

Marie-Cécile Goupil, Françoise Lelièvre, Dr Nicolas Mauduit, Dr Anne Tallec, François Tuffreau

La santé mentale en Mayenne

Principaux éléments d'observation

Syndicat Inter Hospitalier
en santé mentale
de la Mayenne

Observatoire régional
de la santé
des Pays de la Loire



Sommaire

Introduction.....	4
1ère partie : Faits marquants	5
2ème partie : Eléments concernant la santé mentale des jeunes de la Mayenne	9
21 - Profil de santé de Duke.....	9
22 - Idées suicidaires et tentatives de suicide	11
23 - Consommation de psychotropes.....	15
24 - Consommation d'alcool et de cannabis	16
3ème partie : Eléments concernant la fréquence des pathologies mentales en Mayenne.....	22
31 - Admissions en affection de longue durée pour pathologie mentale.....	23
32 - Décès liés aux troubles mentaux	27
33 - Mortalité par pathologie liée à une consommation excessive d'alcool.....	31
34 - Mortalité par suicide en Mayenne	35
4ème partie : Travail et santé mentale.....	39
41 - Les affections mentales à caractère professionnel en Pays de la Loire	39
42 - Les admissions en invalidité pour pathologie mentale.....	41
5ème partie : Les soins en santé mentale	43
51 - Les soins en médecine générale	43
52 - Les soins en psychiatrie libérale.....	44
53 - Les soins en secteurs de psychiatrie	45
54 - Les soins dans les structures gérées par le Syndicat Inter Hospitalier (Sih)	50
55 - Hospitalisations en unités de soins de courte durée	53
56 - Prise en charge de populations spécifiques	54
Bibliographie	57
Annexe	59

Cette étude a bénéficié de la collaboration de nombreux professionnels qui ont participé notamment à la mise à disposition des données et à leur analyse.

Nous souhaitons en particulier remercier les personnes suivantes :

Dr Gilles Basset de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie des Pays de la Loire

Dr Isabelle Helleux de la Mutualité sociale agricole de la Mayenne

Dr Jean-Claude Lavandier du centre hospitalier de Nord Mayenne

Mme Viviane Massinon du service statistique de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales des Pays de la Loire

Dr Bernard Pichon de l'Echelon local du service médical de la Mayenne

Dr André Pouliquen du centre hospitalier de Nord Mayenne

Mme Marie-Claude Racin du Syndicat inter hospitalier en santé mentale de la Mayenne

Dr Annie Touranchet de l'Inspection médicale des Pays de la Loire

Dr Robert Vegas de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de la Mayenne

Introduction

Ce document a pour objectif de rassembler et d'analyser, à la demande du syndicat inter hospitalier en santé mentale de la Mayenne, les données disponibles concernant la santé mentale des habitants du département.

La première partie présente les éléments les plus marquants de ce document.

Dans sa deuxième partie, sont rapportés les résultats concernant la santé mentale, les conduites suicidaires et les consommations d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes des jeunes mayennais, issus de l'enquête Baromètre santé menée en 2003 auprès d'un échantillon de 12-25 ans du département.

Sont ensuite analysées dans la troisième partie les données concernant les admissions en affection de longue durée par les trois principaux régimes d'assurance maladie, qui permettent d'approcher l'incidence des affections mentales graves, nécessitant un traitement long et coûteux.

Les données de mortalité par troubles mentaux, par pathologies liées à la consommation excessive d'alcool et par suicide, également présentées dans ce chapitre, offrent un regard moins direct sur la fréquence des troubles mentaux, mais permettent une analyse comparative de la situation en Mayenne par rapport à la moyenne nationale et des évolutions observées au cours des vingt dernières années.

La quatrième partie est consacrée au champ du travail et de la santé mentale, et présente les informations concernant les troubles mentaux issues de l'enquête menée en 2003 dans la région sur les maladies à caractère professionnel, ainsi que les données sur les admissions en invalidité pour affection psychiatrique.

Dans la dernière partie sont rassemblées à la fois les données sur les ressources sanitaires et sur les recours aux soins, aussi bien en médecine libérale qu'en établissement de santé. Ce chapitre comprend également des données sur la situation comparative de la Mayenne en matière d'équipements pour personnes âgées et pour personnes handicapées.

PREMIÈRE PARTIE

Faits marquants

1.1 - Eléments concernant la santé mentale des jeunes

- En 2003, en Mayenne, les scores de santé mentale du profil de santé de Duke des jeunes de 12 à 25 ans sont moins favorables chez les filles que chez les garçons, notamment entre 15 et 17 ans. Cette situation est comparable à celle observée au plan national en 2000.

En 2003, d'après les déclarations des jeunes mayennais de 12 à 25 ans, les scores de santé mentale ainsi que d'estime de soi, d'anxiété et de dépression ne seraient pas influencés par les caractéristiques sociodémographiques de la famille. Par contre, ces scores semblent en rapport avec la communication des jeunes au sein de leur famille ou avec leur entourage, ainsi qu'avec leur rapport avec l'école.

- 7 % des jeunes mayennais déclarent avoir pensé au suicide au cours de l'année passée et 4 % avoir tenté de se suicider au cours de leur vie. Cette situation est proche de celle observée au niveau national en 2000.

D'après les déclarations des jeunes Mayennais, ces conduites suicidaires sont peu influencées par les caractéristiques sociodémographiques de la famille mais semblent varier avec la communication des jeunes avec leur famille ou leur entourage ainsi qu'avec leur rapport à l'école.

35 % des jeunes mayennais déclarant avoir eu des pensées suicidaires disent en avoir parlé à quelqu'un.

26 % des jeunes mayennais qui ont déjà fait une tentative de suicide, déclarent avoir été hospitalisés, 31 % déclarent avoir été suivis par un médecin ou un professionnel de l'aide psychologique et 48 % déclarent en avoir parlé à une autre personne.

- En 2003, 7 % des jeunes mayennais déclarent avoir pris ce qu'ils considèrent comme des tranquillisants ou des somnifères au cours des 12 derniers mois. Cette situation est proche de celle observée au plan national en 2000.

En 2003, 2,5 % des jeunes mayennais déclarent avoir pris ce qu'ils considèrent comme des antidépresseurs au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est moins élevée que celle observée au plan national en 2000 (4,4 %).

- En Mayenne, 7 % des jeunes de 12 à 14 ans déclarent avoir consommé de l'alcool une ou plusieurs fois par semaine au cours de 12 derniers mois et 19 % en avoir consommé une fois par mois.

En 2003, 32 % des jeunes hommes mayennais de 18 à 25 ans déclarent avoir consommé plus de 5 verres d'alcool le samedi précédant l'enquête contre 21 % en France en 2000 et 68 % déclarent avoir été ivres dans l'année, pour 52 % en France. Chez les jeunes femmes, les habitudes de consommation importante et leurs conséquences en termes d'ivresse ne sont pas différentes de la moyenne nationale.

En 2003, l'expérimentation et l'usage répété de cannabis concernent respectivement 62 % et 29 % des jeunes hommes de 18 à 25 ans en Mayenne. Ces proportions sont plus élevées que celles observées au plan national en 2000 (respectivement 53 % et 20 %).

1.2 - Eléments concernant la fréquence des pathologies mentales en Mayenne

- En Mayenne, environ 750 personnes ont été admises en affection de longue durée pour pathologie mentale en moyenne chaque année sur la période 2001-2003.

La fréquence des admissions en ALD n'est pas statistiquement différente en Mayenne de celle observée au niveau national.

A structure d'âge identique, les admissions en ALD pour troubles mentaux en Mayenne sont plus fréquentes chez les femmes.

Depuis 2001, les admissions pour ALD pour troubles mentaux en Mayenne comme dans la région des Pays de la Loire, sont en augmentation, notamment pour les troubles mentaux organiques.

