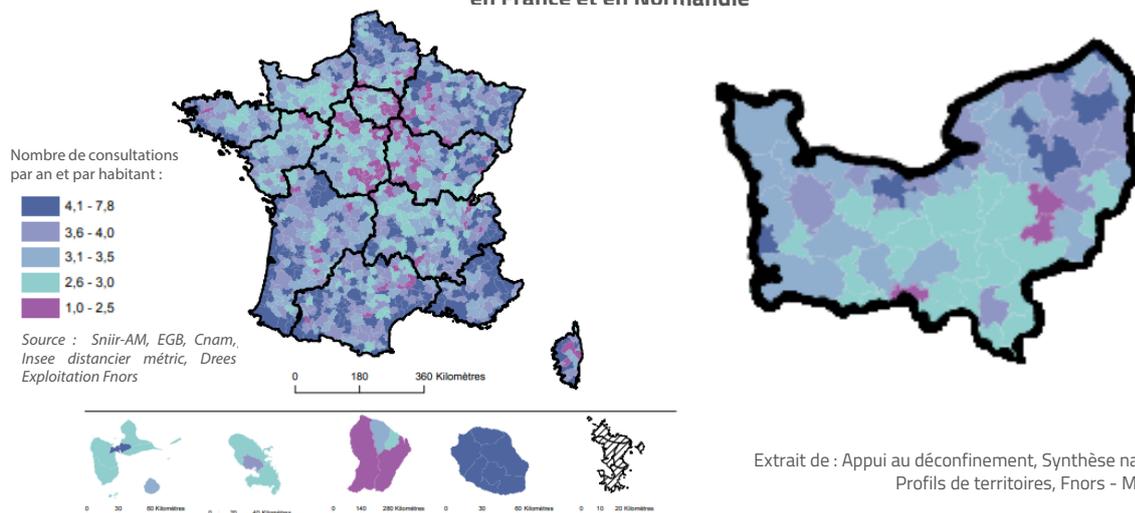
- L'offre de ville comprend tout d'abord les médecins généralistes, qui sont les interlocuteurs de proximité privilégiés pour la prise en charge de premier recours, quel que soit le public. Ils participent à la détection et au traitement des troubles, orientent les patients vers d'autres médecins ou professionnels lorsque c'est nécessaire et les accompagnent dans le cadre d'une prise en charge globale.
- Parallèlement, les psychologues libéraux proposent une offre (non médicale) consistant à détecter et accompagner les troubles du comportement et les problèmes d'adaptation, chez des personnes présentant des troubles d'intensité légère ou modérée.
- Les psychiatres libéraux proposent quant à eux une offre médicale spécialisée sur le traitement des maladies mentales.

Des densités de professionnels de santé globalement inférieures en région qu'au plan national

Au 1^{er} janvier 2020, plus de 2 600 médecins généralistes libéraux et mixtes sont installés dans la région, mais selon des densités très variables qui vont de 63,0 médecins pour 100 000 habitants dans l'Eure à 91,2 dans le Calvados (contre 86,5 en France métropolitaine) ; dans un tiers des Etablissements publics de coopération intercommunale (25 EPCI sur 70), la densité est même inférieure à 60 pour 100 000 habitants.

En complément de ces données, la cartographie de l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes met en évidence un accès plus difficile pour les habitants d'EPCI en milieu rural (notamment dans l'Orne, l'Eure ou le sud du Calvados), contre un accès facilité pour les zones urbaines, périurbaines et les territoires côtiers.

Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes en 2018, en France et en Normandie



Extrait de : Appui au déconfinement, Synthèse nationale, Profils de territoires, Fnors - Mai 2020

L'offre régionale de psychologues et de psychiatres est également très en deçà de l'offre nationale. Les densités de professionnels sont respectivement de 24,5 et 15,6 pour 100 000 habitants, contre 39,5 et 21,4 pour 100 000 en France métropolitaine.

Caractérisée par de grandes disparités territoriales, l'offre régionale reste plus conséquente dans les départements du Calvados et de la Seine-Maritime.

Offre médicale régionale au 1^{er} janvier 2020

	Médecins généralistes* (libéraux et mixtes)		Psychologues (libéraux et mixtes)		Psychiatres (libéraux, mixtes et salariés)	
	Nombre	Densité	Nombre	Densité	Nombre	Densité
Calvados	633	91,2	253	36,5	144	20,7
Eure	379	63,0	144	23,9	68	11,3
Manche	364	73,3	107	21,5	53	10,7
Orne	186	65,6	64	22,6	26	9,2
Seine-Maritime	1 071	85,4	311	24,8	228	18,2
Normandie	2 633	79,1	816	24,5	519	15,6
France métrop.	55 943	86,5	25 524	39,5	13 826	21,4

Sources : Répertoire Drees / Asip-Santé - RPPS, 1er janvier 2020 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

Densité pour 100 000 habitants / L'offre médicale comprend les professionnels libéraux ou mixtes ayant une activité standard de soins (hors remplaçants).

* Possibilité d'accéder à une cartographie de l'offre médicale par EPCI (« Autour des soins ») via le lien : <https://calcul2.ors.fr/opendatanormandie/>

STRUCTURES DE COORDINATION

Projet territorial de santé mentale (PTSM)

La politique de santé mentale étant aujourd'hui conçue comme une action globale et associant de multiples acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, la loi de modernisation du système de santé de 2016 a introduit les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM).

En référence à l'instruction du 5 juin 2018¹, ils visent à organiser à l'échelle des territoires les conditions d'accès de la population à la prévention, au repérage et au diagnostic des troubles de santé mentale, ainsi qu'à l'intervention précoce, la mise en œuvre des soins adaptés, l'accompagnement à l'insertion sociale. Sous l'égide de l'ARS, l'élaboration et le déploiement des PTSM reposent sur la participation de l'ensemble des acteurs de la prévention, du social, du logement, de l'insertion, les structures de coordination (CLSM, MAIA), ainsi que les collectivités territoriales et les représentants des usagers.

Sur la base d'un diagnostic territorial partagé, les acteurs proposent des solutions d'organisation visant à faciliter les parcours de soin et de vie des personnes.

En décembre 2019, 7 PTSM sont en cours de déploiement en Normandie (cf. carte page 3).

Conseil local de santé mentale (CLSM)

Un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) est un lieu de concertation et de coordination entre les services de psychiatrie publics, les élus locaux, les usagers et les aidants d'un territoire défini. Il s'appuie sur une volonté politique locale de promouvoir la santé mentale et a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées, selon une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins, en associant les acteurs sanitaires et sociaux du territoire.

¹ Référence : Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale

Des acteurs de prévention en santé mentale

Un grand nombre d'acteurs mènent des actions de prévention sur le territoire, parmi lesquels : le groupement régional d'actions, de formations et d'informations en santé mentale (GRAFISM), Promotion Santé Normandie (PSN), les réseaux territoriaux de promotion de la santé (RTPS), les Contrats locaux de santé (CLS) ayant un axe santé mentale, les ateliers de santé ville (ASV), les maisons des adolescents, des associations d'entraide...

Des associations d'usagers en santé mentale

Il existe diverses associations en santé mentale qui peuvent soutenir et accompagner les usagers ainsi que leur entourage (par exemple : Advocacy, Unafam, Hellebore...).

Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)

La méthode MAIA (mise en œuvre depuis 2008 par la CNSA) associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins. La MAIA est composée de 3 mécanismes interdépendants : la concertation, le guichet intégré et la gestion de cas.

Aujourd'hui, 98 % du territoire français est couvert par 352 dispositifs MAIA, dont 21 en Normandie².

Groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Les GEM s'adressent à des personnes présentant « un handicap résultant de troubles psychiques, d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise, d'un trouble du spectre de l'autisme ou tout autre trouble du neuro-développement ». Ils ont pour but de lutter contre l'isolement, de prévenir l'exclusion sociale et de favoriser l'insertion dans la cité : ce sont avant tout des lieux de socialisation. Ils reposent sur la philosophie du soutien par les pairs, qui rencontrent des difficultés similaires et sont donc à même d'apporter un soutien, une écoute et un partage d'expérience, en vue d'accéder à un « mieux-être ».

Fin 2018, on compte 28 GEM en Normandie (et 505 en France).

² Source ARS, juin 2018

La grande majorité des enfants et des adolescents est en bonne santé mentale. Toutefois, une souffrance psychique peut se manifester sur cette période de la vie, des troubles non pris en charge risquent de s'installer et d'avoir des répercussions à l'âge adulte. Selon l'OMS, plus de la moitié des troubles psychiques de l'adulte apparaissent avant l'âge de 16 ans.

NATURE DES TROUBLES PSYCHIQUES

La notion de troubles psychiques est large et variée : anxiété, phobies, dépression, addictions, troubles de l'humeur, troubles de l'attention, troubles psychotiques, troubles du comportement¹. Concernant les mineurs, la notion de diagnostic de ces troubles est d'autant plus difficile qu'ils sont souvent d'une durée et d'une gravité très variables. Lorsqu'ils s'installent, différents signes d'alerte peuvent apparaître : perturbation du sommeil, de l'alimentation, de l'estime de soi, des résultats scolaires...

S'il est difficile de caractériser précisément les troubles psychiques chez les mineurs, particulièrement sur des échelles géographiques fines, différents travaux et enquêtes nationales ou régionales permettent d'éclairer certaines dimensions.

Troubles anxieux

Les enfants comme les adolescents sont confrontés à des peurs sur des moments particuliers de leur vie (liées aux apprentissages scolaires ou des événements particuliers de la vie personnelle par exemple), mais lorsque cet état s'installe dans la durée avec des peurs intenses et irraisonnées, on parle de troubles anxieux. Ils peuvent prendre différentes formes : les phobies (peurs intenses et irraisonnées déclenchées par une situation ou un objet non dangereux), les troubles obsessionnels compulsifs ou TOC (gestes et rituels que l'on ne peut pas s'empêcher de faire sans ressentir un grand malaise), le trouble anxieux généralisé qui traduit une anxiété permanente et durable, qu'il faut pouvoir soigner. Selon l'Inserm, 5 % des enfants souffriraient de troubles anxieux.

Troubles des comportements alimentaires

L'anorexie et la boulimie sont les deux principaux troubles des comportements alimentaires qui, s'ils peuvent sembler assez banals au début parce que modérés ou en partie cachés, peuvent devenir très graves et entraîner de nombreux problèmes physiques. La restriction volontaire d'apports alimentaires ou l'excès de consommations irrésistibles touchent plus fréquemment les jeunes femmes que les jeunes hommes et s'accompagnent généralement d'un sentiment de grande culpabilité, de souffrance morale.

L'anorexie mentale intervient le plus souvent chez les jeunes filles entre 14 et 18 ans (dans 10 % chez les garçons). Une étude épidémiologique menée en France en 2008 auprès d'adolescents dans leur 18^{ème} année indique que l'anorexie mentale a concerné 0,5 % des jeunes filles et 0,03 % des garçons entre 12 et 17 ans². La boulimie touche environ 1,5 % des 11-20 ans et concernerait environ trois jeunes filles pour un garçon. Elle débute généralement plus tard que l'anorexie mentale, avec un pic de fréquence vers 19-20 ans³.

Troubles dépressifs

Les enfants mais surtout les adolescents peuvent traverser des périodes au cours desquelles ils n'ont pas le moral et sont envahis par des pensées négatives. Cela peut se traduire par de l'agressivité, de la tristesse, un isolement, des insomnies, une consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis...). Lorsque cette situation s'intensifie et dure, des traitements peuvent être mobilisés pour soigner la dépression, psychothérapie, ou prescription de médicaments.

Schizophrénie

Ce trouble psychique entraîne une désorganisation de la personnalité et perturbe le rapport à la réalité : les symptômes peuvent se manifester par des idées délirantes ou des hallucinations, mais aussi des difficultés cognitives, un isolement social et relationnel. Certains patients schizophréniques développent une agressivité vers eux-mêmes (environ la moitié des patients souffrant de schizophrénie font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie). La consommation régulière de cannabis est un facteur de risque, qui doublerait le risque de schizophrénie.

La maladie se révèle majoritairement entre 15 et 30 ans.

Données régionales

EnJEU Santé - La santé des élèves de 6^{ème} dans l'académie de Rouen en 2017-2018

(Cf. Présentation EnJEU Santé page 12)

SANTÉ MENTALE ET BIEN-ÊTRE

Dans le cadre de cette enquête, l'état de santé mentale et de bien-être des élèves a été abordé via des indicateurs tels que la perception de sa vie, la qualité du sommeil, le niveau d'estime de soi ou la dépressivité. Sur tous les thèmes renseignés, les filles affichent des résultats moins favorables que les garçons.

- 32,1 % des élèves se déclarent stressés ou angoissés par le travail scolaire (28,8 % des garçons et 35,5 % des filles).
- 13,1 % des élèves déclarent avoir un sommeil de mauvaise ou très mauvaise qualité (12,1 % des garçons et 14,1 % des filles).
- 15,3 % des élèves de 6^{ème} ont une perception négative de la vie.
- 58,7 % des élèves présentent une estime de soi faible ou très faible ; 14,4 % des garçons et 23,2 % des filles déclarent une estime de soi très faible.
- 20,0 % des élèves présenteraient un état de dépressivité (16,4 % des garçons et 23,9 % des filles).

¹ Psycom - Santé mentale et jeunes, octobre 2020

² Lien internet : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale>

³ Source Ameli.fr - Boulimie et hyperphagie boulimique (11 février 2020)

Données régionales

Troubles addictifs

L'adolescence est la période où l'on observe les premiers usages de substances psychoactives : les « années collèves » correspondent plutôt à une phase de découverte ou d'initiation de substances licites (alcool et tabac), tandis que pendant les « années lycée », on observe des usages qui s'installent et des expérimentations qui se poursuivent (notamment avec le cannabis).

Les données issues de l'enquête ESCAPAD (Cf. Présentation ESCAPAD page 12) permettant d'observer les pratiques des jeunes normands comparativement à leurs homologues français, mettent en évidence des pratiques défavorables dans notre région et particulièrement dans l'ex Basse-Normandie. Ainsi, avec 30 % de jeunes déclarant un usage quotidien de tabac (soit 28 % de filles et 32 % de garçons), la Normandie est la 3^{ème} région française concernant l'usage quotidien de tabac chez les jeunes de 17 ans. La Normandie se situe également au-dessus de la moyenne nationale concernant l'usage d'alcool (11 % des jeunes déclarent un usage régulier et 19 % des Alcoolisations ponctuelles importantes répétées API¹) ou l'expérimentation de cannabis (41 % des jeunes normands l'ont déjà expérimenté contre 39 % des jeunes français).

Alcool, tabac, cannabis ou certains médicaments, les consommations deviennent abusives et dangereuses lorsqu'elles ont commencé tôt, qu'elles sont fréquentes et répétitives, en augmentation et avec des conséquences importantes notamment sur les activités habituelles de la personne et sur ses relations sociales.

Facteurs de risque

Des facteurs de risque de troubles psychiques communs aux adolescents et aux adultes sont identifiés, tels que les violences et abus sexuels pendant l'enfance, la pauvreté, être issu d'une minorité, isolement social, stress, harcèlement... D'autres sont spécifiquement associés à la dépression de l'adolescent : problème périnataux, déficit moteur, rupture et instabilité dans la fonction parentale, criminalité et psychopathie dans la famille, troubles du comportement et émotionnels dans l'enfance... [Brunelle, Cohen, 2015]².

Une étude de la DREES³ portant sur la santé mentale d'élèves de 3^{ème} montre que les différents indicateurs de santé mentale sont tous corrélés. Elle relève notamment que les élèves en moins bonne santé mentale (selon une classification en 6 groupes allant d'un fort bien-être à un mal-être extrême) se différencient fortement sur la consommation de substances psychoactives, l'hygiène de vie, les atteintes subies et les préoccupations actuelles et pour l'avenir.