- En Mayenne, pour la période 1998-2000, la mortalité par troubles mentaux (hors suicide) n'est pas différente de la moyenne nationale.

Au cours de la période 1998-2000, les taux de mortalité pour troubles mentaux (hors suicide) en Mayenne augmentent fortement avec l'âge. A tout âge, ces taux sont plus élevés chez l'homme que chez la femme, sauf au-delà de 85 ans.

- Les psychoses alcooliques et le syndrome de dépendance alcoolique, les cirrhoses du foie et les cancers des voies aéro-digestives supérieures sont à l'origine de 105 décès par an en Mayenne au cours de la période 1998-2000.

En Mayenne, au cours de la période 1998-2000, la mortalité pour deux des principales causes de mortalité directement liées à l'alcool (cirrhose du foie et psychose alcoolique et alcoolisme), n'est pas différente de la moyenne nationale.

80 % des décès liés directement à l'alcool concernent des hommes.

En Mayenne comme en France, la mortalité directement liée à l'alcool est en net recul depuis les deux dernières décennies. La baisse est de 50 % pour la mortalité par cirrhose alcoolique (pour 51 % en France) et de 56 % pour la mortalité par psychose alcoolique (pour 33 % en France).

- Au cours de la période 1998-2000, 83 habitants de la Mayenne se sont suicidés en moyenne chaque année.

En Mayenne, par rapport à la moyenne nationale, la surmortalité par suicide atteint 52 % chez les hommes et de 81 % chez les femmes.

71 % des suicides en Mayenne concernent des hommes.

La fréquence des décès par suicide augmente, en Mayenne comme en France, entre 15 et 45 ans, et reste relativement constante jusqu'à 65 ans puis augmente fortement au-delà.

Par ailleurs, le suicide constitue une cause de décès importante chez les personnes jeunes. En Mayenne, il est responsable de 12 % des décès avant 65 ans et est la première cause de mortalité avant cet âge.

Depuis le début des années 80, la mortalité par suicide en Mayenne a connu une baisse moyenne annuelle de -0,4 % chez les hommes et de -0,7 % chez les femmes (pour respectivement -1 % et -1,4 % en France).

1.3 - Les soins en santé mentale

- En Mayenne, le nombre de généralistes libéraux (omnipraticiens) par habitant (79 pour 100 000) est inférieur de 23 % par rapport à la moyenne France métropolitaine et de 16 % par rapport à la moyenne régionale. La Mayenne a la plus faible densité médicale de France (avec la Seine-Saint-Denis et l'Oise).

Le nombre moyen d'actes par généraliste est supérieur en Mayenne de 26 % par rapport à la moyenne française.

- Le nombre de psychiatres libéraux par habitant en Mayenne (5 pour 100 000) est inférieur de moitié à la valeur moyenne française (10 pour 100 000).

La densité de psychiatres de secteur de psychiatrie générale comme de psychiatrie infanto-juvénile était inférieure en 2000 de plus de 20 % par rapport à la moyenne nationale.

- En psychiatrie générale, au 1/01/2004, le taux d'équipement en lits et places est pratiquement identique en Mayenne, dans la région et au niveau national. Par contre, en psychiatrie infanto-juvénile, le taux départemental est inférieur de moitié au taux national.

- En 2003, la file active est de 5 654 patients en psychiatrie générale et de 1 768 patients en psychiatrie infanto-juvénile.

En 2000, en Mayenne, le taux de recours en psychiatrie générale (23,8 patients pour 1 000 habitants de 20 ans et plus) était très proche de la moyenne régionale (23) et inférieur de 9 % à la moyenne nationale (26,3).

En 2000, le taux de recours en psychiatrie infanto-juvénile (21,1 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans) est inférieur au taux national (27,4) comme au taux régional (23,5).

En 2003, pour les secteurs de psychiatrie générale de la Mayenne, 23 % de la file active a été prise en charge à temps complet, 9 % à temps partiel et 85 % en ambulatoire.

Pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de la Mayenne, en 2003, 3 % de la file active a été prise en charge à temps complet, 10 % à temps partiel et 99 % en ambulatoire.

En 2002, le taux de recours en hospitalisation en unité de soins de courte durée pour troubles mentaux est supérieur de 57 % à la moyenne française.

- En 2003, le taux de recours en hospitalisation en unité de soins de courte durée (MCO) pour troubles mentaux des habitants du territoire de santé de Laval est deux fois plus important que la moyenne nationale. Dans le territoire de Château-Gontier, ce taux est supérieur de 76 % par rapport à la valeur moyenne. En revanche, dans le territoire de santé de Mayenne, où était implanté le CHS, les séjours en MCO pour ces motifs sont aussi fréquents qu'au plan national.

DEUXIÈME PARTIE

Eléments concernant la santé mentale des jeunes de la Mayenne

Une enquête sur la santé des jeunes a été menée dans le département en 2003 à la demande de la DDASS. Elle apporte un certain nombre d'éléments sur la santé ressentie ainsi que sur les comportements et habitudes de vie des 12-25 ans du département, qui peuvent dans certains cas être considérés comme des révélateurs de problèmes de santé mentale des jeunes, ou qui sont susceptibles, s'ils se pérennisent, de conditionner leur état de santé futur.

2.1 - Profil de santé de Duke

Les réponses des jeunes à une quinzaine de questions permettent d'établir les différents scores du profil de santé de Duke, qui concernent la santé physique, la santé mentale, la santé sociale, la santé perçue, l'estime de soi, l'anxiété et la dépression.

Seuls sont analysés ci-après les scores de santé mentale, d'estime de soi, d'anxiété et de dépression, regroupés parfois par commodité sous l'appellation scores de santé psychique.

Des scores de santé mentale moins favorables chez les filles, notamment entre 15 et 17 ans

Les scores des 12-25 ans du département ne sont pas différents en 2003 de ceux observés au niveau national en 2000 pour toutes les dimensions, sauf pour la santé perçue, dont le score apparaît plus favorable pour les jeunes mayennais.

Comme en France et dans la région, les scores de santé des filles, et notamment les scores de santé mentale sont moins bons que ceux des garçons, et se dégradent de façon sensible entre 15 et 17 ans (voir fig. 2.1 et 2.1 bis).

Fig2.1 Scores moyens de l'échelle de Duke chez les jeunes de 12 à 25 ans selon le sexe

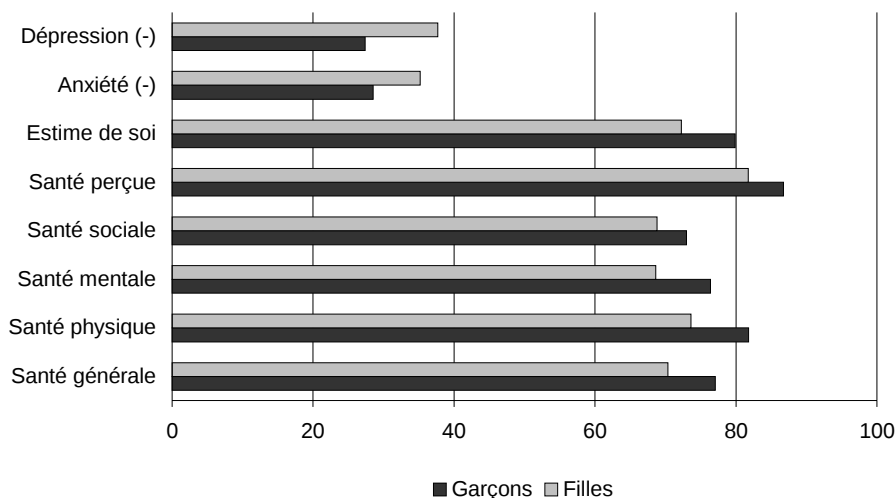
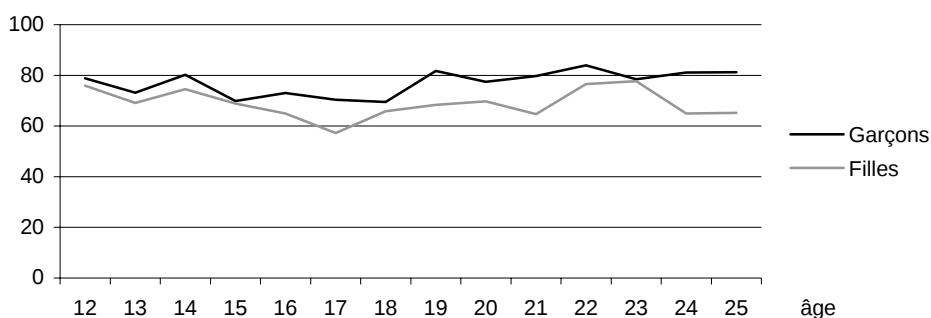


Fig2.1bis Evolution du score de santé mentale selon l'âge chez les garçons et chez les filles



Source : Enquête Santé des jeunes en Mayenne. ORS Pays de la Loire, 2003.

Eléments méthodologiques

L'enquête santé des jeunes en Mayenne a été réalisée à la demande de la DDASS de ce département par l'Observatoire régional de la santé, selon le protocole des Baromètres Santé développé en France par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé depuis le début des années 2000.

L'enquête a été menée en février 2003 auprès d'un échantillon de 1 000 jeunes âgés de 12 à 25 ans. Les données ont été recueillies lors d'un entretien téléphonique. Les questions posées ont été extraites du Baromètre santé national et portaient sur la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis, les prises de risque, les conduites suicidaires et la qualité de vie. Le protocole détaillé et l'ensemble des résultats ont fait l'objet d'un rapport d'étude largement diffusé dans le département. Ce rapport peut également être consulté sur le site <http://www.sante-pays-de-la-loire.com>.

Les résultats de cette enquête ont été comparés avec les résultats nationaux et régionaux des Baromètres santé 2000. Certains écarts doivent cependant être interprétés avec précaution, l'enquête auprès des jeunes de la Mayenne ayant été réalisée 3 années après les enquêtes nationale et régionale, ils peuvent résulter d'évolutions survenues pendant cette période.

Des scores de santé psychique pas influencés par les caractéristiques sociodémographiques de la famille, mais en lien avec la communication et le rapport à l'école

Les scores de santé mentale, d'estime de soi, d'anxiété et de dépression des jeunes mayennais ne varient pas de façon significative en fonction du lieu de résidence, urbain ou rural, de la composition de la famille, nucléaire ou monoparentale, ou de la catégorie socioprofessionnelle du chef de famille.

Par contre la dimension de dialogue, au sein de la famille ou avec l'entourage influence fortement ces différents scores. Ainsi, les jeunes qui considèrent qu'il est « difficile ou très difficile pour eux de parler à leur mère de choses qui les préoccupent vraiment » ont des scores de santé mentale, d'anxiété, de dépression et d'estime de soi moins favorables que ceux qui ne se sentent pas dans cette situation.

Il en est de même pour les jeunes qui, lorsqu'ils se disputent avec un ami, déclarent « ne pas chercher de réconfort auprès de leur famille ou d'un adulte », ou bien disent « ne pas raconter ce qu'ils ressentent à un ami ».

Les relations entre le rapport à l'école et la santé psychique apparaissent également très clairement : les jeunes mayennais scolarisés âgés de 12 à 19 ans qui déclarent ne pas aimer l'école ou les études suivies, ceux qui déclarent être arrivés en retard en classe au moins trois fois au cours des 12 derniers mois, et ceux qui déclarent avoir séché les cours au moins une fois au cours des 12 derniers mois, ont des scores de santé mentale, d'anxiété, de dépression et d'estime de soi moins favorables que les jeunes qui ne se déclarent pas dans ce cas.

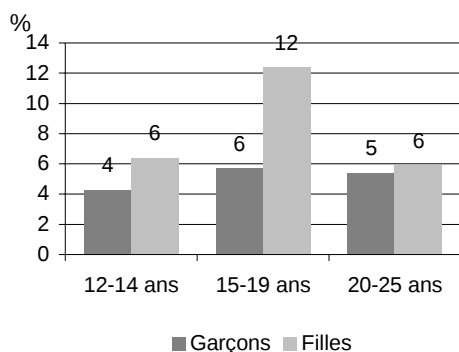
2.2 - Idées suicidaires et tentatives de suicide

Dans l'enquête, les conduites suicidaires des jeunes mayennais ont été explorées à travers des questions portant d'une part sur les pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, d'autre part sur les tentatives de suicide au cours de la vie.

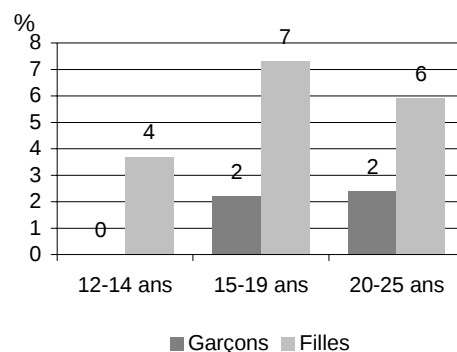
7 % des jeunes mayennais déclarent avoir pensé au suicide au cours de l'année passée et 4 % avoir tenté de se suicider au cours de leur vie

8 % des filles de 12-25 ans et 5 % des garçons déclarent avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois, l'enquête ne permettant pas d'étudier le caractère plus ou moins élaboré de ces pensées ni leur récurrence.

Chez les filles, la fréquence des pensées suicidaires augmente fortement entre 12-14 ans et 15-19 ans, puis diminue au-delà. Chez les garçons, la proportion de jeunes concernés reste stable (voir fig.2.2).

Fig2.2 Jeunes déclarant avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge

Source : Enquête Santé des jeunes en Mayenne.
ORS Pays de la Loire, 2003.

Fig2.3 Jeunes déclarant avoir déjà tenté de se suicider au cours de leur vie selon le sexe et l'âge

Source : Enquête Santé des jeunes en Mayenne.
ORS Pays de la Loire, 2003.

6 % des filles de 12-25 ans et 2 % des garçons déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (voir fig. 2.3). La notion explorée est celle des tentatives de suicide déclarées par les jeunes, ce qui conduit à prendre en compte des gestes de nature et de gravité très différentes. Certains peuvent être passés inaperçus de l'entourage alors que d'autres ont pu donner lieu à une hospitalisation. Cette approche est cohérente avec les conceptions actuelles, puisque l'on considère aujourd'hui que la gravité du geste ne réside pas seulement dans l'importance des lésions ou la force de l'intentionnalité, mais aussi dans la signification que lui donne l'adolescent.

Les récidives concernent une proportion importante de ces jeunes puisque 65 % des jeunes suicidants déclarent une seule tentative, 18 % en déclarent deux et 15 % trois ou plus.

Une situation proche de celle observée au plan national

La proportion de jeunes de 12-25 ans de la Mayenne déclarant avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois n'est pas significativement différente de celle observée au plan national en 2000. La même situation se retrouve pour les tentatives de suicide au cours de la vie.

Ce constat peut être mis en regard de la mortalité par suicide, qui est par contre significativement supérieure à la moyenne nationale dans le département depuis de nombreuses années, avec une surmortalité qui se retrouve dans toutes les classes d'âge (voir page 35).