¹ API - Alcoolisation ponctuelle importante : avoir bu au moins 5 verres en une seule occasion au cours des 30 derniers jours / API répétées : API ayant lieu au moins 3 fois au cours du mois.

² Magali Coldefy, Coralie Gandré, Atlas de la santé mentale en France - IRDES, ³ La santé mentale des adolescents de 3^{ème} en 2017 - Apports d'un auto-questionnaire dans l'enquête nationale de santé scolaire

⁴ http://www.or2s.fr/images/EnJEU%20Sante/2019_EnjeuSanteElevesSixieme20172018_Normandie.pdf

EnJEU Santé - La santé des élèves de 6^{ème} dans l'académie de Rouen en 2017-2018⁴

EXPERIMENTATION DE PRODUITS PSYCHOACTIFS

- 24,2 % des élèves de 6^{ème} déclarent avoir déjà bu au moins une fois des boissons alcoolisées (30,4 % des garçons et 17,7 % des filles), mais moins de 1 % des élèves a déclaré consommer de l'alcool une fois ou plus par semaine (au cours des 12 derniers mois) et 1,3 % déclare avoir déjà été ivre après avoir bu de l'alcool.
- 3,3 % des élèves déclarent avoir expérimenté le tabac (4,4 % des garçons et 2,4 % des filles).
- 5,1 % des élèves déclarent avoir expérimenté la cigarette électronique (6,7 % des garçons et 3,5 % des filles).

ESCAPAD - Les consommations de produits psychoactifs chez les jeunes normands à 17 ans

CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHOACTIFS

- En Normandie, 63 % des jeunes interrogés déclarent avoir déjà consommé du tabac, 30 % selon un usage quotidien et 8 % un usage intensif (soit plus de 10 cigarettes par jour). Les chiffres concernant l'ex Basse-Normandie sont respectivement de 68 %, 31 % et 8 %.
- Plus de la moitié des jeunes normands de 17 ans ont déjà utilisé une cigarette électronique et près d'un sur quatre déclare une utilisation quotidienne (soit significativement plus qu'en France métropolitaine, pour les garçons comme pour les filles).
- 71 % des jeunes normands déclarent un usage d'alcool dans le mois et 11 % un usage régulier, soit significativement plus qu'en France métropolitaine (avec respectivement 67 % et 8 %).
- 26 % des jeunes garçons normands (32 % des ex bas-normands) déclarent des API au moins 3 fois dans le mois, soit significativement plus que l'ensemble des jeunes garçons en France (avec 22 %).
- 41 % des jeunes normands âgés de 17 ans ont déjà expérimenté le cannabis, 22 % en déclarent un usage dans le mois, 7 % un usage régulier (soit au moins 10 usages au cours du mois) et 4 % un usage quotidien, contre respectivement 39 %, 21 %, 7 % et 3 % au plan national.
- 9 % des jeunes normands ont déjà expérimenté des drogues illicites, parmi lesquelles la MDMA/Écstasy (pour 5 % des jeunes), la cocaïne (4 %) et les champignons hallucinogènes (3 %).
- Les poppers et produits à inhaler, produits licites pouvant être détournés de leur usage, sont expérimentés par les jeunes normands plus souvent qu'en France métropolitaine : 12 % des garçons et 11 % des filles de 17 ans en Normandie ont déjà expérimenté les poppers en 2017.

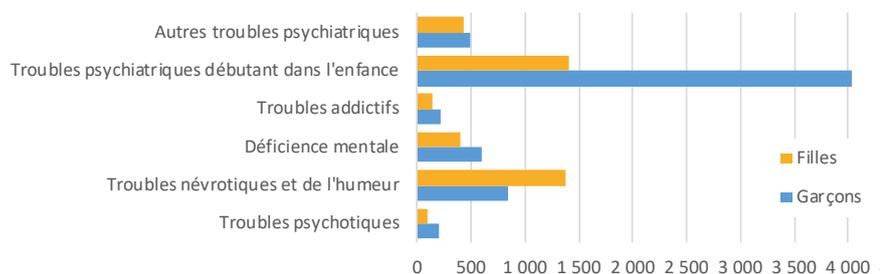
FRÉQUENCE DES TROUBLES

Au plan régional, la fréquence des troubles peut être appréhendée via les statistiques de prise en charge par l'assurance maladie pour cause de maladies psychiatriques, par les chiffres d'admissions en Affection de longue durée (ALD) et encore par les indicateurs de mortalité.

Environ 10 200 jeunes normands pris en charge pour cause de maladie psychiatrique en 2017

En 2017, l'assurance maladie a pris en charge 10 217 jeunes âgés de moins de 18 ans, au titre d'une pathologie psychiatrique (soit 6 360 garçons et 3 857 filles). La majorité des prises en charge porte sur des troubles psychiatriques débutant pendant l'enfance (cf. graphique ci-dessous). Si les garçons représentent environ deux tiers des prises en charge (63 % toutes pathologies confondues), les troubles névrotiques et de l'humeur concernent quant à eux plus fortement les filles.

Nombre de jeunes (moins de 18 ans) pris en charge par l'assurance maladie pour cause de maladies psychiatriques en 2017



Source : Cartographie des pathologies Sniiram, 2017 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

Prises en charge par l'assurance maladie pour cause de maladies psychiatriques

En France, la prévalence traitée peut être appréhendée à travers la cartographie des pathologies des dépenses de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), qui s'appuie sur les données issues du Système national des données de santé (SNDS). Elle concerne environ 58 millions de bénéficiaires du régime général (y compris les sections locales mutualistes) et plus de 142 milliards d'euros de dépenses remboursées par le régime général de l'Assurance Maladie (167 milliards d'euros par extrapolation pour l'ensemble des régimes).

Parmi les moins de 20 ans, 6 760 Affections psychiatriques de longue durée en cours en 2017

En 2017, 6 760 Affections de longue durée liées à une affection psychiatrique sont déclarées pour des jeunes âgés de moins de 20 ans, assurés par l'assurance maladie (régime général, agricole ou social des indépendants). Environ deux tiers concernent des garçons (69 %), soit une part équivalente à ce qui est observé au plan national (68 %).

Les principaux troubles ayant donné lieu à de nouvelles reconnaissances en ALD en 2014 sont :

- les troubles du développement psychologique / des acquisitions (45 %),

- le retard mental (17 %),
- les troubles du comportement et émotionnels apparaissant dans l'enfance et l'adolescence (10 %),
- les troubles de l'humeur (8 %),
- les troubles de la personnalité et du comportement (8 %).

Notons que si les ALD liées à une affection psychiatrique concernent plus souvent les garçons que les filles, les troubles des conduites alimentaires et dans une moindre mesure les troubles de l'humeur sont plus souvent observés chez le public féminin.

Nombre et répartition des nouvelles admissions en Affections psychiatriques de longue durée, concernant les moins de 20 ans en Normandie en 2014

	Garçons		Filles		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Troubles du développement psychologique et des acquisitions	364	80 %	91	20 %	455	100 %
Retard mental	97	55 %	79	45 %	176	100 %
Troubles du comportement et émotionnels apparaissant pendant l'enfance	73	74 %	26	26 %	99	100 %
Troubles de l'humeur	30	38 %	49	62 %	79	100 %
Troubles de la personnalité et du comportement	52	66 %	27	34 %	79	100 %
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	36	65 %	19	35 %	55	100 %
Troubles des conduites alimentaires	4	9 %	43	91 %	47	100 %
Autres troubles	22	52 %	20	48 %	42	100 %
Ensemble	678	66 %	354	34 %	1 032	100 %

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI 2016 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

Des décès pour cause de troubles mentaux rares chez les jeunes

La mortalité pour cause de troubles psychiatriques parmi les moins de 20 ans est extrêmement faible, elle est majoritairement liée à des suicides (soit moins de 200 décès annuels moyens enregistrés pour cette cause au plan national, ou un taux standardisé de 1,1 pour 100 000 jeunes âgés de moins de 20 ans). Ces décès interviennent surtout entre 15 et 19 ans et concernent environ 2 garçons pour 1 fille.

RECOURS AUX SOINS

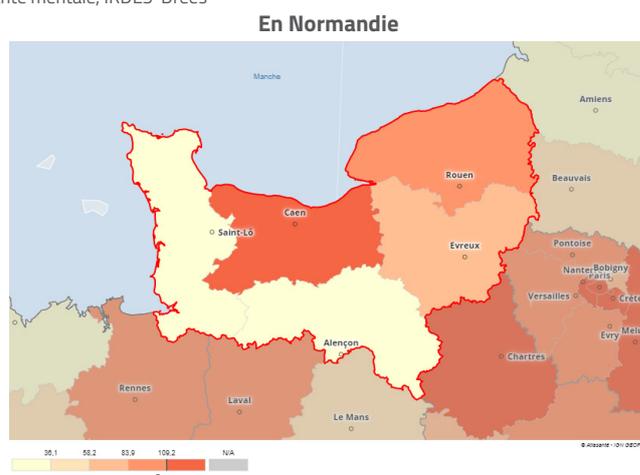
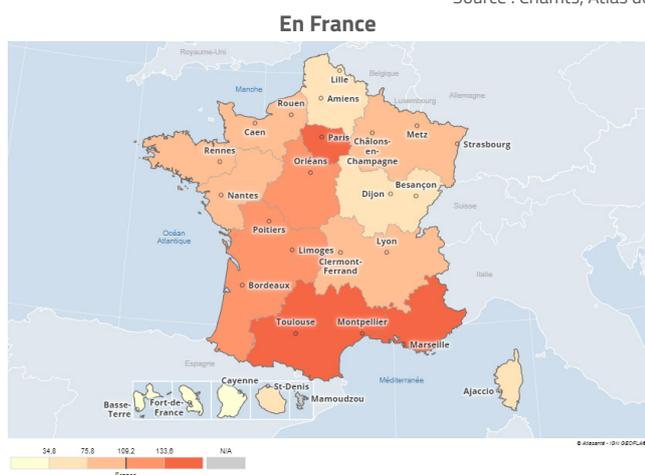
Un taux de recours à un psychiatre nettement plus faible en Normandie qu'en France

En 2015, le taux de recours à un psychiatre pour les enfants et adolescents s'établit à 80 pour 10 000 jeunes âgés de 0 à 17 ans, contre 109,2 pour 10 000 au plan national (soit au 9^{ème} rang parmi les 13 régions métropolitaines). En partie lié à l'offre territoriale,

il varie fortement d'un département à l'autre : très faible dans la Manche et dans l'Orne, il atteint le niveau national dans le Calvados.

Taux de recours à un psychiatre des 0-17 ans en 2015 (pour 10 000 habitants de 0-17 ans)

Source : Cnamts, Atlas de la santé mentale, IRDES-Drees



Des prises en charge en établissement de santé en psychiatrie réalisées majoritairement en ambulatoire

Le taux de recours en établissement de santé est supérieur en région qu'au plan national : avec 386,5 recours pour 10 000 jeunes de 0-17 ans, contre 343,1 en France entière. Le détail par département fait apparaître le constat inverse à ce qui est observé sur le recours au psychiatre, à savoir des taux plus élevés dans l'Orne et dans la Manche (534,3 et 459,3) et plus faibles dans le Calvados, ce qui met en évidence la complémentarité des deux modes de prise en charge (offre de ville et établissement de santé).

En région comme en France, les prises en charge en établissement de santé se déroulent très majoritairement en ambulatoire, avec un taux de recours régional de 380,8 pour 10 000 jeunes de 0-17 ans, et seulement 14,5 pour 10 000 en hospitalisation à temps complet et 14,9 pour 10 000 en hospitalisation à temps partiel.

Par ailleurs, 25,3 jeunes normands de 0-17 ans pour 10 000 sont pris en charge en établissement de santé en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) pour motif psychiatrique, soit davantage qu'au plan national (soit un taux de 20,9 pour 10 000).

Taux de recours en établissement de santé (ES), selon la modalité de prise en charge, en 2015 (0-17 ans)

	Recours en établissement de santé en psychiatrie				Taux de recours en ES en MCO pour motif psychiatrique
	Taux de recours en ES en psychiatrie	Taux de recours en ambulatoire, pour motif psychiatrique	Taux d'hospitalisation à temps complet	Taux d'hospitalisation à temps partiel	
Calvados	281,0	273,8	13,2	14,5	21,4
Eure	327,9	323,4	13,7	10,0	18,6
Manche	459,3	457,3	6,2	15,1	27,4
Orne	534,3	533,3	6,9	8,0	31,0
Seine-Maritime	413,8	406,0	20,4	19,0	29,0
Normandie	386,5	380,8	14,5	14,9	25,3
France entière	343,1	335,2	14,5	22,3	20,9

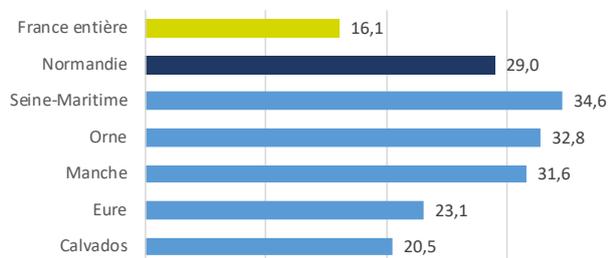
Sources : Cnamts, Atlas de santé mentale, IRDES- DREES

* Taux de recours pour 10 000 habitants de 0-17 ans

Des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide particulièrement élevés dans la région

La Normandie affiche un taux d'hospitalisation des jeunes âgés de 12 à 18 ans pour tentative de suicide de 29,0 pour 10 000, contre 16,1 au plan national : la Normandie est avec les Hauts-de-France, la région qui présente la situation la plus défavorable sur la question du suicide chez les jeunes.

Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans en 2015
(pour 10 000 habitants de 12-18 ans)



Source : Cnamts, Atlas de santé mentale, IRDES-DREES

Une consommation de psychotropes particulièrement élevée chez les 0-17 ans en Normandie

Les indicateurs de consommation de psychotropes par les 0-17 ans (en 2014) mettent en évidence 64,4 consommateurs pour 10 000 bénéficiaires de l'assurance maladie en Normandie, contre 43,9 pour 10 000 en France métropolitaine. Cela place la Normandie au premier rang des régions françaises en

terme de consommation, tant pour les antidépresseurs que les neuroleptiques ou les anxiolytiques. Les départements de l'Eure et de Seine-Maritime affichent des niveaux de consommation supérieurs aux départements ex bas-normands.

Consommation de psychotropes par les mineurs (0-17 ans) en 2014

	Part de mineurs consommant des psychotropes*			
	Antidépresseurs	Neuroleptiques	Anxiolytiques	Ensemble des psychotropes
Calvados	15,6	19,3	20,3	45,2
Eure	18,9	40,9	25,9	66,7
Manche	13,4	24,8	21,1	51,6
Orne	13,7	22,2	25,0	45,3
Seine-Maritime	29,8	41,2	34,4	81,3
Normandie	21,4	33,1	27,4	64,4
France entière	12,7	22,5	17,8	43,9

Sources : Cnamts, Atlas de santé mentale, IRDES-DREES

* Part pour 10 000 bénéficiaires de l'Assurance maladie

Enquête auprès des Jeunes sur la Santé
(EnJEU Santé)

L'enquête EnJEU Santé est un dispositif de recueil pérenne de données mis en place en Normandie à la demande de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et en lien avec le rectorat des académies de Caen et de Rouen. Son objectif est de connaître et de suivre les évolutions de l'état de santé et des comportements des élèves dans leur première année de collège. Elle a démarré à partir de l'année scolaire 2017-2018 dans l'académie de Rouen puis s'est étendue progressivement dans celle de Caen à partir de l'année scolaire 2018-2019.

Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD)

ESCAPAD est une enquête menée et conduite par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en partenariat avec la Direction du service national (DSN) lors de la Journée Défense et Citoyenneté, dans l'ensemble des centres métropolitains ainsi que ceux de la Guyane, de la Martinique, de la Guadeloupe et de La Réunion.

La 9^{ème} édition de cette enquête ESCAPAD a été menée en mars 2017 auprès de 46 054 jeunes. Sur la base d'un questionnaire auto-administré anonyme, les jeunes ont pu renseigner des éléments concernant leur santé et leur consommation de produits psychoactifs. Les données ont été pondérées pour tenir compte de la probabilité d'inclusion, puis redressées sur la structure de la population, observée dans l'enquête emploi 2016 par l'Insee.

OFFRE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE DÉDIÉE AUX ENFANTS ET ADOLESCENTS

Offre de soins : pédiatres et pédopsychiatres

Outre les médecins généralistes, l'offre de ville concernant les moins de 16 ans comprend les pédiatres et pédopsychiatres (médecins spécialisés en psychiatrie des enfants et des adolescents).

Au 1^{er} janvier 2020, on recense 82 pédiatres libéraux et mixtes en Normandie, soit une densité de 12,7 professionnels pour 100 000 enfants âgés de 0 à 15 ans, très inférieure à la densité nationale, qui s'établit à 20,7 pour 100 000.

Elle est aussi très inégale d'un département à l'autre, avec une offre particulièrement faible dans la Manche et dans l'Eure.

Les données concernant les pédopsychiatres restent à consolider.

Offre de pédiatres libéraux et mixtes en Normandie au 1^{er} janvier 2020

	Nombre	Densité*
Calvados	27	10,8
Eure	4	3,1
Manche	2	2,2
Orne	7	13,8
Seine-Maritime	42	17,1
Normandie	82	12,7
France métrop.	2 575	20,7

Sources : Répertoire Drees/Asip-Santé-RPPS, 1^{er} janv 2020 - Exploitation ORS-CREAI Normandie
L'offre médicale comprend les professionnels libéraux ou mixtes ayant une activité standard de soins (hors remplaçants).

* Densité pour 100 000 habitants âgés de 0-15 ans

Structures médico-sociales

Centre médico-psychologique (CMP)

Les CMP proposent des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique (enfants, adolescents, adultes). Une équipe pluridisciplinaire assure la coordination des soins psychiatriques.

Il existe des CMP pour enfants et adolescents et des CMP pour adultes partout en France.

Centre médico-psycho pédagogique (CMPP)

Les CMPP assurent le dépistage, le diagnostic et le traitement des troubles neuro-psychiques et du comportement de l'enfant et de l'adolescent. Ils travaillent en lien avec les CMP, les services de protection maternelle et infantile (PMI), les écoles, le service social et les médecins de ville.

Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)

Les CAMSP interviennent auprès des enfants de 0 à 6 ans. Ils assurent des actions de dépistage des déficits ou handicaps, de prévention de leur aggravation et de rééducation. Ces actions cherchent à favoriser l'insertion du jeune enfant dans son milieu familial et social, et à soutenir un développement harmonieux.

Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)

Le CATTP est une structure de soins qui propose aux patients des actions de soutien et de thérapie de groupe, visant à maintenir ou favoriser une existence autonome. Les activités favorisent les approches relationnelles, la communication et l'affirmation de soi.

Maison des adolescents

Les Maisons des adolescents accueillent des jeunes (entre 11 et 25 ans) et leur famille, quels que soient leurs questionnements ou leurs préoccupations (médicale, psychique, scolaire, juridique, sociale).

L'offre médico-sociale comprend également des **établissements et services médico-sociaux** qui accompagnent des enfants et adolescents en situation de handicap psychique, pour lesquels les conséquences des troubles peuvent rendre difficile le maintien à domicile, l'accès à la scolarisation ou le maintien d'une vie sociale : **Instituts médico-éducatifs IME, Instituts thérapeutiques, éducatif et pédagogiques ITEP, Services d'éducation spéciale et de soins à domicile SESSAD.**

Concernant les questions liées aux addictions (tabac, alcool, cannabis, jeux vidéo, internet...), les **Consultations jeunes consommateurs (CJC)** proposent aux jeunes de 12 à 25 ans de faire le point sur leur consommation, en apportant information, orientation et conseil spécialisé.

Les troubles psychiques chez l'adulte comprennent une grande variété de situations, de nature, de gravité et d'évolution très variables. Il n'existe pas une définition unique, on peut retenir que l'OMS différencie les troubles psychiques fréquents (ou modérés) et les troubles psychiques sévères et persistants.

Les premiers sont caractérisés par l'importance de leur prévalence et incluent principalement les troubles dépressifs et les troubles de l'anxiété (sans critère restrictif lié à la sévérité, la durée ou la récurrence des troubles). Les seconds correspondent à des troubles chroniques avec des épisodes récurrents qui interfèrent fortement avec les relations interpersonnelles (parmi lesquels les troubles schizophréniques, les troubles bipolaires notamment) [OMS 2017, Fleury et Grenier, 2012].

NATURE DES TROUBLES PSYCHIQUES

Les paragraphes suivants ont vocation à apporter quelques éléments de définition et points de repère en terme de prévalence, sur la base de sources nationales ou enquêtes régionales.

Troubles dépressifs¹

Selon l'OMS (2001), « la dépression se manifeste par une humeur triste, une perte d'intérêt pour toute activité et une baisse de l'énergie. Les autres symptômes sont une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, une culpabilité injustifiée, des idées de mort et de suicide, des difficultés à se concentrer, des troubles du sommeil et une perte d'appétit. La dépression peut aussi s'accompagner de symptômes somatiques ».

Selon le baromètre santé 2017 en France, près d'une personne sur 10 a vécu un épisode dépressif caractérisé (EDC) ayant eu un retentissement sur ses activités habituelles au cours des 12 derniers mois. Les niveaux de prévalence sont plus élevés concernant les femmes (soit 13 % des femmes contre 6,4 % des hommes), les moins de 45 ans, les chômeurs et autres inactifs, les personnes veuves ou divorcées et les personnes déclarant des revenus faibles. Comparativement aux résultats de 2005 puis 2010, la dépression semble avoir progressé en France au cours des dernières années².

Baromètre santé 2017

Le baromètre santé est une étude périodique réalisée par Santé Publique France (SPF), portant sur les comportements, connaissances et attitudes des français en matière de santé. Les données 2017 ont été recueillies par sondage aléatoire, par téléphone (passation du questionnaire en 30 minutes en moyenne) auprès de 25 319 personnes. Cette enquête mesure l'EDC (épisode dépressif chronique) avec une même méthodologie depuis 2005.

Schizophrénie

La schizophrénie (trouble psychotique décrit dans la partie consacrée aux enfants et aux adolescents - cf. page 8) concernerait 0,7 % de la population française (soit environ 500 000 personnes), parmi lesquels 60 % d'hommes et 40 % de femmes³. L'apparition des premiers troubles psychotiques apparaît surtout entre 15 et 25 ans, et parfois après 35 ans surtout chez les femmes.

Données régionales

Enquête santé en mission locale - 2019 (Jeunes âgés de 16 à 25 ans)

QUALITE DE VIE

- Sur une échelle de 1 à 10 pour définir leur situation actuelle (0 correspondant à « avoir la pire vie possible » et 10 « la meilleure vie possible »), 21 % des jeunes répondants ont répondu entre 0 et 4.
- 45 % des jeunes répondants se déclarent insatisfaits de leur sommeil.

ESTIME DE SOI

A partir d'un ensemble de questions, la mesure de l'estime de soi a été analysée chez le public enquêté, en référence à l'échelle canadienne ESSJA. Il en ressort un score global d'estime de soi, qui se décline en : 6 % de jeunes qui s'estiment parfaitement capables, 47 % capables, 37 % moyennement capables et 10% un peu capables. L'étude a permis de mettre en évidence les facteurs associés au score :

- Les hommes ont une meilleure estime d'eux-mêmes que les femmes.
- Les jeunes en couple ont une meilleure estime d'eux-mêmes, que les jeunes célibataires.
- L'estime de soi est plus élevée parmi les jeunes ayant des parents exerçant une activité professionnelle.
- Elle est plus faible parmi les jeunes dont l'Indice de masse corporelle (IMC) correspond aux classes extrêmes (obésité / maigreur).
- Santé perçue et perception de la qualité de vie sont aussi liés au niveau d'estime de soi.

¹ Psycom - Troubles dépressifs, octobre 2020

² La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du baromètre santé - BEH - 32-33, 16 octobre 2018

³ Source : INICEA (groupe d'établissements spécialisés dans la santé mentale)

Troubles bipolaires¹

Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur, qui se caractérise par une variation anormale de l'humeur, alternance de périodes d'excitation et de dépression, voire de mélancolie profonde, entrecoupées de périodes de stabilité. Les troubles bipolaires ont tendance à se développer à la suite de troubles dépressifs aigus, chez des personnes jeunes (avant 25 ans) n'ayant pas de troubles avant l'adolescence. Caractérisés par un taux de rechute élevé, ils perturbent fortement la vie sociale, les relations interpersonnelles, les activités professionnelles des personnes concernées. Un risque suicidaire associé est observé en l'absence d'une prise en charge adaptée.

Selon la DREES, la prévalence de la population concernée en France se situerait entre 0,2 et 1,6 %². Selon l'Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), le trouble bipolaire est sous-diagnostiqué, il toucherait 1% à 2,5% de la population³.

Troubles addictifs

La consommation régulière de produits psychoactifs engendre des effets négatifs sur la santé, à la fois sur les plans somatique (physique) et psychique. Elle peut également avoir des conséquences importantes sur la vie affective, familiale, professionnelle et sociale.

Les substances psychoactives les plus consommées sont l'alcool et le tabac (dont l'usage est réglementé), mais les troubles addictifs comprennent aussi l'usage de drogues (cannabis, héroïne, cocaïne, ecstasy...) et les addictions comportementales (jeux vidéo, jeux d'argent, internet...).

Dans le cadre du baromètre santé, l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) analyse les niveaux d'usage par les adultes âgés de 18 à 75 ans, à différents échelons géographiques.

Ainsi en 2017, si l'expérimentation de tabac parmi les adultes est supérieure en Normandie qu'au plan national, le niveau d'usage quotidien est comparable (avec une moyenne de 14 cigarettes fumées par jour). La consommation quotidienne d'alcool qui suit globalement une tendance à la baisse, est inférieure en région (elle concerne 7,9 % des adultes en Normandie contre 10 % en France entière) ; la Normandie se distingue en revanche par une plus grande consommation d'alcool fort. Le cannabis, drogue illicite la plus consommée en France, voit son niveau de consommation progresser au plan national comme régional (passant de 2 % à 4 % des adultes entre 2010 et 2017), chez les hommes et chez les femmes.

¹ Psycom - Troubles bipolaires, octobre 2020

² L'état de santé de la population en France - Rapport 2017 - DREES / SPF

³ <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/troubles-psychiques/les-principaux-troubles>

Risque suicidaire

Les troubles psychiatriques exposent à un risque suicidaire accru : selon le baromètre santé 2017, la majorité des suicides surviennent dans le contexte d'un trouble psychiatrique, surtout la dépression⁴. Le facteur le plus associé aux pensées suicidaires est « d'avoir vécu un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année » (d'autres facteurs étant : avoir été victime de violence au cours des derniers mois, être une femme, être célibataire, divorcé ou veuf, rencontrer des difficultés financières, être en situation d'inactivité professionnelle...).

Le taux annuel de suicide serait 4 fois plus élevé chez les personnes souffrant de trouble dépressif que chez celles atteintes d'un autre trouble psychique, et 30 fois plus élevé que dans la population générale⁵.

On estime que 20 % des personnes ayant un trouble bipolaire décèdent par suicide ; 15 à 20 % des personnes souffrant d'épisodes dépressifs caractérisés commettent un suicide¹.

⁴ Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans - Baromètre de SPF 2017 - BEH 3-4, février 2019

⁵ Psycom - Troubles dépressifs, avril 2018

Données régionales

Les addictions en Normandie ARS et ORS-CREAI Normandie, 2020

D'après le Baromètre de Santé Publique France (SPF) 2017 et l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT)

COMPORTEMENTS D'USAGE

- En Normandie, 78 % des adultes âgés de 18-75 ans (et 85 % des hommes) ont déjà expérimenté le tabac, contre 76 % au plan national (avec une différence significative).
- 25,6 % des adultes normands ont un usage quotidien de tabac, contre 26,9 % au plan national.
- Le niveau de tabagisme des femmes enceintes est plus élevé en région.
- La région présente le niveau de consommation quotidienne d'alcool parmi les plus faibles des régions métropolitaines (soit 7,9 % contre 10 %).
- Niveau de diplôme et niveau de revenus sont associés à la consommation de tabac, mais pas à la consommation d'alcool.
- Le niveau de consommation de cannabis en Normandie est proche du niveau national, avec 4 % d'utilisateurs réguliers (soit au moins 10 usages au cours du mois).
- La consommation de cannabis concerne plus fortement les hommes (avec plus de deux fois plus d'utilisateurs masculins), mais la progression régulière des usages depuis 30 ans concerne les deux sexes.

Risques psycho-sociaux

Les risques psycho-sociaux désignent les risques pour la santé physique et mentale des personnes en situation de travail, quelle que soit la taille ou le secteur d'activité de l'entreprise. Ils résultent des conditions d'emploi, des facteurs liés à l'organisation du travail et aux relations de travail.

Selon une étude coordonnée par la DARES, portant sur les conditions de travail et la santé au travail, qui consacre un volet à l'exposition aux risques psychosociaux, six principaux facteurs de risques sont identifiés : les exigences au travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie et de marges de manœuvre, les mauvais rapports sociaux et relations de travail, les conflits de valeur et la qualité empêchée, l'insécurité de la situation de travail¹.

Selon le baromètre santé 2017, 8,2 % de la population française active occupée a eu un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des 12 derniers mois², les femmes deux fois plus que les hommes (11 % contre 5 %) excepté chez les agriculteurs exploitants. Les taux de prévalence de l'EDC sont plus forts parmi les personnes aux revenus peu élevés, parmi les professions intermédiaires et les employés, et pour ce qui concerne les hommes, dans les secteurs de l'hébergement et la restauration, les activités financières et d'assurances ainsi que les arts et spectacles. Par ailleurs, les troubles dépressifs seraient responsables de 35 à 45 % des arrêts de travail.

L'analyse a montré que le risque d'EDC est lié à l'exposition à certains facteurs psychosociaux au travail : « avoir eu peur de perdre son emploi », « avoir été victime de menaces verbales, d'humiliations ou d'intimidations », « avoir été frappé ou blessé physiquement » ou encore « avoir été licencié » ou « avoir connu une période de chômage de plus de 6 mois », au cours des 12 derniers mois.

Évolutions et relations en santé au travail (EVREST)

EVREST est un dispositif de veille et de recherche en santé au travail. C'est un observatoire pluriannuel par questionnaire, construit en collaboration par des médecins du travail et des chercheurs, pour pouvoir analyser et suivre différents aspects du travail et de la santé de salariés. Le recueil des données s'appuie sur un questionnaire très court, rempli lors des consultations. Les questions portent sur les conditions de travail, la formation, le mode de vie et l'état de santé et s'attachent à recueillir le ressenti des salariés.