Des scores de santé nettement moins favorables et des consommations de produits plus fréquentes chez les jeunes suicidants

Pour les garçons et pour les filles de 12-25 ans qui ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois ou qui ont déjà tenté de se suicider, les scores de santé du profil de Duke

sont très nettement inférieurs à ceux des autres jeunes et ceci dans toutes les dimensions.

Les jeunes de 15-25 ans qui déclarent une consommation répétée d'alcool sont plus nombreux à avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois (15 % *versus* 6 % pour les autres, à structure par âge et sexe identique), et à avoir déjà tenté de se suicider au cours de la vie (8 % *versus* 3 %).

Les jeunes qui ont un usage répété de cannabis ont plus souvent pensé au suicide (20 % *versus* 5 %) et sont plus souvent déjà passé à l'acte (14 % *versus* 3 %).

Les jeunes fumeurs quotidiens sont également plus fréquemment concernés par les idées suicidaires (12 % *versus* 5 %) comme par les tentatives de suicide (10 % *versus* 2 %).

Des conduites suicidaires peu influencées par les caractéristiques sociodémographiques de la famille

Le lieu de résidence, urbain ou rural, la composition de la famille, nucléaire ou monoparentale, la catégorie socioprofessionnelle du chef de famille n'influencent pas de façon significative la proportion de jeunes qui déclare avoir déjà fait une tentative de suicide.

Le constat est identique pour la proportion de jeunes qui déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, à l'exception de la catégorie socioprofessionnelle du chef de famille.

En effet, 14 % des jeunes dont le chef de famille est "cadre ou de profession intellectuelle supérieure" déclarent avoir pensé au suicide, contre 7 % des jeunes qui ne sont pas dans ce cas. Cet écart n'est pas statistiquement significatif, mais il est intéressant à mentionner car il se retrouve de façon significative au plan national.

Des liens très nets entre le rapport à l'école et les idées et tentatives de suicide

Par contre, les conduites suicidaires paraissent plus fréquentes pour les jeunes qui déclarent un rapport difficile avec l'école que pour les autres.

Les jeunes de 12-19 ans scolarisés qui déclarent ne pas aimer beaucoup ou pas du tout l'école ou les études suivies déclarent plus fréquemment avoir pensé au suicide (22 % *versus* 5 %, à structure par âge et sexe identique) et à avoir déjà tenté de se suicider (15 % *versus* 3 %).

La même situation s'observe pour ceux qui déclarent avoir séché un cours (respectivement 29 % *versus* 6 % et 26 % *versus* 3 %).

Il en va de même pour ceux qui déclarent être arrivés en retard en classe trois fois ou plus au cours des douze derniers mois (respectivement 12 % *versus* 6 % et 6 % *versus* 3 %). Ce dernier écart n'est pas statistiquement significatif, mais il est intéressant à mentionner car il se retrouve de façon significative au plan national.

Enfin, les jeunes de 12-25 ans qui déclarent avoir fait quelque chose de risqué au cours des trente derniers jours par plaisir ou par défi sont plus nombreux à déclarer avoir

pensé au suicide (29 % *versus* 6 % pour les autres) et à avoir déjà fait une tentative de suicide (18 % *versus* 3 %).

Les jeunes qui ont eu des accidents à plusieurs reprises au cours des douze derniers mois sont également plus nombreux à avoir déjà tenté de se suicider.

Des relations entre communication avec l'entourage et pensées suicidaires

Les pensées suicidaires apparaissent plus ou moins fréquentes selon la façon dont le jeune perçoit l'attitude de ses parents à son égard, notamment en termes de valorisation et de dialogue. Les 12-19 ans qui ne se sentent pas valorisés par leurs parents sont plus nombreux à penser au suicide (12 % *versus* 5 %).

La même situation s'observe pour les jeunes qui considèrent qu'il est difficile ou très difficile pour eux de parler à leur mère de choses qui les préoccupent vraiment (13 % *versus* 7 %) et pour ceux qui, lorsqu'ils se disputent avec un ami, ne cherchent pas de réconfort auprès de leur famille ou d'un adulte (11 % *versus* 5 %).

Par contre, les écarts observés pour les tentatives de suicide ne sont pas statistiquement significatifs.

L'influence de l'attitude des parents et des relations avec ces derniers doivent bien sûr être interprétées avec prudence en raison des limites qu'il y a à vouloir décrire l'attitude des parents à partir de quelques questions, mais aussi de la complexité à interpréter la perception déclarée par les jeunes.

Des consommations de médicaments psychotropes plus fréquentes chez les jeunes suicidants

Le fait de penser au suicide ou d'avoir déjà tenté de se suicider est plus fréquent chez les jeunes de 12-25 ans qui ont consommé des antidépresseurs au cours des douze derniers mois (respectivement 20 % *versus* 6 % pour les pensées suicidaires et 21 % *versus* 3 % pour les tentatives de suicide). Le fait d'avoir pris des tranquillisants ou des somnifères apparaît également lié au fait d'avoir pensé au suicide (20 % *versus* 6 %).

Repérage et prise en charge

Favoriser l'expression des idées suicidaires constitue un axe essentiel du repérage et de la prise en charge des conduites suicidaires.

35 % des jeunes qui déclarent avoir eu des pensées suicidaires disent en avoir parlé à quelqu'un. Le faible nombre de jeunes concernés ne permet pas une analyse détaillée de leurs interlocuteurs, mais les personnes les plus fréquemment citées sont dans la majorité des cas des amis du même sexe (4 fois sur 10).

Les jeunes qui déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide ont été interrogés sur la prise en charge dont ils ont bénéficié lors de cette tentative ou, pour ceux qui en ont fait plusieurs, lors de la dernière d'entre elles. 26 % des jeunes concernés déclarent avoir été

hospitalisés, 31 % déclarent avoir été suivis par un médecin ou par un professionnel de l'aide psychologique, et 48 % déclarent en avoir parlé à une autre personne.

2.3 - Consommation de psychotropes

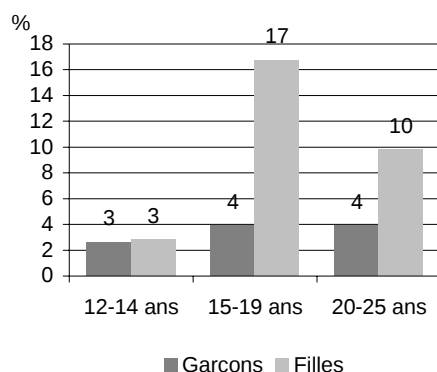
Une consommation déclarée de « tranquillisants » et de « somnifères » qui concerne une proportion notable de 12-25 ans

7 % des mayennais de 12-25 ans déclarent avoir pris des tranquillisants ou des somnifères au cours des douze derniers mois, soit un pourcentage proche de la moyenne nationale. Sur les 30 jours précédant l'enquête, 2 % déclarent en avoir consommé au moins une fois par semaine et 0,8 % quotidiennement ou presque.

Les produits concernés sont ceux qui sont considérés comme tranquillisants ou somnifères par les jeunes, et il peut s'agir dans certains cas des médicaments qui n'appartiennent pas réellement à cette classe thérapeutique. En effet, si la dernière fois qu'ils ont été consommés, ces produits ont été prescrits par un médecin dans 63 % des cas, les jeunes se les sont procurés directement auprès du pharmacien dans 8 % des cas, « directement auprès de quelqu'un d'autre » dans 8 % des cas, et ont utilisé des produits prescrits à un autre membre de leur famille dans 7 % des cas.