Données régionales

EVREST en Normandie Rapport régional décembre 2017

L'ÉTAT DE SANTE DES SALARIÉS - LES TROUBLES NEUROPSYCHIQUES

- En Normandie, les salariés sont plus souvent sujets à l'expression de troubles neuropsychiques (fatigue, lassitude / anxiété, nervosité, irritabilité / troubles du sommeil) qu'au plan national : 12 % en région contre 8 % en France.
- L'expression de ces troubles touche davantage les femmes et augmente avec l'âge : les fréquences les plus fortes sont enregistrées chez les salariés âgés de 45 à 49 ans.
- Les troubles sont moins souvent rencontrés chez les ouvriers et touchent davantage les employés.
- Fatigue, anxiété et troubles du sommeil sont des troubles plus souvent rencontrés chez les salariés du secteur de la santé/administration (majoritairement composé de femmes employées) et les moins souvent déclarés dans le secteur de la construction (majoritairement composé d'hommes ouvriers).
- La relation entre l'expression des troubles neuropsychiques et l'exposition à une pression psychologique au travail est significative en Normandie (on passe de 25 % à 8 % de personnes concernées par les troubles, en présence d'une pression ou pas).
- La présence de troubles neuropsychiques est également renforcée lorsque le salarié a des appréciations négatives sur le travail : forte pression temporelle, pas de moyens pour faire un travail de qualité, pas d'entraide, sentiment d'un travail non reconnu, obligation de faire des choses que l'on désapprouve, peur de perdre son emploi, travail qui ne permet pas d'apprendre.

¹ Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail - Synthèse. Stats' - DARES - N°22, nov 2016

² La dépression dans la population active occupée en France en 2017, Baromètre Santé 2017 - BEH - 32-33, 16 octobre 2018

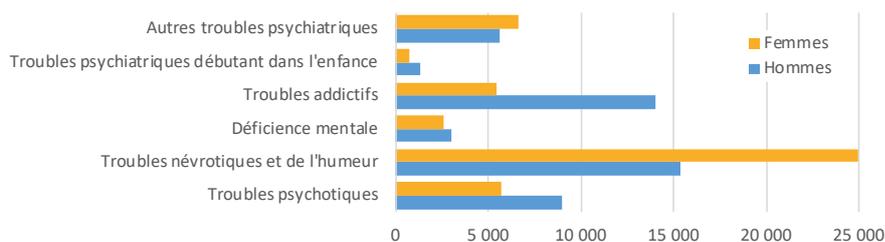
FRÉQUENCE DES TROUBLES

Au plan régional, la fréquence des troubles peut être appréhendée via les statistiques de prise en charge par l'assurance maladie pour cause de maladies psychiatriques, par les chiffres d'admissions en Affection de longue durée (ALD) et encore par les indicateurs de mortalité.

94 500 adultes pris en charge pour cause de maladie psychiatrique en Normandie en 2017

En 2017 en Normandie, l'assurance maladie a pris en charge 94 499 adultes âgés de 18 à 64 ans, au titre d'une pathologie psychiatrique¹. Sur cette tranche d'âge, les prises en charge concernent autant d'hommes que de femmes. En revanche, si les femmes sont plus fréquemment concernées par des troubles névrotiques et de l'humeur (63 %), les hommes sont plus souvent pris en charge pour cause de troubles addictifs ou de troubles psychotiques.

Nombre d'adultes (18-64 ans) pris en charge par l'assurance maladie pour cause de maladies psychiatriques en 2017



Source : Cartographie des pathologies Sniiram, 2017 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

¹ Cf. Note page 10 : Prises en charge par l'assurance maladie pour cause de maladies psychiatriques

Parmi les moins de 20 ans, 6 760 Affections psychiatriques de longue durée en cours en 2017

En 2017 en Normandie, 50 868 Affections de longue durée liées à une affection psychiatrique sont déclarées pour des adultes âgés de 20 à 64 ans, assurés par l'assurance maladie (régime général, agricole ou social des indépendants).

Moins d'une sur 2 concerne des hommes (46 %), soit une part équivalente à ce qui est observé au plan national (47 %).

Quatre troubles mentaux et du comportement regroupent 92 % des nouvelles ALD déclarées pour des adultes normands en 2014 :

- troubles de l'humeur (2 564 ALD, soit 55 %),
- schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants schizo (560, soit 16 %),
- troubles de la personnalité et du comportement (477, soit 11 %).
- troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (464, soit 11 %),

Notons que si les ALD pour trouble de l'humeur concernent plus fortement les femmes, les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives et la schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants concernent davantage les hommes.

Nombre et répartition des nouvelles admissions en Affections psychiatriques de longue durée, concernant les 20-64 ans en Normandie en 2014

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Troubles de l'humeur	896	35 %	1 668	65 %	2 564	100 %
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	361	64 %	199	36 %	560	100 %
Troubles de la personnalité et du comportement	267	56 %	210	44 %	477	100 %
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	350	75 %	114	25 %	464	100 %
Retard mental	77	57 %	59	43 %	136	100 %
Troubles névrotiques liés à des facteurs de stress et somatoformes	57	45 %	70	55 %	127	100 %
Troubles des conduites alimentaires	4	ns	52	ns	56	100 %
Autres troubles	23	ns	8	ns	31	100 %
Ensemble	2 034	46 %	2 380	54 %	4 414	100 %

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI 2016 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

Une espérance de vie plus faible parmi les personnes suivies pour troubles psychiques

Les individus suivis pour troubles psychiques présentent une espérance de vie plus faible qu'en population générale : ainsi selon des travaux de l'IRDES, l'espérance de vie à 15 ans serait inférieure de 16 années chez les hommes et de 13 années chez les femmes, avec des variations selon les troubles considérés. Outre le risque de suicide, les déterminants de cette surmortalité sont le risque

accru de maladie chronique (lié à des comportements tels que forte consommation de tabac, sédentarité importante, moindre observance des traitements), l'exposition aux effets secondaires des médicaments psychotropes, ainsi qu'une moins bonne prise en charge somatique tout au long de la vie (en termes d'accès aux soins, de dépistage...).

Des décès pour cause de suicide ou troubles mentaux plus fréquents en Normandie qu'en France

De manière générale, les décès par suicide sont pour deux tiers enregistrés dans la population âgée de 15 à 64 ans, tandis que les décès pour cause de troubles mentaux concernent plus fortement les 65 ans et plus (et seulement 12 % des 15-64 ans).

En Normandie parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans, on recense en moyenne annuelle (sur la période 2013-2015) 422 décès pour cause de suicide et 186 décès pour cause de troubles mentaux. Ces effectifs correspondent à des taux standardisés de

décès supérieurs en région par rapport à ce qui est observé au plan national. En effet, la région enregistre 20,2 décès par suicide pour 100 000 habitants en région contre 15,5 pour 100 000 au plan national, et 8,6 décès pour cause de troubles mentaux pour 100 000 habitants en région contre 6,8 pour 100 000 au plan national. Ces deux causes de décès concernent plus fortement des hommes que des femmes (soit environ 4 décès sur 5).

Nombre et taux standardisé de décès par suicide ou pour cause de troubles mentaux* des 15-64 ans en Normandie et en France métropolitaine

	15-64 ans			Tous âges confondus		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Décès pour cause de troubles mentaux						
Nombre annuel moyen de décès						
Normandie	146	40	186	584	809	1 393
France	2 120	650	2 770	9 363	13 787	23 150
Taux standardisé de décès						
Normandie	13,6	3,7	8,6	35,3	44,3	40,0
France	10,6	3,2	6,8	29,8	41,2	35,7
Décès pour cause de suicide						
Nombre annuel moyen de décès						
Normandie	336	86	422	484	138	662
France	4 819	1 482	6 301	6 920	2 236	9 156
Taux standardisé de décès						
Normandie	32,5	8,1	20,2	29,9	7,9	18,6
France	24,1	7,2	15,5	22,2	6,8	14,3

Sources : Inserm-CépiDC, Insee, 2013-2015 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

* Causes initiales de décès.

RECOURS AUX SOINS

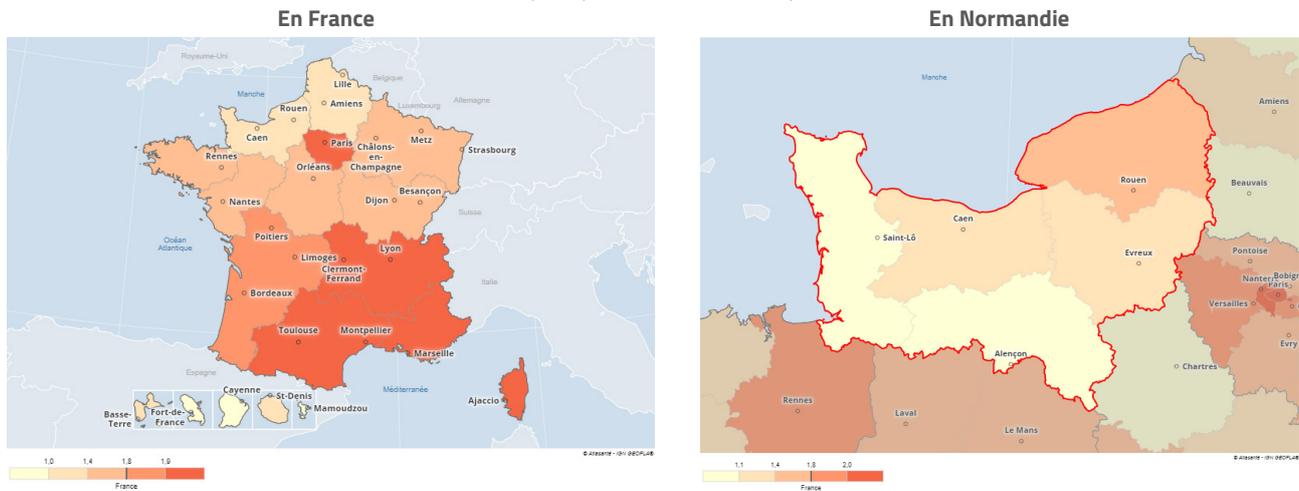
Un taux de recours aux psychiatres libéraux plus faible en Normandie qu'en France

Les adultes ont moins recours aux psychiatres libéraux en Normandie qu'en France entière : le taux de recours en 2015 est de 1,2 pour 100 habitants âgés de 18 à 64 ans, contre 1,8 pour 100 au plan national (ce résultat place la Normandie au 2^{ème} rang des 13 régions métropolitaines, après les Hauts-de-France).

Le recours est également plus faible dans les départements de la Manche et de l'Orne, départements disposant d'une offre plus limitée.

Taux de recours aux psychiatres libéraux des 18-64 ans en 2015 (pour 10 000 habitants de 18-64 ans)

Source : Sniiram, Insee, Atlas de la santé mentale, IRDES-Drees



Des taux de recours en établissement de santé pour motif psychiatrique, plus élevés en Normandie qu'en France, particulièrement dans les départements de la Manche puis de l'Orne

■ Recours pour troubles de l'humeur

Les taux standardisés de recours en établissement de santé en ambulatoire pour cause de troubles de l'humeur sont plus élevés dans les départements de la Manche et de l'Orne (soit 25,1 et 21,3 pour 1 000 habitants âgés de 18-64 ans, contre 14,9 en Normandie et 10,4 au plan national). Concernant l'hospitalisation

à temps plein, le taux standardisé de recours régional s'établit à 2,5 pour 1 000 habitants ; il est plus élevé en Seine-Maritime (2,8 pour 1 000) et s'accompagne d'une durée moyenne d'hospitalisation légèrement plus longue (28,7 jours, contre 25,5 en région).

Indicateurs de recours des 18-64 ans en établissement de santé en 2015, pour troubles de l'humeur

	Taux standardisé de recours en ambulatoire	Taux standardisé de recours en hospitalisation à temps plein	Durée moyenne d'hospitalisation à temps plein (en jours)
Calvados	11,5	2,1	22,0
Eure	10,7	2,6	24,0
Manche	25,1	2,4	22,2
Orne	21,3	2,0	25,8
Seine-Maritime	13,4	2,8	28,7
Normandie	14,9	2,5	25,5
France métrop.	10,4	2,3	33,2

Source : Cnamts, Atlas de la santé mentale, IRDES-DREES
Taux de recours pour 1 000 habitants de 18-64 ans.

▪ **Recours pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère**

En Normandie, les indicateurs de recours en établissement de santé pour cause de troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère (associés dans l'atlas de santé mentale aux « troubles mentaux sévères »), mettent en évidence un taux standardisé de recours de 7,8 pour 1 000 habitants en ambulatoire, de 2,8 pour 1 000 en hospitalisation à temps plein et 1,1 en hospitalisation à temps partiel.

Ces taux sont proches des taux nationaux, ils sont légèrement plus élevés en ambulatoire dans les départements de la Manche et de l'Orne, et en hospitalisation à temps plein en Seine-Maritime.

Indicateurs de recours des 18-64 ans en établissement de santé en 2015, pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère

	Taux standardisé de recours en ambulatoire	Taux standardisé de recours en hospitalisation à temps plein	Durée moyenne d'hospitalisation à temps plein (en jours)
Calvados	7,7	2,5	1,2
Eure	6,5	2,6	0,6
Manche	9,1	2,6	1,2
Orne	8,8	2,7	1,2
Seine-Maritime	7,8	3,1	1,2
Normandie	7,8	2,8	1,1
France métrop.	7,9	2,9	1,1

Source : Cnamts, Atlas de la santé mentale, IRDES-DREES
Taux de recours pour 1 000 habitants de 18-64 ans.

▪ **Recours pour addiction**

Le niveau de recours en établissement de santé pour motif d'addiction se distingue dans le département de la Manche, avec des taux standardisés de recours en ambulatoire et en hospitalisation à temps plein, nettement supérieurs aux taux régionaux (soit 11,1 contre 3,9 pour 1 000 habitants concernant l'ambulatoire et 1,7 contre 0,8 pour 1 000 habitants en hospitalisation à temps plein). La durée moyenne d'hospitalisation y est en revanche plus courte (soit une moyenne de 20,8 jours par an, contre 26,9 à 43,6 jours dans les autres départements).

Le recours en ambulatoire est aussi plus développé dans l'Orne que dans les 3 autres départements (avec un taux standardisé de 7,5 pour 1 000 habitants). Le Calvados, l'Eure et la Seine-Maritime présentent quant à eux des indicateurs globalement plus proches des indicateurs nationaux. On observe que si les taux de recours en hospitalisation à temps plein sont plus faibles, ils sont associés à des durées d'hospitalisations plus importantes.

Indicateurs de recours des 18-64 ans en établissement de santé en 2015, pour addiction

	Taux standardisé de recours en ambulatoire	Taux standardisé de recours en hospitalisation à temps plein	Durée moyenne d'hospitalisation à temps plein (en jours)
Calvados	1,8	0,7	31,1
Eure	1,9	0,4	39,6
Manche	11,1	1,7	20,8
Orne	7,5	0,7	26,9
Seine-Maritime	2,6	0,6	43,6
Normandie	3,9	0,8	32,3
France métrop.	2,8	0,9	37,7

Source : Cnamts, Atlas de la santé mentale, IRDES-DREES
Taux de recours pour 1 000 habitants de 18-64 ans.

Des recours en établissement de santé pour tentative de suicide plus élevés en Normandie qu'en France

La Normandie affiche un taux de recours des 18-64 ans en établissement de santé pour tentative de suicide de 2,1 pour 10 000 habitants, contre 1,5 en France entière.

Ce taux place la Normandie au 3^{ème} rang des régions métropolitaines, après les Hauts-de-France et la Bretagne. Il varie entre 1,6 dans le Calvados et 2,5 en Seine-Maritime.

Taux de recours en établissement de santé pour tentative de suicide des 18-64 ans en 2015 (pour 10 000 habitants de 18-64 ans)



Source : Cnamts, Atlas de santé mentale, IRDES-DREES

Un niveau de recours aux soins ou à l'hospitalisation sans consentement légèrement plus élevé en région qu'en France

Au plan national, les établissements publics et privés de santé autorisés en psychiatrie ont accueilli en 2015 plus de 92 000 personnes âgées de 16 ans ou plus en soins sans consentement, soit 5,4 % de la file active totale suivie en psychiatrie¹.

Cette population se distingue de la patientèle prise en charge librement en psychiatrie par une surreprésentation des hommes (60 % contre 47 %), un âge moins élevé (43 ans en moyenne, contre 47 ans), souffrant de troubles plus sévères (parmi lesquels des troubles schizophréniques ou psychotiques, des troubles bipolaires et de la personnalité).

En région, 137,8 adultes pour 100 000 habitants (de 18 ans et plus) ont été concernés par des soins sans consentement (en 2015) et 117,1 pour 100 000 ont été hospitalisés sans consentement. Ces taux de recours sont légèrement supérieurs aux indicateurs nationaux, soutenus par des recours plus fréquents dans les départements de l'Orne, du Calvados puis de la Seine-Maritime.

Suite à l'extension des modalités de prise en charge sans consentement introduite par la loi du 5 juillet 2011 (cf. ci-contre), 40 % des patients normands en soins sans consentement sont en programme de soins (soins ambulatoires et à temps partiel).

¹ Questions d'économie de la santé - IRDES - N°222, février 2017

Taux de recours aux soins ou à l'hospitalisation sans consentement (tous modes légaux confondus) des 18 ans et plus, en 2015

Taux pour 100 000 habitants à gés de 18 ans et plus (hors UMD)

	Taux de recours aux soins sans consentement	Taux d'hospitalisation sans consentement
Calvados	151,4	130,6
Eure	98,6	94,5
Manche	121,0	95,5
Orne	172,0	137,4
Seine-Maritime	147,8	124,3
Normandie	137,8	117,1
France métrop.	132,9	114,7

Source : Cnamts, Atlas de la santé mentale, IRDES-DREES

Une consommation importante de psychotropes chez les adultes en Normandie

Quel que soit le type de psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques), la part de consommateurs parmi les adultes bénéficiaires de l'assurance maladie, est supérieure en région qu'au plan national.

Le détail par département met en évidence une consommation moindre dans l'Eure et dans le Calvados (mais avec des niveaux de consommation qui restent au-dessus du niveau national, excepté pour les neuroleptiques).

Consommation de psychotropes par les adultes (18-64 ans) en 2015

	Part d'adultes consommant des psychotropes*			
	Antidépresseurs	Anxiolytiques	Hypnotiques	Neuroleptiques
Calvados	72,2	73,2	37,2	15,3
Eure	64,3	72,3	34,9	15,7
Manche	78,9	86,0	40,4	18,4
Orne	68,9	86,3	40,7	18,7
Seine-Maritime	78,3	79,2	45,4	17,0
Normandie	73,8	78,2	40,7	16,7
France entière	63,9	66,3	33,9	16,4

Sources : Cnamts, Atlas de santé mentale, IRDES-DREES

* Part pour 1 000 bénéficiaires de l'Assurance maladie (RG et SLM)

Les soins sans consentement en psychiatrie

La législation française concernant les soins sans consentement en psychiatrie a été transformée par la loi du 5 juillet 2011. Elle réaffirme les droits des personnes prises en charge dans ces conditions et introduit deux mesures phares :

- l'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD) dans le contrôle de la mesure de soins sans consentement,
- la possibilité de soins ambulatoires sans consentement dans le cadre de programmes de soins.

Par ailleurs, la loi met en place un nouveau mode d'admission en « soins pour péril imminent » afin de favoriser l'accès aux soins des personnes isolées ou désocialisées.

Le Code de la santé publique pose le principe du consentement aux soins des « personnes atteintes de troubles mentaux », énonce l'exception des soins sans consentement et définit ses modalités d'application.

Les soins psychiatriques sans consentement du patient sont exclusivement réalisés par les établissements autorisés en psychiatrie et selon 3 modes d'admission :

- Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT ou SDTU),
- Soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI),
- Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

Il indique les modalités de prise en charge :

- Hospitalisation à temps partiel (hôpital de jour / de semaine),
- Soins ambulatoires (CMP, CATTP),
- Soins à domicile,
- Existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques.

OFFRE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE DÉDIÉE AUX ADULTES

Le dispositif de santé mentale mis à la disposition de la population dans le cadre de la sectorisation comprend une multiplicité d'acteurs. Outre la médecine de ville et les établissements hospitaliers, une offre médico-sociale diversifiée peut intervenir.

Centre médico-psychologique (CMP)

Les CMP proposent des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique (enfants, adolescents, adultes). Une équipe pluridisciplinaire assure la coordination des soins psychiatriques.

Centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP)

Le CATTP est une structure de soins qui propose aux patients des actions de soutien et de thérapeutique de groupe, visant à maintenir ou favoriser une existence autonome. Les activités favorisent les approches relationnelles, la communication et l'affirmation de soi.

Bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU)

Les BAPU sont des centres de consultation pour les étudiants âgés de 18 à 28 ans, qui rencontrent des difficultés sur le plan personnel et souhaitent une aide psychologique.

Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Les EMPP interviennent à l'extérieur des établissements, au plus près des lieux de vie des personnes défavorisées et des acteurs sociaux qui les suivent. Elles ont (comme les Permanences d'accès aux soins de santé PASS) vocation à intervenir auprès des publics en situation de précarité.

Autres établissements et services médico-sociaux...

L'offre médico-sociale comprend également des établissements et services médico-sociaux qui accompagnent des adultes en situation de handicap psychique, en proposant :

- Une offre en travail protégé (Etablissements et services d'aide par le travail - ESAT) et en milieu ordinaire (Entreprise adaptée),
- Une offre en structure d'accueil et d'hébergement : foyer d'hébergement, foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé (FAM), maison d'accueil spécialisé (MAS),
- Une offre d'accompagnement à domicile et sur les lieux de vie de la personne : services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

L'orientation vers ces structures résulte de décisions prononcées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées - CDAPH (au sein des Maisons départementales des personnes handicapées - MDPH).

Structures spécialisées sur les addictions...

Sur le champ des addictions, des structures spécialisées accompagnent les usagers avec une prise en charge pluridisciplinaire, associant traitement médicamenteux, suivi psychologique et accompagnement après traitement.

- CSAPA - Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie : ils assurent des actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addictions, par la mise en œuvre d'un ensemble de missions : accueil, information, évaluation médicale, psychologique et sociale, orientation, prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative, réduction des risques...
- CAARUD - Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues : ils accueillent les usagers de drogues, avec un objectif de prévention ou réduction des effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants et d'amélioration de la situation sanitaire et sociale des consommateurs (missions : accueil collectif et individuel, information et conseil personnalisé, soutien dans l'accès aux soins et aux droits sociaux, mise à disposition de matériel de prévention des infections, intervention de proximité à l'extérieur des centres, développement d'actions de médication sociale).
- CJC - Consultations jeunes consommateurs : elles proposent aux jeunes consommateurs (âgés de 12 à 25 ans) une évaluation de leur consommation et un diagnostic de l'usage nocif. Elles offrent information, orientation et conseil spécialisé, aux jeunes ainsi qu'aux parents en difficulté face à la consommation de leur enfant.

VigilanS : dispositif de prévention du suicide

Depuis 2016, l'ARS Normandie déploie ce dispositif de soin innovant destiné à prévenir la récurrence suicidaire.

Il s'appuie sur les structures de soin existantes et aide à tisser un véritable réseau autour des personnes en crise suicidaire. Il est constitué d'une cellule de coordination s'appuyant sur des rendez-vous téléphoniques pour les personnes suicidantes, et d'une ligne téléphonique dédiée pour les professionnels de santé impliqués dans le parcours de soin de ces personnes.

Ce dispositif régional est porté par deux plateformes l'une à Pontorson (CH de l'Estran) et l'autre à Rouen (CHU de Rouen et SAMU Centre 15).

Bien que le vieillissement soit un processus normal, il peut s'accompagner de souffrance psychique liée notamment à la perte d'acuité auditive ou visuelle, la baisse de la mobilité, la perte d'amis ou de proches... Des troubles psychiques peuvent apparaître chez des personnes qui ne présentaient pas d'antécédents et certaines pathologies se développent aussi plus fréquemment au-delà de 65 ans. La prévalence de troubles psychiques (et des besoins de prise en charge) augmente ainsi avec l'avancée en âge, mais également avec l'allongement de l'espérance de vie.

NATURE DES TROUBLES PSYCHIQUES

Les troubles psychiques décrits chez les adultes (cf. pages 14-16) peuvent également concerner les personnes âgées, parfois plus fortement, parfois avec des spécificités liées à l'âge. Les paragraphes suivants visent à préciser ces spécificités et apporter des repères quantitatifs sur les phénomènes.

Troubles dépressifs

Comme chez les adultes (18-65 ans), les troubles dépressifs des personnes âgées concernent plus fortement les femmes que les hommes. Selon l'enquête santé européenne EHIS-ESPS 2014¹, la fréquence des symptômes de dépression serait de 10 % des femmes et 4 % des hommes parmi les 65-75 ans, et de 22 % des femmes et 13 % des hommes parmi les 75 ans et plus résidant à domicile.

Par ailleurs, les états dépressifs sont plus répandus parmi les personnes âgées vivant en établissement que dans le reste de la population du même âge² (la prévalence de la dépression est estimée à 18 % en institution, contre 7 % à domicile). Ils se traduisent notamment par des états de fatigue, lassitude, épuisement, manque d'appétit ou de motivation plus fréquents. L'étude de la DREES montre que la fréquence et la qualité des relations sociales sont les principaux facteurs associés à cet état psychologique.

Dans l'ensemble de la population, on estime que 60 à 70 % des symptômes dépressifs des plus de 65 ans seraient sous-traités voire non traités, ce défaut de prise en charge renforçant la perte d'autonomie et la dépendance, ainsi que le risque de suicide³.

Troubles addictifs

Chez les personnes âgées, la consommation d'alcool régulière est fréquente et générationnelle (elle serait aussi plus importante en institution). D'après le baromètre santé 2017, 14 % des normands âgés de 61 à 75 ans consomment de l'alcool tous les jours (contre 8 % tous âges confondus) et 33 % une ou plusieurs fois par semaine (contre 30 %).

La consommation de tabac est quant à elle nettement inférieure chez les seniors. D'après le baromètre santé 2017 en Normandie, on compte parmi les 61-75 ans, 1 % de fumeurs réguliers, 6 % de fumeurs occasionnels et 46 % d'ex-fumeurs (contre 5 %, 25 % et 35 % en population générale, soit parmi les 18-75 ans).

La consommation de médicaments psychotropes sur des périodes prolongées induit une forte dépendance et expose les personnes âgées à des risques (ex : chutes, altérations cognitives, accidents de la voie publique...).

Troubles liés aux maladies dégénératives

Les maladies neurodégénératives (dont la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson) se développent fortement et leur fréquence augmente de manière importante avec l'âge. Elles résultent de lésions dégénératives du cerveau, qui ont un retentissement considérable sur la vie familiale, professionnelle et sociale des personnes : altération de la mémoire, perturbation du langage,

perturbation de l'activité motrice et de la capacité à programmer et organiser les tâches de la vie courante. Les troubles cognitifs engendrent des troubles de la communication et une difficulté à faire les gestes essentiels à la vie (faire ses courses, sa cuisine, gérer son budget, se déplacer hors domicile ; puis à un stade plus évolué, manger, se laver, s'habiller, éliminer, se déplacer au domicile). Ces maladies sont une cause majeure d'invalidité, de dépendance, d'institutionnalisation et d'hospitalisation.

Santé Publique France estime qu'il y a actuellement en France plus d'un million de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer et autres démences, environ 160 000 personnes traitées pour la maladie de Parkinson et environ 2 300 nouveaux cas par an de maladies du motoneurone, dont la principale cause est la sclérose latérale amyotrophique (juin 2019).

Selon l'association France Alzheimer et maladies apparentées, 225 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année, sachant que seulement une personne sur deux serait diagnostiquée. Si l'on prend en compte les proches aidants, dont la vie est fortement impactée par la maladie, le nombre de personnes directement touchées par la maladie serait de 3 millions.

Risque suicidaire

Chez les personnes âgées, le principal facteur de risque de suicide est la maladie psychiatrique, particulièrement la dépression (80 à 90 % des tentatives de suicide chez les 65 ans et plus sont liées à un épisode dépressif). Mais « le désespoir, le vécu d'isolement, l'existence de conflit avec ses proches, la mauvaise condition physique, la précarité financière ou encore les situations de rupture (déménagement, deuil, disparition d'un animal domestique...) peuvent favoriser le risque suicidaire »⁴.

Les tentatives de suicide des personnes âgées sont plus souvent suivies d'un décès (soit dans un cas sur 4 chez les 65 ans et plus, contre 1 cas sur 200 chez les jeunes de moins de 25 ans). « Les analyses épidémiologiques témoignent d'une utilisation plus fréquente par les personnes âgées de moyens de suicide violents (pendaison, utilisation d'une arme à feu, noyade...), ce qui est une des explications d'un nombre élevé de suicides aboutis »⁵.

Selon l'Observatoire national du suicide (ONS), le taux de suicide en France est parmi les plus élevés d'Europe (toutes tranches d'âges confondus, en 2014). En Normandie, les chiffres affichent une situation encore plus défavorable : le taux de mortalité par suicide des personnes âgées s'établit à 30,7 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus, contre 23,4 en France métropolitaine. Les chiffres mettent en évidence 4 fois plus de décès par suicide chez les hommes que chez les femmes (en Normandie comme en France).

¹ Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014

² Etudes et résultats, Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé, Drees - Janvier 2020

³ Santé mentale et vieillissement, Psycom - Avril 2018

⁴ Comité national pour la Bienveillance et les Droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD) Prévention du suicide chez les personnes âgées, Paris, 2013

⁵ Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement (chapitre 4), ANESM, Mars 2014

FRÉQUENCE DES TROUBLES

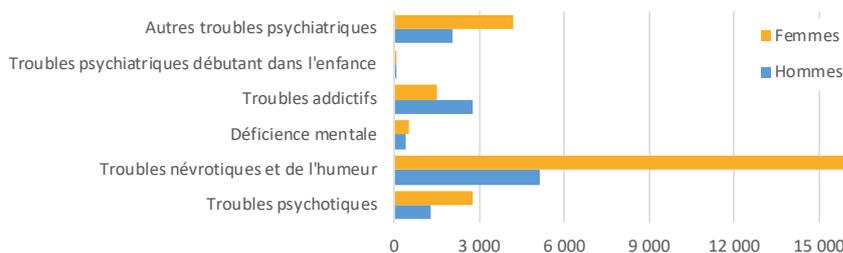
Au plan régional, la fréquence des troubles peut être appréhendée via les statistiques de prise en charge par l'assurance maladie pour cause de maladies psychiatriques, par les chiffres d'admissions en Affection de longue durée (ALD) et encore par les indicateurs de mortalité.

Près de 37 000 personnes âgées prises en charge pour cause de maladie psychiatrique en 2017

En 2017 en Normandie, l'assurance maladie a pris en charge 36 952 personnes âgées de 65 ans et plus, au titre d'une pathologie psychiatrique¹.

Ce public est composé de deux tiers de femmes pour un tiers d'hommes. Les pathologies en cause sont prioritairement des troubles névrotiques et de l'humeur, à l'origine de 58 % des prises en charge. Notons que les troubles addictifs (qui concernent 6 % des prises en charge) concernent plus fortement les hommes.

Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus prises en charge par l'assurance maladie pour cause de maladies psychiatriques en 2017



Source : Cartographie des pathologies Sniiram, 2017 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

¹ Cf. Note page 10 : Prises en charge par l'assurance maladie pour cause de maladies psychiatriques

Taux de personnes âgées de 65 ans et plus, prises en charge pour des troubles psychiques en 2014

	Pathologie psychiatrique	Dont troubles liés à l'addiction	Dont troubles névrotiques ou de l'humeur	Dont troubles psychotiques
Calvados	3 128	354	2 018	611
Eure	3 603	325	2 265	617
Manche	4 590	329	2 940	748
Orne	4 014	428	2 627	733
Seine-Maritime	4 075	325	2 518	639
Normandie	3 867	341	2 442	654
France métrop.	4 239	321	2 651	769

Source : Cnamts, Atlas de la santé mentale
Taux de recours pour 1 000 habitants de 18-64 ans.

D'après les données départementales présentées dans l'atlas de santé mentale, les prises en charge pour pathologie psychiatrique des 65 ans et plus concernaient (en 2014) plus fortement la population de la Manche, puis de Seine-Maritime et de l'Orne avec plus de 4 000 prises en charge pour 100 000 habitants, contre 3 128 à 3 603 pour 100 000 dans le Calvados et dans l'Eure.

Au plan régional, le taux de prise en charge pour maladie psychiatrique est nettement inférieur au taux national (soit 3 867 contre 4 239 pour 100 000), excepté en ce qui concerne les troubles liés aux addictions (et d'autant plus fortement dans le département de l'Orne).

Plus de 18 600 ALD pour cause d'affection psychiatrique en 2017, chez les personnes âgées de 65 ans et plus

En Normandie en 2017, 18 641 Affections de longue durée liées à une affection psychiatrique sont déclarées pour des personnes âgées de 65 ans et plus, assurées par l'assurance maladie (régime général, agricole ou social des indépendants). Rappelons que cet indicateur ne prend pas en compte les maladies neurodégénératives (dont la maladie d'Alzheimer) et troubles cognitifs. Ces ALD concernent majoritairement des femmes, soit 72 % d'entre elles, soit une part équivalente à ce qui est observé au plan national (71 %).

Trois troubles mentaux et du comportement regroupent 90 % des nouvelles ALD déclarées pour les 65 ans et plus en Normandie en 2014 :

- troubles de l'humeur (801 ALD, soit 70 %),
- schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants schizo (133, soit 12 %),
- troubles de la personnalité et du comportement (86, soit 7 %).

Les ALD pour trouble de l'humeur concernent plus fortement les femmes (77 %), tandis que les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives concernent majoritairement les hommes (65 %).

Nombre et répartition des nouvelles admissions en Affections psychiatriques de longue durée, concernant les 65 ans et plus en Normandie en 2014

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Troubles de l'humeur	190	23 %	611	77 %	801	100 %
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	38	33 %	95	67 %	133	100 %
Troubles de la personnalité et du comportement	31	28 %	55	72 %	86	100 %
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	45	65 %	24	35 %	69	100 %
Troubles névrotiques liés à des facteurs de stress et somatoformes	13	38 %	21	62 %	34	100 %
Autres troubles	12	48 %	13	52 %	25	100 %
Ensemble	329	29 %	819	71 %	1 148	100 %

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI 2016 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

Des décès pour cause de troubles mentaux particulièrement fréquents chez les personnes âgées

En France comme en région, environ 7/8 des décès pour cause de troubles mentaux et 1/3 des décès par suicide concernent la population des 65 ans et plus.

Ainsi en Normandie sur cette tranche d'âge, on recense en moyenne annuelle (sur la période 2013-2015) 1 207 décès pour cause de troubles mentaux et 198 décès par suicide. Ces effectifs

correspondent à des taux standardisés de décès supérieurs en région par rapport à ce qui est observé au plan national. En effet, la région enregistre 188,1 décès pour cause de troubles mentaux pour 100 000 habitants contre 170,8 pour 100 000 au plan national, et 31,2 décès par suicide pour 100 000 habitants contre 23,7 pour 100 000 au plan national.

Nombre et taux standardisé de décès par suicide ou pour cause de troubles mentaux* des 65 ans et plus en Normandie et en France métropolitaine

	Nombre annuel moyen de décès			Taux standardisé de décès
	Hommes	Femmes	Ensemble	Ensemble
Décès pour cause de troubles mentaux				
Normandie	439	768	1 207	188,1
France	7 240	13 137	20 377	170,8
Décès pour cause de suicide				
Normandie	146	52	198	31,2
France	2 085	741	2 826	23,7

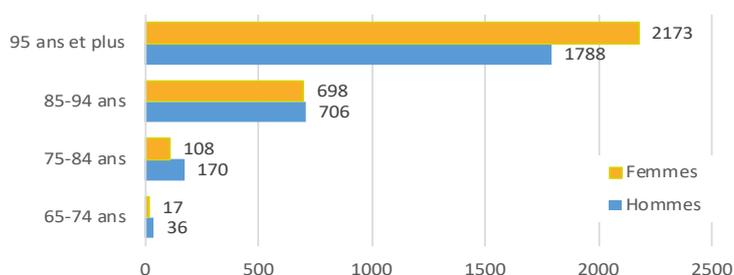
Sources : Inserm-CépiDC, Insee, 2013-2015 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

* Causes initiales de décès.

Les décès par suicide sont plus fréquents parmi les hommes (environ 3/4 des décès).

Concernant les décès pour cause de troubles mentaux, s'ils concernent un effectif plus important de femmes (soit près de 2/3 des décès), cela est lié à la surreprésentation des femmes dans les âges les plus avancés : en effet, le taux brut de mortalité est plus élevé concernant les hommes sur les tranches d'âge de 65-74 ans et 75-84 ans, il est comparable à celui des femmes sur la tranche 85-94 ans, et devient inférieur au-delà de 95 ans, tranche d'âge où les hommes sont très minoritaires en termes d'effectifs (soit 1 homme pour 5 femmes).

Taux bruts de mortalité des hommes et des femmes âgés de 65 ans et plus, pour cause de troubles mentaux, en Normandie sur la période 2013-2015 (Taux pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm-CépiDC, Insee, 2013-2015 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

* Causes initiales de décès.

RECOURS AUX SOINS

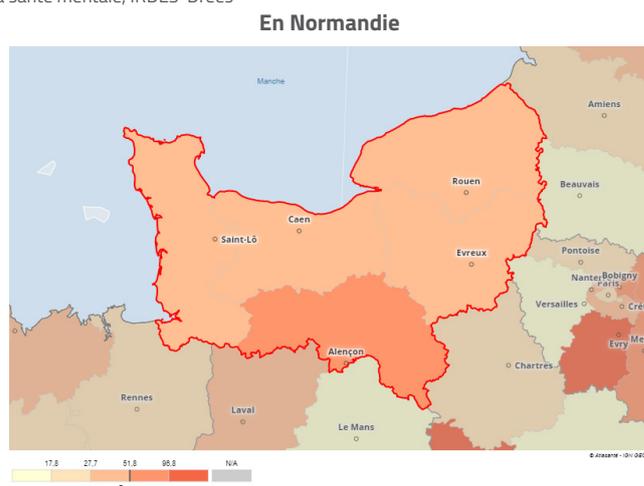
Un taux de recours aux psychiatres libéraux plus faible en Normandie qu'en France

Comme sur les tranches d'âge inférieures, le taux de recours des personnes âgées aux psychiatres libéraux est plus faible en Normandie qu'au plan national. Il s'établit à 34,3 pour 100

habitants de 65 ans et plus, contre 51,8 pour 100 en France entière. Il varie entre 28,5 en Seine-Maritime et 67,0 dans l'Orne.

Taux de recours vers les psychiatres libéraux des 65 ans et plus en 2015 (pour 10 000 habitants de 65 ans et plus)

Source : Sniiram, Insee, Atlas de la santé mentale, IRDES-Drees



Un recours des personnes âgées aux soins psychiatriques plus important en Normandie

Le recours des 65 ans et plus aux soins de psychiatrie en établissement de santé est plus important en Normandie qu'au niveau national : en 2015, le taux de recours s'établit à 282 pour 10 000 habitants en région contre 244,5 en France entière et il est particulièrement élevé dans les départements de la Manche et de l'Orne.

De manière générale, le recours aux soins de psychiatrie se fait majoritairement dans le cadre de prises en charge en ambulatoire (concernant 268,1 personnes âgées pour 10 000 en Normandie et 219,7 en France entière). En région, l'hospitalisation en psychiatrie concerne 43,9 personnes âgées pour 10 000 et l'hospitalisation en MCO pour motif psychiatrique 89,6 pour 10 000.

Taux de recours en psychiatrie en établissement de santé (ES), selon la modalité de prise en charge en 2015 (65 ans et plus)

	Taux de recours en ES pour motif psychoiatrique	Taux de recours en ambulatoire	Taux d'hospitalisation en psychiatrie	Taux d'hospitalisation en MCO
Calvados	229,5	215,5	40,6	91,3
Eure	181,0	167,1	35,4	85,8
Manche	453,7	443,8	51,7	92,8
Orne	357,6	349,5	35,7	116,5
Seine-Maritime	249,3	231,8	48,1	80,9
Normandie	282,0	268,1	43,9	89,6
France métrop.	244,5	219,7	55,0	96,2

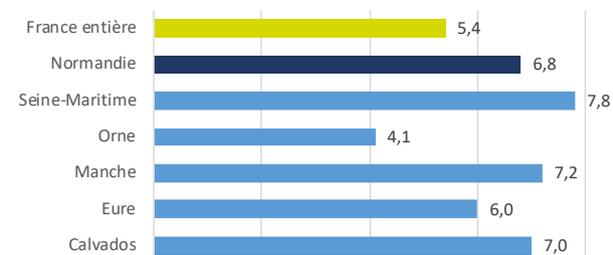
Source : Cnamts, Atlas de la santé mentale, IRDES-DREES
Taux de recours pour 10 000 habitants de 65 ans et plus.

Des hospitalisations pour cause de suicide des personnes âgées, plus fréquentes en Normandie

Les données disponibles montrent que le risque suicidaire est plus élevé en Normandie, tant pour les jeunes que les adultes et les personnes âgées.

Les chiffres d'hospitalisation pour tentative de suicide des 65 ans et plus mettent effectivement en évidence un taux de recours régional supérieur de 1,4 points au taux national (avec 6,8 recours pour 10 000 habitants en région, contre 5,4 en France entière). La situation la plus défavorable est observée en Seine-Maritime (avec 7,8 recours pour 10 000 habitants), puis dans la Manche et le Calvados (avec respectivement 7,2 et 7,0).

Taux de recours en hospitalisation pour tentative de suicide des 65 ans et plus (pour 10 000 habitants de 65 ans et plus)



Source : Cnamts, Atlas de santé mentale, IRDES-DREES

Un niveau de consommation de psychotropes élevé chez les normands âgés de 65 ans et plus

En Normandie, les personnes âgées de 65 ans et plus sont 331 pour 1 000 à avoir eu au moins 3 délivrances de médicaments psychotropes (en 2014), ce qui représente un taux supérieur de 23 points à ce qui est observé au plan national.

Seul le département de l'Eure se distingue par un niveau de consommation légèrement inférieur (soit un niveau semblable au niveau national), y compris sur les prescriptions d'antidépresseurs et d'anxiolytiques.

Consommation de psychotropes par les personnes âgées de 65 ans et plus, en 2015

	Taux de 65 ans et plus ayant eu au moins 3 délivrances de médicaments dans l'année*		
	Antidépresseurs	Anxiolytiques	Psychotropes (ensemble)
Calvados	72,2	73,2	37,2
Eure	64,3	72,3	34,9
Manche	78,9	86,0	40,4
Orne	68,9	86,3	40,7
Seine-Maritime	78,3	79,2	45,4
Normandie	73,8	78,2	40,7
France entière	63,9	66,3	33,9

Sources : Cnamts, Atlas de santé mentale, IRDES-DREES

* Taux pour 1 000 bénéficiaires de l'Assurance maladie (RG et SLM)

Antidépresseurs et anxiolytiques (2015), Psychotropes (2014)

OFFRE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE DÉDIÉE AUX PERSONNES ÂGÉES

Concernant le public âgé, outre les médecins généralistes, psychologues ou psychiatres, l'offre de soins de ville comprend les gériatres qui sont des médecins spécialistes des maladies et troubles liés au vieillissement. L'offre médico-sociale comprend quant à elle des structures d'accueil en hébergement, ainsi que différents services intervenant à domicile.

Offre de soins : gériatres

En Normandie, l'offre de gériatres repose quasi-exclusivement sur des professionnels salariés, exerçant en établissement de santé ou médico-social.

Leur densité est de 29,1 professionnels pour 100 000 personnes âgées de 75 ans et plus, soit légèrement inférieure à l'offre nationale (avec 32,5 pour 100 000). Cette offre est moins dense dans les ex départements bas-normands, que dans l'Eure et la Seine-Maritime.

Offre de gériatres (libéraux, mixtes et salariés) en Normandie au 1^{er} janvier 2020

	Nombre	Densité*
Calvados	17	25,0
Eure	23	46,2
Manche	12	19,9
Orne	6	16,7
Seine-Maritime	44	38,6
Normandie	102	31,1
France métrop.	2 045	33,8

Sources : Répertoire Drees/Asip-Santé-RPPS, 1^{er} janv 2020 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

L'offre médicale comprend les professionnels ayant une activité standard de soins (hors remplaçants).

* Densité pour 100 000 habitants âgés de 65 ans et plus

Structures médico-sociales

Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Anciennement appelés « maisons de retraites », les EHPAD sont des structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées d'au moins 60 ans et dépendantes, c'est-à-dire ayant besoin de soins et d'aide quotidiens pour effectuer les actes de la vie courante.

Résidences autonomie

A mi-chemin entre le domicile et l'accueil en EHPAD, les résidences-autonomie proposent une solution d'hébergement pour les personnes âgées de plus de 60 ans qui jouissent encore d'une bonne autonomie. Elles doivent proposer un certain nombre de services dans leurs locaux, notamment un accès à un service de restauration sur place, un service de sécurité, l'entretien et le lavage du linge, ainsi que des activités visant à maintenir au maximum l'autonomie des résidents.

Instaurées par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de la population qui est entrée en application le 1^{er} janvier 2016, les résidences-autonomie remplacent progressivement les « foyers logement ».

Unités de soins de longue durée (USLD)

Les USLD sont des structures hospitalières s'adressant à des personnes âgées de plus de 60 ans et très dépendantes, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante. Les moyens médicaux mis en œuvre y sont plus importants que dans les EHPAD.

Certains EHPAD et USLD disposent de dispositifs de soins et d'accompagnement spécifiques à la prise en charge de troubles du comportement de la maladie d'Alzheimer ou apparentés, parmi lesquels des Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), des Unités d'hébergement renforcé (UHR), des Unités de vie protégées (UVP)¹.

¹ Pour en savoir plus sur ces dispositifs : consulter l'Atlas de la Santé Mentale en France, IRDES, Mai 2020, page 110

Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Les SAAD interviennent auprès de personnes âgées dépendantes (mais aussi de personnes handicapées ou de familles fragilisées) pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne : elles participent également au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Sur prescription médicale, les SSIAD interviennent à domicile pour dispenser des soins (soins infirmiers, soins de nursing...) aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap et assurer la coordination des autres intervenants médicaux ou paramédicaux. Leurs actions contribuent au maintien des personnes à leur domicile, notamment en prévenant la perte d'autonomie, en évitant une hospitalisation, en facilitant le retour à domicile après hospitalisation ou encore en retardant l'entrée dans un établissement d'hébergement.

Services polyvalent d'aide et de soin à domicile (SPASAD)

Les SPASAD sont des services assurant à la fois des soins infirmiers (missions d'un SSIAD, réalisés sur prescription médicale) et celles d'un service d'aide à domicile. Ils s'adressent aux personnes âgées de plus de 60 ans (ou en situation de handicap). Ils présentent l'avantage d'un accompagnement fluide et sécurisant, avec un interlocuteur unique pour la mise en place et le suivi de l'intervention, qui sont assurés par une même équipe.