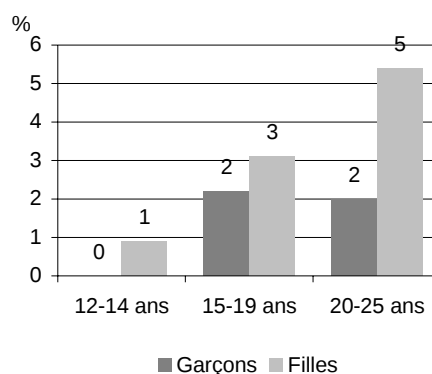
Les filles déclarent avoir pris des tranquillisants ou des somnifères au cours des douze derniers mois trois fois plus souvent que les garçons (11 % *versus* 3 %) (voir fig. 2.4). Cette consommation apparaît précocement puisque 3 % des garçons et 3 % des filles de 12-14 ans sont concernés. Cette fréquence augmente fortement chez les filles à partir de 15 ans (17 % chez les 15-19 ans, 10 % chez les 20-25 ans).

Fig2.4 Consommation de tranquillisants ou de somnifères au cours des 12 derniers mois selon l'âge



Source : Enquête Santé des jeunes en Mayenne. ORS Pays de la Loire, 2003.

Fig2.5 Consommation d'antidépresseurs au cours des 12 derniers mois selon l'âge



Source : Enquête Santé des jeunes en Mayenne. ORS Pays de la Loire, 2003.

Une consommation d'antidépresseurs déclarée moindre qu'au niveau national

2,5 % des 12-25 ans habitant en Mayenne déclarent avoir pris des antidépresseurs au cours des douze derniers mois. Cette proportion est moins élevée que celle observée au plan national (2,7 % *versus* 4,4%, à structure par âge et sexe identique).

La proportion de consommateurs déclarés d'antidépresseurs est plus élevée chez les filles que chez les garçons (3,5 % *versus* 1,6 %, l'écart n'est pas statistiquement significatif, mais cela est peut-être lié à la puissance de l'enquête car il est significatif au plan national en 2000).

Cette proportion augmente avec l'âge passant de 0,4 % chez les 12-14 ans à 3,9 % chez les 20-25 ans (voir fig. 2.5).

Des liens entre consommation de psychotropes et scores du profil de Duke mais pas avec les caractéristiques sociodémographiques de la famille

Les jeunes qui déclarent avoir consommé des tranquillisants ou des somnifères, des antidépresseurs au cours des douze derniers mois ont de moins bons scores de santé ressentie que les autres et ceci dans l'ensemble des dimensions du profil de Duke.

Il n'apparaît pas de différence statistiquement significative concernant la consommation déclarée des médicaments psychotropes selon le type de famille dans laquelle vit le jeune (monoparentale/ deux parents), selon la catégorie socioprofessionnelle du chef de famille, ni selon le type de commune de la Mayenne où il habite (urbaine/rurale).

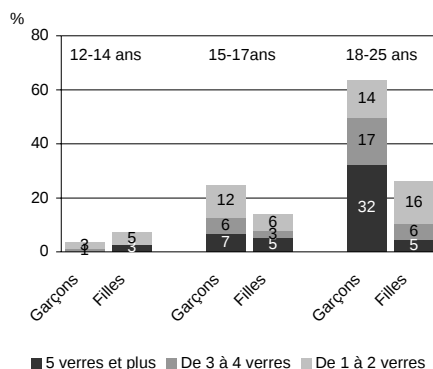
2.4 - Consommation d'alcool et de cannabis

Des consommations d'alcool précoces, régulières et importantes

Si en Mayenne comme en France, la grande majorité des préadolescents sont peu ou pas concernés par la consommation d'alcool, certains d'entre eux déclarent déjà une consommation régulière. Ainsi, en Mayenne, 7 % des jeunes de 12-14 ans déclarent avoir consommé de l'alcool une ou plusieurs fois par semaine au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, et 19 % en avoir consommé une fois par mois.

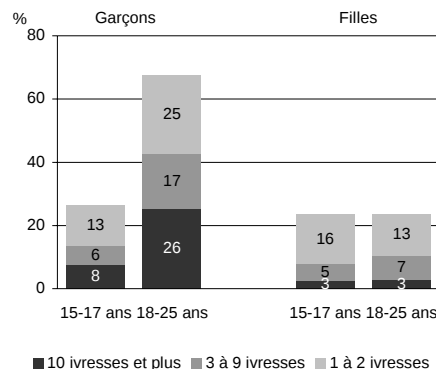
Les habitudes de consommation se développent ensuite progressivement avec l'âge, avec à la fois une proportion croissante de jeunes concernés et des consommations de plus en plus régulières et de plus en plus importantes.

Toutefois, à tout âge, les habitudes des garçons en matière de consommation d'alcool sont beaucoup plus défavorables que celles des filles.

Fig2.6 Nombre de verres d'alcool consommé le samedi selon l'âge et le sexe

Note de lecture : parmi l'ensemble des garçons de 15-17 ans, 7 % déclarent avoir consommé 5 verres d'alcool ou plus le samedi précédant l'enquête

Source : Enquête Santé des jeunes en Mayenne.
ORS Pays de la Loire, 2003.

Fig2.7 Jeunes déclarant avoir été ivres au cours des 12 derniers mois

Source : Enquête Santé des jeunes en Mayenne.
ORS Pays de la Loire, 2003.

La période du week-end se caractérise à la fois par la fréquence et par l'importance des consommations. Le samedi soir précédant l'enquête, les consommations ont dépassé 5 verres d'alcool pour 5 % des filles et 7 % des garçons de 15 à 17 ans, et pour 32 % des garçons de 18 à 25 ans (voir fig. 2.6).

Elles ont même atteint 9 verres ou plus chez 3 % des garçons de 15-17 ans et 13 % des garçons de 18-25 ans.

Ces consommations importantes ont bien sûr un lien direct avec les situations d'ivresse, qui dans le cadre de cette enquête, sont des ivresses ressenties et peuvent donc recouvrir des réalités différentes selon les personnes.

Ainsi 26 % des garçons de 15-17 ans, et 23 % des filles déclarent avoir été ivres au cours des 12 mois précédant l'enquête (voir fig. 2.7). Cette proportion atteint 68 % pour les garçons de 18-25 ans, alors qu'elle ne progresse pas avec l'âge chez les filles (24 % chez les 18-25 ans).

Des habitudes masculines d'alcoolisation particulièrement marquées en Mayenne chez les 18 à 25 ans

Les habitudes de consommation importante et leurs conséquences en termes d'ivresse ne sont pas différentes de la moyenne nationale pour les filles.

Par contre, pour les garçons, et notamment entre 18 et 25 ans, elles apparaissent nettement plus défavorables qu'au plan national en 2000.

En effet, 32 % d'entre eux déclarent avoir consommé plus de 5 verres d'alcool le samedi précédant l'enquête contre 21 % en France.

68 % déclarent avoir été ivres dans l'année dont 44 % à trois reprises ou plus contre respectivement 52 % et 28 % en France.

18 % des 15-25 ans consomment du cannabis de façon répétée et 4 % de façon régulière, les garçons plus souvent que les filles

En Mayenne, comme en France, se voir proposer du cannabis est devenu chose courante pour les jeunes puisque en 2003, 75 % des 18-25 ans sont dans ce cas (51 % pour les 15-17 ans et 8 % pour les 12-14 ans).

L'expérimentation du cannabis, c'est-à-dire le fait d'en avoir consommé au moins une fois au cours de la vie, concerne 42 % des 15-25 ans.

Définitions utilisées pour décrire la consommation de cannabis

Expérimentation : déclarer avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours de la vie

Usage dans l'année : déclarer avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours des douze derniers mois

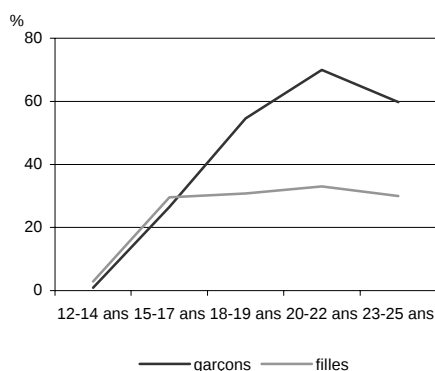
Usage répété : déclarer avoir consommé du cannabis 10 fois et plus au cours des douze derniers mois

Usage régulier : déclarer avoir consommé du cannabis 10 fois et plus au cours des trente derniers jours

Parmi l'ensemble des jeunes de 15-25 ans, 28 % ont consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, dont 18 % de façon répétée avec une consommation supérieure à 10 fois dans l'année. 4 % ont un usage régulier avec plus de 10 consommations au cours du mois précédant l'enquête (voir fig. 2.9).

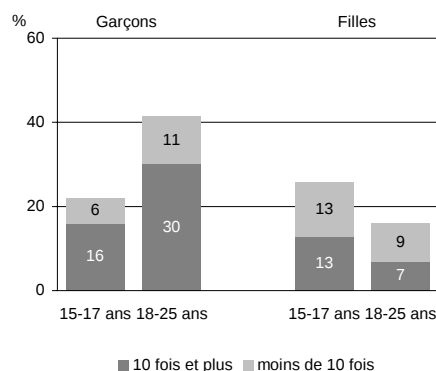
Les garçons de 15-25 ans sont plus souvent expérimentateurs de cannabis que les filles et cette prédominance masculine s'accroît si l'on considère l'usage répété. Ils sont ainsi trois fois plus nombreux à avoir consommé du cannabis plus de 10 fois dans l'année (26 % *versus* 9 %). L'écart entre les deux sexes est encore plus marqué si l'on considère la consommation régulière (6 % *versus* 1 %).

Fig2.8 Expérimentation du cannabis selon l'âge et le sexe



Source : Enquête Santé des jeunes en Mayenne. ORS Pays de la Loire, 2003.

Fig2.9 Proportion de jeunes ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois



Source : Enquête Santé des jeunes en Mayenne. ORS Pays de la Loire, 2003.

Expérimentation et usage répété de cannabis plus répandus chez les garçons de 18-25 ans en Mayenne en 2003 qu'en France en 2000

Les jeunes de la Mayenne apparaissent aussi nombreux à s'être déjà fait proposer du cannabis en 2003 qu'en France en 2000 (68 % *versus* 65 % chez les 15-25 ans).

Le passage à l'expérimentation concerne par contre une proportion de jeunes hommes de 18-25 ans de la Mayenne (62 %) plus élevée que celle observée au plan national (53%). La même situation s'observe pour l'usage répété de cannabis (29 % *versus* 20%). En revanche, il n'apparaît pas de différence pour l'usage régulier.

Chez les filles de 18-25 ans, la situation est analogue à celle observée au plan national pour l'expérimentation et l'usage répété. Par contre, les filles de 18-25 ans de la Mayenne sont moins nombreuses à déclarer un usage régulier de cannabis (1 % *versus* 3 % au plan national).

Ces écarts entre le département et la moyenne nationale doivent toutefois être interprétés avec prudence dans la mesure où l'enquête Mayenne a été réalisée 3 années après le Baromètre santé national. Or, comme le montrent les résultats de plusieurs enquêtes récentes, l'usage de cannabis devient de plus en plus fréquent.

L'expérimentation des drogues dures concerne moins de 2 % des 15-25 ans

L'expérimentation des drogues dures concerne une proportion limitée de jeunes du département. En 2003, environ 2 % des 15-25 ans du département déclarent avoir déjà expérimenté l'ecstasy, ou le LSD et moins de 1 % la cocaïne, les amphétamines ou l'héroïne.

Les substances à inhaler sont plus souvent expérimentées (6 % des jeunes de 15-25 ans interrogés déclarant être dans ce cas), mais leur usage est souvent abandonné puisque leur consommation au cours des 12 derniers mois ne concerne qu'environ 1 % des 15-25 ans.

Enfin, moins de 1 % des jeunes de cette classe d'âge déclarent avoir déjà consommé des médicaments "pour se droguer".

23 % des jeunes de 15 à 25 ans ont un usage répété d'au moins deux substances psychoactives

Près d'un jeune de 15 à 25 ans sur 4 a un usage actuel répété d'au moins deux substances psychoactives (23 %). Les associations sont de types alcool+tabac+cannabis (8 %), tabac+cannabis (3 %), alcool+cannabis (4 %), tabac+alcool (7 %).

Ces habitudes sont plutôt masculines, 33 % des garçons de cette tranche d'âge ont un usage répété d'au moins deux substances *versus* 11 % des filles. La prépondérance masculine de la consommation régulière d'alcool chez les garçons explique l'essentiel de la différence entre les deux sexes.

Le polyusage répété augmente avec l'âge, surtout chez les garçons. Pour ces derniers, la proportion déclarant utiliser de façon répétée au moins deux produits passe de 14 % entre 15 et 17 ans, à 41 % entre 18 et 25 ans. Pour les filles, ces proportions restent stables (respectivement 14 % et 10 %).

La consommation simultanée d'alcool et de cannabis

27 % des jeunes de l'échantillon, âgés de 15 à 25 ans, déclarent avoir déjà pris au cours d'une même occasion de l'alcool et du cannabis.

La consommation simultanée d'alcool et de cannabis augmente avec l'âge (17 % des 15-17 ans étant concernés, 32 % des 18-25 ans), et est plus élevée chez les garçons que chez les filles (38 % *versus* 18 % chez les 15-25 ans).

31 % des jeunes ayant déjà fait un mélange au cours de la vie déclarent l'avoir fait pour rechercher « certains effets ».

La régularité de ces consommations simultanées n'a pas été recensée dans l'enquête.

Un usage répété d'alcool et de cannabis plus ou moins fréquent selon les contextes familiaux...

Les jeunes de 15-19 ans vivant avec leurs deux parents ont moins fréquemment un usage répété de cannabis que ceux vivant dans une structure monoparentale (23 % *versus* 16 % , à structure par âge et sexe identique). Ce dernier écart n'est pas significatif en Mayenne, mais il se retrouve de façon significative au plan national dans l'enquête Baromètre santé 1999-2000.

Les consommations répétées d'alcool et de cannabis sont plus fréquentes dans les groupes sociaux les plus favorisés. Les enfants de 15-19 ans vivant dans un foyer où le chef de famille est cadre ou exerce une profession intellectuelle supérieure sont 25 % à déclarer une consommation répétée d'alcool et 27 % un usage répété de cannabis *versus* respectivement 18 % et 15 % pour ceux dont le chef de famille est agriculteur, ouvrier ou employé. Ces écarts ne sont pas significatifs en Mayenne, mais ils se retrouvent de façon significative au plan national.

Par contre, on n'observe pas de différence dans ce domaine entre les jeunes habitant dans une commune rurale et ceux vivant dans une commune urbaine.

... et les relations entre les jeunes et leurs parents

Les jeunes de 15-19 ans qui, lorsqu'ils se disputent avec un ami, ne cherchent pas de réconfort auprès de leur famille ou d'un adulte sont plus nombreux à déclarer une consommation répétée d'alcool (26 % *versus* 14 %), et un usage répété de cannabis (22% *versus* 13 %). La même tendance s'observe pour ceux qui considèrent qu'il est difficile ou très difficile pour eux de parler à leur mère de choses qui les préoccupent vraiment.

En revanche, il n'apparaît pas de différence de consommation selon la façon dont le jeune de 15-19 ans perçoit l'attitude de ses parents à son égard sur le plan de la valorisation ou de l'autorité au sens large. Ces constats doivent bien sûr être interprétés avec prudence en raison des limites qu'il y a à vouloir décrire les attitudes des parents et les relations qu'ils entretiennent avec leurs enfants à partir de quelques questions, mais aussi de la complexité à interpréter la perception qu'en ont les jeunes.