La pandémie de Covid-19, avec l'apparition des premiers cas en France en janvier 2020, a entraîné une crise sanitaire sans précédent. Elle a conduit à la mise en place de mesures de distanciation physique, de confinement obligatoire de la population à domicile (du 17 mars au 11 mai), de quarantaine pour les personnes infectées : toutes ces mesures ont un impact sur la santé, en particulier sur la santé mentale. L'anxiété générée par la pandémie affecte la population générale, mais plus encore les personnes souffrant déjà d'un trouble psychique. Face au caractère exceptionnel de la pandémie, les professionnels de santé sont aussi particulièrement exposés à des risques pour leur santé mentale.

IMPACT DE LA CRISE DU COVID-19 SUR LA SANTÉ MENTALE : ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES

Des travaux antérieurs à la crise du Covid-19 ont mis en évidence les risques de mesures de quarantaine sur la santé mentale et le bien-être physique de la population¹ : risque d'augmentation des conduites suicidaires, symptômes psychotiques, stress post-traumatique, avec des effets durables (qui ne s'arrêtent pas à la fin du confinement). Différents travaux engagés pour suivre l'impact de la crise du Covid-19 (Cf. Encart sur une sélection d'enquêtes mises en place) ont permis de faire les constats suivants.

L'enquête COVIPREV², conduite sur 2 semaines en début de confinement (23-25 mars et 30 mars-1^{er} avril 2020), a notamment permis d'évaluer l'état de santé mentale de la population et d'en identifier les déterminants. La prévalence de l'anxiété était alors de 26,7 % la première semaine et 21,5 % en deuxième semaine, soit largement supérieure à ce qui était observé en population générale avant la crise épidémique (13,5 %). L'enquête a mis en évidence des inégalités quant à l'exposition à l'anxiété, traduites par les facteurs suivants :

- des caractéristiques sociodémographiques : être une femme, un parent d'enfant(s) de 16 ans ou moins, déclarer une situation financière difficile,
- des conditions de vie liées à la situation épidémique : travailler en période de confinement et avoir un proche malade ou ayant eu des symptômes du Covid-19,
- aux connaissances, perceptions et comportements face au Covid-19 : percevoir le Covid comme une maladie grave et se sentir vulnérable face à cette maladie.

L'enquête COCLICO³, réalisée du 3 au 14 avril, fait part de la survenue d'une détresse psychologique chez un tiers des répondants (dont 12 % avec une intensité sévère). Cette détresse se traduit notamment par l'aggravation des problèmes de tension ou de stress, de sommeil, de concentration et du sentiment d'être malheureux ou déprimé. L'enquête met également en évidence des facteurs de risque parmi les femmes, les personnes ayant une maladie chronique, celles bénéficiant d'un faible soutien social, celles confinées dans des logements sur-occupés, et celles dont la situation financière s'est dégradée.

Les personnes âgées

Parmi les populations à risque, les personnes âgées, dont le bien-être est très dépendant de leurs relations sociales, ont connu un isolement social aggravé par le confinement, puis les contraintes imposées après-confinement. Le risque de solitude et de dépression est renforcé et les professionnels s'inquiètent qu'il

puisse conduire au suicide ou à des syndromes de « glissement »⁴. Par ailleurs, dans les EHPAD qui ont connu de nombreux cas de Covid-19, voire des décès, les conséquences sur la santé mentale des résidents sont d'autant plus marquées.

Les étudiants

Les conditions de vie des étudiants ont aussi été fortement impactées par la pandémie (la fermeture des établissements d'enseignement, des services universitaires...). Le changement de logement (retour fréquent en famille), l'arrêt d'une activité rémunérée, l'accentuation de la précarité, ont eu des conséquences sur le ressenti et le bien-être des étudiants : selon l'Observatoire de la vie étudiante⁵, 31 % des étudiants ont présenté des signes de détresse psychologique pendant le confinement (contre 20 % dans l'enquête santé de 2016), notamment de la nervosité, de la tristesse, de l'abattement, du découragement. Les plus fragiles sont les étudiants en difficulté financière, les étudiants étrangers et les étudiantes.

Les personnes confrontées à des addictions

Les populations consommatrices de drogues ont été affectées par le développement de l'épidémie et les mesures de confinement⁶ : les usagers dépendants, confinés (et parfois isolés) dans leur logement, ont dû supporter une situation déstabilisante et particulièrement anxiogène, qui a exacerbé des souffrances psychiques (anxiété, état dépressif, pensée suicidaire, décompensation...). Dans le cadre du dispositif TREND, en raison de la baisse de disponibilité des produits et/ou de celles des ressources économiques, on a observé un report sur l'alcool et les médicaments.

Autres publics vulnérables

Si leur situation est aujourd'hui moins documentée (peu d'études menées sur ce public), il conviendra d'avoir une attention particulière sur les enfants et les adolescents, impactés par la pandémie notamment à travers des pertes de repères et d'habitudes quotidiennes.

Les mesures sanitaires visant à enrayer la progression de l'épidémie ont aussi entraîné une augmentation des violences intrafamiliales, envers les femmes et les enfants.

Les primo-arrivants sur le marché du travail, ainsi que les ménages impactés par le contexte sanitaire (perte de revenus), par la perte d'emploi ou l'arrivée en fins de droits au chômage, ainsi que les sans domicile fixe (SDF) sont aussi identifiés comme des publics vulnérables au regard de leur santé mentale.

¹ Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections, Lancet Psychiatry 2020

² La santé mentale des français face au Covid : prévalences, évolutions et déterminants de l'anxiété au cours des deux premières semaines de confinement, BEH 13, 7 mai 2020

³ Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement, Questions d'économie de la santé n°249, IRDES, Juin 2020

⁴ Lefebvre des Nouettes, 2020

⁵ La vie étudiante au temps de la pandémie Covid-19 : incertitudes, transformations et fragilités, OVE Infos n°42, Septembre 2020

⁶ Usages, offre de drogues et pratiques professionnelles au temps du Covid-19 : observations croisées du dispositif Trend, Bulletin TREND Covid-19 n°1, mars-avril 2020

CONSTATS OBSERVÉS CONCERNANT LES PERSONNES SOUFFRANT D'UN TROUBLE PSYCHIQUE (AVANT LA PANDÉMIE)

D'après l'enquête COCLICO, la détresse psychologique (qui touche un tiers des répondants) est plus élevée notamment pour les personnes ayant eu recours à des soins de santé mentale au cours des 12 derniers mois.

D'après les premiers retours de terrain¹, les patients suivis en ville se sont globalement détournés des soins pendant le confinement, avec un risque à suivre d'un « retour de bâton ». Certains patients ont vu leur état de santé s'aggraver, notamment les sujets anxieux, ceux qui ont des troubles obsessionnels compulsifs (TOC), les patients déprimés qui étaient déjà en situation d'isolement, avec parfois une augmentation des conduites addictives et de la consommation d'alcool.

Pour certains patients phobiques sociaux, ayant un trouble du spectre de l'autisme ou souffrant de troubles schizophréniques, pour lesquels les interactions sociales sont sources de stress intense, le confinement a été vécu comme un soulagement relatif (lié à un sentiment de baisse du stress social par l'évitement des situations), mais risquant d'entraîner une aggravation à long terme.

¹ Santé mentale et covid-19 : Premiers retours de terrain, Isabelle Hoppenot, Vidal, 9 juin 2020

Parmi les conséquences observées par des coordonnateurs dans des quartiers prioritaires en politique de la ville², la dégradation de la santé mentale des populations s'est traduite par de nombreuses décompensations signalées chez les publics habituellement suivis en psychiatrie.

La très grande majorité des personnes souffrant de troubles psychiatriques est habituellement prise en charge en ambulatoire. Le confinement a imposé une suspension brutale des suivis, qui a pu se traduire par l'altération de suivis de traitements et une rupture de l'accès à certaines sources habituelles d'entraide et de lien social (associations, loisirs, pratiques sportives et culturelles, religieuses...). La crise sanitaire a aussi entraîné une modification des pratiques des professionnels en santé mentale, les entretiens en présentiel ayant été remplacés par des consultations en télémedecine ou par téléphone : moins adaptées pour certains patients (notamment pour ceux souffrant de psychose), elles ont pu se révéler d'une grande richesse avec d'autres.

Aussi, les personnes souffrant de troubles psychiatriques, sensibles à tout changement, sont susceptibles de développer des symptômes d'anxiété durant une période assez longue après sortie du confinement 2020³.

² Etat des lieux national des CLSM en temps de confinement & conséquences observées par les coordonnateurs dans les quartiers prioritaires, Centre national de ressources et d'appui aux CLSM et CCOMS, 18 mai 2020

³ Brooks et al., Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid -19, Les dossiers de la DREES n°62, Juillet 2020

EXPOSITION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AUX RISQUES PSYCHOLOGIQUES

Dans les services hospitaliers, la crise sanitaire a entraîné des arrivées massives de patients présentant des formes graves de la maladie, nécessitant une réorganisation en urgence de l'offre de soins dans un climat de forte incertitude lié l'évolutivité des caractéristiques épidémiologiques (contagiosité, durée d'incubation, durée de vie du virus sur des surfaces inertes...), mais aussi avec un climat d'insécurité des soignants pour leur propre santé. Elle a nécessité une grande flexibilité du système sanitaire et de l'ensemble des personnels (augmentation des places en soins critiques, suspension d'activités programmées, réaffectations de soignants sur de nouvelles missions, coordination entre régions, coopération entre médecine de ville et hôpital, réorganisation des soins de psychiatrie...)¹.

Ces bouleversements ont entraîné pour les soignants une surcharge de travail importante, les amenant à solliciter fortement leurs capacités cognitives, à prendre des décisions rapides et difficiles, avec une forte tension psychique et un risque d'épuisement professionnel. Dans ce contexte particulièrement anxiogène, le manque de contrôle sur les ressources nécessaires en matériel a créé un sentiment d'impuissance, parfois d'inefficacité. A cela s'ajoute la charge émotionnelle liée au nombre inhabituellement

élevé de décès (parmi les patients, des collègues ou des proches), ainsi que la charge émotionnelle vis-à-vis des familles (en raison de l'interdiction des visites, même en fin de vie).

Les dispositifs de soutien psychologique pour les soignants ont été peu sollicités, les retours d'expérience ont surtout mis en avant le besoin d'équipements de protection individuelle (EPI) et de repos. En revanche, les retours d'expérience sur l'état psychologique de professionnels de santé lors d'épidémies antérieures (grippe H1N1 en 2019 et Sars-CoV-1 en 2003) laissent craindre que certains soignants présentent à distance de la crise sanitaire, des troubles psychiques tels que anxiété, stress aigu, trouble de stress post-traumatique (TSPT), symptômes dépressifs.

La manifestation de troubles chez les soignants impliqués dans la gestion de l'épidémie, des risques d'épisodes dépressifs caractérisés, associés à des conduites addictives voire suicidaires, sont à craindre, d'où la nécessité de définir une stratégie de dépistage et d'intervention.

Rappelons que si les publications aujourd'hui disponibles traitent principalement des risques auxquels sont exposés les professionnels hospitaliers, l'ensemble des professionnels du soin et de l'accompagnement y compris en secteur médico-social (et particulièrement en EHAPD) ont été exposés à ces risques et doivent faire l'objet d'une attention particulière.

¹ Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? L'Encéphale, Paris, Avril 2020

Enquêtes et travaux mis en œuvre pour mesurer l'impact de la crise du Covid-19 sur la santé mentale

Enquête COCLICO

(Coronavirus containment policies and impact on the population's mental health)

Enquête mise en œuvre à l'échelle internationale, gérée par l'IRDES pour la France.

Objectif : mesurer l'impact des politiques de confinement sur la santé mentale et les facteurs associés (conditions de vulnérabilité au virus, condition de vie, conditions matérielles...).

Échantillon : sollicitation de la population interrogée dans le cadre de l'enquête santé européenne (EHIS)

3 vagues d'enquêtes sur les mois d'avril, mai et juin

Pour plus d'informations : <https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/coclico-enquete-sante-mentale-coronavirus/actualites.html>

Enquête COVIPREV (réalisée par Santé publique France)

Enquête sur l'évolution des comportements (gestes barrières, confinement, consommation d'alcool et de tabac, alimentation et activité physique) et de la santé mentale (bien-être, troubles) pendant et après le confinement

Enquête quantitative, auto-administrée en ligne (1^{ère} vague d'enquêtes du 23 au 25 mars), avec pour objectifs :

1. Pouvoir réagir pour ajuster des mesures de prévention en temps réel,
2. Évaluer les impacts de la situation épidémiologique et des mesures de confinement sur la santé,
3. Capitaliser pour la gestion de futures épidémies.

Pour plus d'informations : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-le-confinement>

Enquête COCONEL

Enquête déployée par l'IFOP et conduite par un consortium de chercheurs (UMR Vitrome, Centre investigation clinique Cochin-Pasteur, EHESP et ORS PACA)

Enquête en ligne, auprès d'un échantillon de 1000 personnes, visant à suivre plus spécifiquement la réponse psychologique, émotionnelle et comportementale de la population française à l'épidémie de COVID-19 et au confinement.

Pour plus d'informations : <https://www.ehesp.fr/2020/04/08/etude-coconel-un-consortium-de-chercheurs-analyse-le-ressenti-et-le-comportement-des-francais-face-a-lepidemie-de-covid-19-et-au-confinement/>

Enquête EpiCov

Enquête mise en œuvre par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Enquête statistique sur l'état de santé et les conditions de vie en lien avec l'épidémie actuelle due au coronavirus (Covid-19), avec pour objectif de renseigner sur la diffusion du virus dans la population et les conséquences de l'épidémie sur le quotidien et la santé des individus.

1^{ère} vague d'enquête du 2 mai au 2 juin 2020 / 2^{ème} vague de mi-octobre à fin novembre 2020

Pour plus d'informations : <https://www.epicov.fr>

OFDT - TREND

mobilisé pour documenter les premiers effets du confinement sur les usages, l'offre et la prise en charge des usagers de drogues

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies via le dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) a cherché à évaluer les évolutions de ces consommations en France.

Enquête lancée en mars-avril auprès d'un réseau d'informateurs (usagers des drogues, professionnels médico-sociaux, etc.), avec pour objectifs :

1. Évaluer les effets du confinement sur l'état de santé des populations sur 3 thématiques,
2. Les évolutions en matière d'usages de drogues,
3. Les difficultés rencontrées par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et les manières dont ces structures adaptent leurs pratiques et leurs activités afin de poursuivre au mieux leur missions (prise en charge des usagers, délivrance des traitements de substitution, du matériel de réduction des risques...),
4. Les transformations concernant les réseaux de trafics.

Pour plus d'informations : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Bulletin-TREND-COVID-1.pdf>

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Bulletin-TREND-COVID-2.pdf>

RETOURS D'EXPÉRIENCES SUR L'ADAPTATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE À LA CRISE DU COVID-19

Face à la crise du Covid, de nombreuses expériences ont été mises en place dans le secteur de la santé mentale pour venir en aide, notamment aux publics les plus fragiles.¹

Au plan national dès le 10 mars 2020, des priorités ont été identifiées : diffuser les gestes barrières, prêter une attention particulière aux publics vulnérables, favoriser la prise en charge en ambulatoire, réorganiser les unités d'hospitalisation, notamment en créant 90 unités « Covid / Psy » estimées pour les personnes avec des troubles psychiques. Une cellule de crise « Covid-Santé mentale » a été créée et s'est réunie régulièrement afin de suivre la situation sur le terrain et notamment élaborer des recommandations et accompagner les réorganisations nécessaires.

Parmi les organisations mises en place sur les territoires, on a observé le redéploiement des professionnels sur différents postes avec la mise en place de formations accélérées, le renforcement ou la mise en place de nouvelles coopérations, par exemple avec la mise en place d'équipes pluridisciplinaires (coopérations entre équipes de psychiatrie et équipes somatiques).