Des liens entre les consommations répétées d'alcool ou de cannabis et le rapport à l'école

Les consommations répétées d'alcool et de cannabis s'avèrent être liées au rapport que les jeunes entretiennent avec l'école.

Les jeunes de 15-19 ans scolarisés qui déclarent être arrivés en retard en classe trois fois ou plus au cours des douze derniers mois sont plus souvent consommateurs répétés d'alcool (28 % *versus* 15 %) et de cannabis (29 % *versus* 12 %).

Les jeunes qui déclarent avoir séché un cours sont également plus souvent concernés (38 % *versus* 15 % pour l'alcool, et 34 % *versus* 13 % pour le cannabis).

La même tendance se retrouve pour les jeunes qui déclarent ne pas aimer l'école ou les études suivies.

Par contre, les jeunes de 15-18 ans fréquentant un lycée professionnel ne se déclarent pas plus souvent consommateurs répétés d'alcool ou de cannabis.

Enfin, la pratique sportive en club, que celle-ci soit modérée ou intensive, apparaît peu protectrice à l'égard de ces consommations répétées.

Une moins bonne santé ressentie et des consommations de médicaments psychotropes plus fréquentes chez les jeunes qui consomment de façon répétée de l'alcool ou du cannabis

Les 15-25 ans qui déclarent avoir eu recours aux antidépresseurs au cours des 12 derniers mois sont plus fréquemment des consommateurs répétés d'alcool (47 % *versus* 28 %). La même tendance se retrouve pour ceux qui ont consommé des tranquillisants ou des somnifères.

Par ailleurs, les scores de santé mentale, d'anxiété et de dépression du profil de santé de Duke sont plus défavorables chez les jeunes de 15-25 ans qui déclarent un usage répété d'alcool ou de cannabis.

TROISIÈME PARTIE

Eléments concernant la fréquence des pathologies mentales en Mayenne

Il n'existe pas en Mayenne, comme d'ailleurs dans les autres départements français, de données sur la prévalence des pathologies mentales dans la population.

Les seules données départementales actuellement disponibles pour apprécier la fréquence de ces affections sont d'une part les statistiques d'admission en affection de longue durée par les régimes d'assurance maladie, d'autre part les statistiques des causes médicales de décès.

Les statistiques d'admissions en affection de longue durée (ALD) permettent d'estimer l'incidence des pathologies, qui en raison des soins prolongés et coûteux qu'elles nécessitent, permettent aux personnes concernées de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur par leur régime d'assurance maladie.

L'analyse des causes médicales de décès enrichit également le constat épidémiologique local concernant les troubles mentaux. Ces statistiques, établies par le CépiDC de l'INSERM à partir des informations contenues dans le certificat médical de décès, n'apportent pas directement d'information sur la fréquence des pathologies mentales dans le département, en raison de leur caractère le plus souvent chronique et peu létal. Mais elles permettent de construire des indicateurs relativement robustes pour comparer la situation mayennaise à la moyenne française et pour suivre des évolutions au cours des 20 dernières années. Deux indicateurs ont ainsi été étudiés dans le cadre de ce travail : la mortalité par troubles mentaux et la mortalité par pathologies liées à une consommation excessive d'alcool.

Ces statistiques permettent également d'analyser la mortalité par suicide, cause de décès dont le lien avec la santé mentale est très fort.

L'analyse a été réalisée au niveau départemental pour ces 2 types de données et au niveau des territoires de santé pour les seules données de mortalité, les données d'ALD n'étant pas disponibles à ce niveau.

L'interprétation de ces données doit être réalisée en tenant compte de leurs limites (voir encadré page 24 pour les statistiques d'ALD et page 28 pour les causes médicales de décès).

Les pathologies ouvrant droit à exonération du ticket modérateur

Il existe trois catégories d'affections de longue durée pouvant donner lieu, pour le patient qui en est atteint, à une exonération du ticket modérateur :

- *Les affections de la liste ALD 30* sont des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste de 30 affections de longue durée (ALD 30) établie par décret. Deux d'entre elles sont des pathologies mentales : la maladie d'Alzheimer et les autres démences d'une part, les affections psychiatriques de longue durée d'autre part.

- Les affections dites "hors liste" sont des maladies graves de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste des ALD 30, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse.
- Les polyopathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois.

3.1 - Admissions en affection de longue durée pour pathologie mentale

Dans les Pays de la Loire, les données concernant les admissions en ALD des personnes protégées par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes) sont disponibles depuis 1999 grâce à leur exploitation commune réalisée par les services médicaux de l'assurance maladie dans le cadre de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie.

Environ 750 personnes admises en ALD pour pathologie mentale chaque année

En Mayenne, parmi les personnes couvertes par les trois principaux régimes d'assurance maladie qui représentent 98 % de la population du département, 745 ont été admises en affection de longue durée pour trouble mental, en moyenne chaque année au cours de la période 2001-2003.

En 2003, les troubles mentaux représentent dans le département 17 % des motifs d'admissions en ALD sur cette période, au 3ème rang des pathologies les plus fréquemment en cause après les maladies cardio-vasculaires (30 %) et les tumeurs malignes (28 %), et avant le diabète (10 %).

Une fréquence des admissions non significativement différente de la moyenne nationale

Les données disponibles permettent de comparer la fréquence des admissions en ALD pour maladie mentale en Mayenne et au niveau national.

Chez l'homme, l'indice comparatif d'admission en ALD pour troubles mentaux est de 110. Il n'est pas statistiquement différent de 100, ce qui signifie qu'il n'y a pas de différence statistique entre la fréquence des admissions en ALD pour troubles mentaux en Mayenne et la fréquence observée en France.

Chez la femme, la fréquence des admissions en Mayenne est identique à la moyenne nationale, l'indice comparatif d'admission est en effet égal à 101.

Limites d'utilisation des ALD à des fins épidémiologiques

Le nombre de personnes admises en affection de longue durée pour une pathologie diffère du nombre de personnes nouvellement atteintes de cette pathologie pour plusieurs raisons :

■ Certains patients ne demandent pas l'admission en ALD, ce qui conduit à une sous-estimation des nouveaux cas. Cette situation s'observe notamment dans les cas suivants :

- exonération du ticket modérateur pour une autre maladie, (notamment chez les personnes les plus âgées) ou à un autre titre (invalidité, pension accident du travail de plus de 66 %, maladie professionnelle, prise en charge en établissement médico-social,...)
- couverture complémentaire satisfaisante (CMU, mutuelle...)
- raisons de confidentialité
- affection ne présentant pas les critères de gravité nécessaires.

■ Une surestimation de l'incidence est également possible. C'est le cas pour certaines affections dont l'évolution est marquée par de longues phases de rémission. Une rechute ou une nouvelle poussée peut provoquer l'admission en ALD d'un patient ayant déjà bénéficié de ce dispositif pour la même affection plusieurs années auparavant. Ce risque est d'autant plus important que le bénéficiaire a changé de domicile (et donc de caisse d'affiliation), de régime d'assurance maladie, ou de statut (ayant droit devenant assuré).

Toutefois, depuis 1998 le bénéfice de l'ALD est attribué pour une durée de 10 ans pour les troubles névrotiques et de façon définitive pour les autres troubles mentaux.

■ Certaines admissions peuvent être demandées longtemps après la survenue de la maladie, notamment dans les contextes suivants :

- nouvelles possibilités diagnostiques ou thérapeutiques, et notamment nouveaux traitements coûteux
- évolution de la connaissance que le malade a de son état pathologique et/ou de ses droits
- évolution de la situation financière du patient
- modification des conséquences de l'exonération du ticket modérateur, pour le patient ou pour le médecin.