Concernant la prise en charge en ambulatoire, les adaptations ont été mises en place en veillant au maintien du lien avec les patients / résidents et leurs aidants, au soutien des soignants et des professionnels du médico-social. La mise en œuvre d'interventions à domicile a pris diverses formes : visites à domicile (VAD), équipes mobiles, interventions intensives (HAD) à domicile, en EHPAD, en établissements et services médico-sociaux... La réponse multimodale en ambulatoire a été développée en mobilisant tous les outils disponibles (consultations téléphoniques, télémedecine, VAD, soutien aux partenaires...).

¹ Ressource : Des retours d'expériences de la crise du Covid-19 dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie, Rapport d'analyse, Ministère des Solidarités et de la Santé, Octobre 2020

Exemples de dispositifs mis en place au niveau régional

- Centre Hospitalier de l'Estran : réorganisation des activités (création d'une unité Covid de 12 lits), développement des téléconsultations, des suivis téléphoniques et des visites à domicile, mise en place d'outils de communication entre patients/résidents/familles, accompagnement des situations de violences faites aux femmes...
- Centre hospitalier du Rouvray : création d'une unité Covid + et d'un lit Covid pour détenu, mise en place d'une équipe de préleveurs et mise en place de téléconsultations en pôles de psychiatrie adultes et en Maison des adolescents.
- Centre hospitalier de Flers : maintien du lien et du soin pour les personnes concernées et leurs aidants (ambulatoire adapté multimodal renforcé).
- Association Bon Sauveur : interventions à domicile déployées auprès des enfants et des familles, dans les unités MCO et/ou en ESMS en mode multimodal.

Dans le contexte de forte adaptation provoqué par la crise sanitaire, les coopérations entre acteurs sont essentielles. L'existence d'organisations en place (telle que les Conseils locaux de santé mentale CLSM) auront facilité la construction de réponses adaptées, grâce à l'interconnaissance préalable des acteurs. Les dispositifs mis en œuvre ont ouvert de nouvelles perspectives de transformation des offres en santé mentale dans les territoires.

Exemples de dispositifs mis en place au niveau national

- Un numéro vert d'appel téléphonique (0 800 130 000) a été mis en place par le gouvernement pour un soutien psychologique.
- Une application et un site web (StopBlues) développés par l'Inserm pour connaître les signes du mal-être, en comprendre les causes et trouver des solutions, ont été valorisés.
- Par un recensement des dispositifs d'aide mis en place aux niveaux national et local, une plate-forme (www.solidaires-handicaps.fr) destinée aux personnes en situation de handicap, aux aidants et aux professionnels doit permettre de trouver rapidement des solutions adaptées à proximité.
- Psycom, l'Unafam proposent des lignes d'écoute et de soutien par téléphone pendant l'épidémie de Covid-19

Réflexion pour une actualisation du CLS de la ville de Caen, à la lecture de la crise sanitaire

La ville de Caen dispose d'un CLSM et d'un contrat local de santé (CLS). Ce dernier a été actualisé en 2019. Quatre axes prioritaires sont définis dont un portant sur la santé mentale et le bien-être psychique.

Face au contexte sanitaire lié à l'épidémie Covid-19, la ville de Caen a sollicité l'ORS-CREAI Normandie pour appuyer une réflexion sur l'adaptation des actions de son CLS, notamment celles en lien avec la santé mentale et le bien-être psychique : sont-elles toujours adaptées, doivent-elles être renforcées et si oui de quelle manière ?

Pour répondre à ces questions, un état des connaissances national sur les impacts de cette crise sur la santé mentale et l'organisation d'un atelier d'échanges avec des acteurs locaux ont été menés. Les objectifs de l'atelier étaient de donner la parole aux acteurs locaux afin qu'ils partagent leur expérience, leur vécu et de définir ensemble les besoins et les pistes d'actions à mettre en œuvre sur le territoire caennais.

Les résultats de ces travaux ont été partagés avec les membres des comités de pilotage du CLS et du CLSM pour qu'ils puissent prioriser et planifier les actions à mettre en œuvre.

Le vécu des usagers de la santé mentale pendant la crise du Covid-19 : Témoignage de l'association Advocacy...

Philippe Guérard, Président d'Advocacy

Céline, Membre d'Advocacy

Présentation de l'association Advocacy et de ses missions

L'association Advocacy est une association d'usagers de la santé mentale, née en 1997 en Basse-Normandie. Elle s'est créée notamment en lien avec l'OMS (Organisation mondiale de la santé), le CCOMS (Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale), l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS). Elle est née dans un contexte de crise sanitaire, marquée par la fermeture d'hôpitaux psychiatriques et révélant un besoin fort d'accompagnement des personnes en souffrance psychique pour faire entendre leur voix.

S'appuyant sur des retours d'expériences européennes (dont l'Italie) et avec l'appui de la Fondation de France, le soutien de la Direction départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) du Calvados, elle a créé le premier espace convivial citoyen (ECC) à Caen en 2001. La loi du 11 février 2005, qui reconnaît la pertinence de ces lieux et préconise la création de Groupes d'entraide mutuelle (GEM), a permis d'assurer la pérennité du financement de ce type de structures. Aussi, d'autres ECC se sont installés à Vire, Lisieux, Granville, entre 2007 et 2017. Ces derniers sont animés par les adhérents d'Advocacy qui sont tous bénévoles, soutenus par un professionnel animateur.

L'association a pour but d'aider les personnes en souffrance psychique à (re)devenir des acteurs sociaux, en s'appuyant sur la philosophie de l'empowerment, c'est-à-dire donner aux usagers le pouvoir d'agir, pour retrouver du pouvoir sur leur vie : l'association est à la fois un lieu pour connaître ses droits, un lieu de ressources et d'entraide pour les usagers, c'est aussi une association militant pour faire entendre la voix des usagers dans les différentes instances.

Pour plus d'informations : <http://www.advocacy-normandie.fr/>

Retour d'expérience sur le vécu d'un usager de la santé mentale, pendant la crise du Covid-19 :

Témoignage de Céline

Céline a 40 ans et est membre d'Advocacy depuis quelques années. Elle a passé un bac commercial et a eu différentes expériences professionnelles (secrétaire médicale, garde d'enfants...). Elle a vécu diverses périodes d'hospitalisation à l'EPSM de Caen. Elle vit seule dans un logement sur Caen.

Le confinement a été difficile à vivre dans les premiers jours : le fait de ne pas pouvoir être libre de sortir était difficile à accepter, il faisait notamment écho à des périodes antérieures passées à l'hôpital. La nécessité de faire une attestation pour sortir générerait une peur, la crainte d'un contrôle des gendarmes, d'une amende... Le fait de vivre dans un petit appartement représentait un poids, renforcé par les nuisances sonores du voisinage.

Après 15 jours passés avec un rythme de journées plutôt désordonné, Céline a réorganisé son temps, se donnant des objectifs pour des choses qu'elle ne faisait pas auparavant (faire du rangement, organiser ses papiers, manger plus sainement...). Après s'être retrouvée « face à soi », elle a fait « le choix de ne pas subir, mais de s'épanouir » : elle a eu le sentiment de revivre.

Le confinement lui a permis de prendre du recul sur sa situation, de se recentrer sur l'essentiel, de réussir à faire des choix pour elle, en se détachant du regard et des attentes de ses parents. Cette période lui a permis de vivre de façon autonome et de faire le point sur ses relations sociales : elle a « coupé le cordon » avec ses parents et a fait le choix de « qui appeler ou ne pas appeler », en cohérence avec elle-même. Elle a aussi fait la connaissance de voisins, avec qui elle n'échangeait pas auparavant.

Parallèlement, elle fait bénéficier de son expérience et de son vécu à d'autres personnes, dans un rôle de pair-aidance auprès d'autres usagers d'Advocacy, notamment avec une jeune fille en difficulté avec ses relations familiales. Elle a pu poursuivre son rôle de représentation auprès de la MDPH via les réunions en visioconférence.

Lors du déconfinement, la situation a été plus compliquée : sortir avec les masques, respecter la distanciation physique est apparu comme très anxiogène et oppressant. Très sensible à ce qui l'entoure, Céline considère que la pandémie a révélé des choses très positives comme la solidarité, l'entraide, la tolérance, mais également des choses négatives : le non-respect des règles, la délation, la violence envers des femmes et des enfants...

A distance de cet épisode, même si elle a traversé quelques périodes de crise, Céline considère que le confinement a été positif pour elle, car il lui a permis de prendre du recul sur sa situation, mettre à distance des relations jugées « toxiques » avec sa famille et affirmer ses choix de façon autonome.

Propositions d'actions pour mieux accompagner les usagers

• Proposition en lien avec ce qui a été mis en place pour accompagner les usagers en région pendant la pandémie de Covid-19

Pendant la période de confinement, les GEM de la région étant fermés, l'association Advocacy a mis en place une ligne téléphonique entre tous les espaces conviviaux citoyens : radio Advocacy. Cette initiative répondait à un besoin de relations sociales, elle a permis de maintenir un lien entre les usagers.

Au-delà de l'expérience mise en place en raison de la pandémie de Covid-19, ce mode de communication représente un moyen de s'ouvrir vers l'extérieur, et l'association souhaiterait maintenir et utiliser cette ligne au-delà de la période de pandémie, pour apporter des informations utiles aux usagers : sur les vaccins contre la Covid-19, sur les tutelles et curatelles par exemple.

• Propositions plus générales

Les usagers aspirent à une vie autonome, mais ne sont pas toujours en capacité de vivre seuls : lors de crises d'angoisse, de périodes de décompensation, de périodes avec des idées suicidaires, ils peuvent se sentir en insécurité s'ils sont isolés. Le milieu familial n'est pas forcément un espace apaisant, le poids des attentes des parents est parfois perçu comme enfermante, l'enfant n'existant que via le prisme de la maladie et de la gestion des troubles, mais pas comme une personne libre de ses envies et de ses choix. L'hospitalisation répond quant à elle à des besoins en cas de crise aiguë.

► Entre milieu familial oppressant et hospitalisation en service de psychiatrie, les personnes présentant des troubles psychiques auraient besoin de disposer d'un lieu d'accueil neutre et sécurisant : un projet de maison de répit serait une réponse adaptée pour répondre à des besoins transitoires. Lieu de vie sociale, communauté d'usagers, ce lieu serait considéré comme une « bulle d'air » pour penser à soi, se ressourcer et se renforcer avant de pouvoir retrouver son domicile.

Point de vue des acteurs du territoire et enseignements des études sur ce point (cf. page 30)

Les acteurs du territoire et les résultats des premières études nationales réalisées sur le confinement ont pu mettre en avant l'aspect protecteur de cette période pour des personnes souffrant de troubles psychiatriques, notamment pour certains patients phobiques sociaux, ayant un trouble du spectre de l'autisme ou souffrant de troubles schizophréniques, pour lesquels les interactions sociales sont sources de stress intense.

Toutefois, les risques d'aggravation à long terme du fait d'une baisse ou d'une rupture brutale des soins pendant cette période et les risques importants relevés lors des périodes de déconfinement ont également été pointés.

La vocation même de l'association Advocacy est de faire entendre la voix des personnes en souffrance psychique, ne pas laisser les autres décider pour elles, pour les rendre acteurs et actrices de leur vie. Les usagers revendiquent d'être considérés comme des adultes non pas des enfants, d'être traités dans la dignité tant dans les procédures de soins que dans leur vie sociale : cela suppose que soient pris en compte leurs besoins, pour leur permettre une vie indépendante.

► Par exemple, dans le cadre des missions de représentation au sein d'instances, l'association souhaite que soient mieux pris en compte les besoins spécifiques des personnes souffrant de troubles psychiques, notamment en termes de rythme (adaptation des horaires ou de la durée des séances de travail) ou de modalités de déplacement (réponse au problème de transport pour se rendre sur les lieux de réunion).

OFFRE RÉGIONALE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS

- Une organisation de l'offre en **7 secteurs de psychiatrie** en Normandie.
- Une capacité totale d'accueil de **3 610 places en psychiatrie générale** en 2019.
- **4 800 professionnels** exerçant en établissement de santé en psychiatrie générale, dont **95 %** de professionnels non médicaux.
- Une capacité totale d'accueil de **650 places en psychiatrie infanto-juvénile** en Normandie en 2019.
- **1 180 professionnels** exerçant en établissement de santé en psychiatrie infanto-juvénile, dont **94 %** de professionnels non médicaux.
- Une accessibilité de l'offre d'hospitalisation à temps plein nettement moins favorable en Normandie qu'au plan national.
- Des densités de professionnels de santé libéraux et mixtes globalement inférieures en région qu'au plan national.

SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

- Environ **10 200 jeunes normands pris en charge** pour cause de maladie psychiatrique en 2017.
- Parmi les moins de 20 ans, **6 760 Affections psychiatriques de longue durée en cours** en 2017.
- Un taux de recours à un psychiatre nettement plus faible en Normandie qu'en France.
- Des prises en charge en établissement de santé en psychiatrie réalisées majoritairement en ambulatoire.
- Des **taux d'hospitalisation pour tentative de suicide** particulièrement élevés dans la région.
- Une **consommation de psychotropes particulièrement élevée** chez les 0-17 ans en Normandie.

SANTÉ MENTALE DES ADULTES

- **94 500 adultes pris en charge** pour cause de maladie psychiatrique en Normandie en 2017.
- Près de **51 000 ALD pour cause d'affection psychiatrique** chez les adultes normands.
- Une **espérance de vie plus faible** parmi les personnes suivies pour troubles psychiques.
- Des **décès pour cause de suicide ou troubles mentaux plus fréquents** en Normandie qu'en France.
- Un taux de recours aux psychiatres libéraux plus faible en Normandie qu'en France.
- Des taux de recours en établissement de santé pour motif psychiatrique, plus élevés en Normandie qu'en France, particulièrement dans les départements de la Manche puis de l'Orne.
- Des **recours en établissement de santé pour tentative de suicide** plus élevés en Normandie qu'en France.
- Un niveau de recours aux soins ou à l'hospitalisation sans consentement légèrement plus élevé en région qu'en France.
- Une **importante consommation de psychotropes** chez les adultes en Normandie.

SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES

- **Près de 37 000 personnes âgées prises en charge** pour cause de maladie psychiatrique en 2017.
- **Plus de 18 600 ALD pour cause d'affection psychiatrique** en 2017, chez les personnes âgées de 65 ans et plus.
- Des décès pour cause de troubles mentaux particulièrement fréquents chez les personnes âgées.
- Un taux de recours aux psychiatres libéraux plus faible en Normandie qu'en France.
- Un recours des personnes âgées aux soins psychiatriques plus important en Normandie.
- Des **hospitalisations pour cause de suicide des personnes âgées plus fréquentes** en Normandie.
- Un **niveau de consommation de psychotropes élevé** chez les normands âgés de 65 ans et plus.

Copyrights
© Adobe InDesign
© Adobe Illustrator

Crédit image couverture
Shutterstock



Association ORS-CREAI Normandie
Observatoire régional de la santé

Espace Robert Schuman
3 place de l'Europe
14 200 Hérouville-Saint-Clair
Tél : 02 31 75 15 20 - Mail : contact@orscreainormandie.org
Site Internet : www.orscreainormandie.org

Directeur de la publication
M. Pierre-Jean LANCERY, Président de l'ORS-CREAI Normandie

Coordination de la publication
Annabelle YON, ORS-CREAI Normandie

Réalisation et maquettage de la publication
Sylvie LE RÉTIF, Noémie LEVEQUE-MORLAIS,
Lucie LECHAT, Marine GUILLON, ORS-CREAI Normandie

Pour en savoir plus
s.leretif@orscreainormandie.org