Des admissions plus fréquentes chez les femmes

Sur les 745 admissions annuelles en ALD pour pathologie mentale enregistrées dans le département entre 2001 et 2003, 440, soit 59 %, concernent des femmes.

Cette situation n'est pas seulement due au plus grand nombre de femmes dans la population puisque, rapporté à la population couverte, le nombre d'admissions en ALD pour maladie mentale est de 3,0 pour 1 000 habitants chez les femmes et de 2,1 pour 1 000 habitants chez les hommes sur la période 2001-2003.

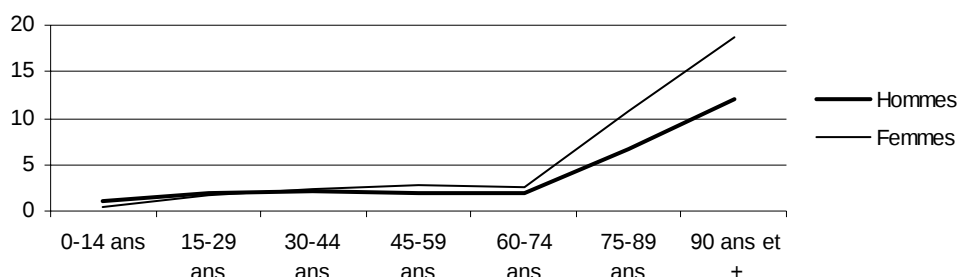
Elle n'est pas non plus liée à la différence de structure par âge entre la population des hommes et celle des femmes puisque sur la même période, le taux standardisé d'admissions en ALD, qui permet d'éliminer les effets liés à cette structure est également plus élevé chez les femmes (2,7) que chez les hommes (2,3).

Les admissions en ALD pour pathologie mentale sont donc, à structure d'âge identique, plus fréquente chez les femmes.

34 % des admissions concernent des personnes âgées de plus de 75 ans

Sur les 745 admissions annuelles enregistrées sur la période 2001-2003, 252, soit 34 %, concernent des personnes âgées de plus de 75 ans.

Graphique 3.1 : taux d'admission en ALD pour troubles mentaux selon l'âge (pour 1000 habitants) Département de la Mayenne (moyenne 2001-2003)



Sources : Urcam, Insee

La fréquence de ces admissions augmente avec l'âge, chez les hommes comme chez les femmes, mais cette évolution est surtout prononcée à partir de 60-74 ans, en particulier chez les femmes pour lesquelles les taux d'admission en ALD au-delà de 90 ans sont 7,5 fois plus élevés qu'entre 60 et 74 ans.

Les taux d'admission en ALD sont plus élevés chez les hommes avant 15 ans (1,1 pour 1000) que chez les femmes (0,5). Après 45 ans, ce sont les taux féminins qui sont supérieurs aux taux masculins, avec un écart entre 30 % et 60 % selon les tranches d'âges (graphique 3.1).

Des pathologies en cause qui diffèrent selon le sexe et la classe d'âge

Chez l'homme, dans le département de la Mayenne, les motifs d'admissions les plus fréquents sont les troubles mentaux organiques et les démences (24 % des admissions en ALD), les troubles de l'humeur (21 %), les psychoses (17 %) et les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (11 %).

Chez la femme, les causes les plus fréquentes sont les troubles mentaux organiques et les démences (39 %), les troubles de l'humeur (30 %) et les psychoses (10 %).

Chez les hommes, comme chez les femmes, le poids relatif de ces différentes affections varie selon l'âge (tableau 3.2).

**Tableau 3.2 : effectifs des admissions en ALD pour troubles mentaux selon l'âge
Département de la Mayenne (moyenne 2001-2003)**

HOMMES	<i>0-14 ans</i>	<i>15-29 ans</i>	<i>30-44 ans</i>	<i>45-59 ans</i>	<i>60-74 ans</i>	<i>75-89 ans</i>	<i>90 ans et +</i>	<i>Total</i>
Troubles mentaux organiques et démences	0	0	0	1	17	48	6	73
Psychoses	4	23	13	8	3	2	0	53
Troubles de l'humeur	1	9	21	19	9	4	1	64
Troubles névrotiques	1	3	5	4	1	1	0	17
Retard mental	4	4	2	2	0	0	0	13
Troubles spécifiques de la personnalité	1	9	9	4	2	1	0	26
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	0	2	13	13	3	2	0	33
Troubles du développement psychologique	10	0	0	0	0	0	0	10
Troubles du comportement et troubles émotionnels	5	1	0	0	0	0	0	6
Autres troubles mentaux	4	5	1	0	0	0	0	11
Total	32	56	65	51	36	58	7	305

FEMMES	<i>0-14 ans</i>	<i>15-29 ans</i>	<i>30-44 ans</i>	<i>45-59 ans</i>	<i>60-74 ans</i>	<i>75-89 ans</i>	<i>90 ans et +</i>	<i>Total</i>
Troubles mentaux organiques et démences	0	0	0	1	18	116	34	170
Psychoses	1	9	11	9	6	6	2	43
Troubles de l'humeur	1	15	35	42	21	16	3	131
Troubles névrotiques	0	3	4	8	3	7	1	27
Retard mental	4	2	2	1	1	0	0	9
Troubles spécifiques de la personnalité	1	8	9	7	2	2	0	29
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	0	1	5	5	2	1	0	13
Troubles du développement psychologique	5	1	0	0	0	0	0	6
Troubles du comportement et troubles émotionnels	1	1	0	0	0	0	0	2
Autres troubles mentaux	1	7	1	1	0	0	0	10
Total	13	46	67	73	53	148	40	440

Source : Urcam

Chez l'homme, en dessous de 15 ans, prédominent les troubles du développement psychologique qui représentent un tiers des motifs d'admissions en ALD de cette classe d'âge. Entre 15 et 29 ans, il s'agit surtout de psychoses (42 %). Entre 30 et 59 ans les troubles de l'humeur (35 %), les troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool (23 %) et les psychoses (17 %) sont les motifs les plus fréquents. Après 60 ans, ce sont les troubles mentaux organiques et les démences qui sont majoritaires (71 %).

Chez les femmes, les troubles du développement psychologique représentent 38 % des admissions en ALD chez les moins de 15 ans. Entre 15 et 59 ans, les troubles de l'humeur prédominent (49 %). Après 60 ans, ce sont les troubles mentaux organiques et les démences qui sont les plus fréquents (70 %).

Une augmentation de fréquence des admissions des ALD depuis 2001, notamment pour les troubles mentaux organiques

L'analyse de l'évolution des taux d'admissions en ALD pour troubles mentaux n'est pas possible à réaliser sur une longue période, en raison de problèmes de disponibilité et de validation des chiffres jusqu'en 1999, puis en raison de l'inscription de la « majoration maintien à domicile » à la nomenclature des actes professionnels en 2000. Cette possibilité a probablement incité des médecins à solliciter des admissions en ALD pour certains de leurs patients de plus de 75 ans en droit de l'être et qui ne l'étaient pas, gonflant ainsi les admissions dans les mois qui ont suivi.

Mais même sur une brève période, entre les années 2001 et 2003, les taux standardisés d'admission pour troubles mentaux ont connu une augmentation sensible, mais de façon plus prononcée chez la femme (+28 %) que chez l'homme (+16 %). Cette évolution résulte surtout de l'augmentation de la fréquence des admissions pour troubles mentaux organiques et démences, dont le taux standardisé a progressé sur cette période de 34 % chez la femme et de 14 % chez l'homme.

3.2 - Décès liés aux troubles mentaux

Une mortalité qui n'est pas différente de la moyenne nationale

Les troubles mentaux (hors suicide), ont été à l'origine de 83 décès en moyenne chaque année au cours de la période 1998-2000 dans le département de la Mayenne.

Tous âges confondus, ces décès représentent 3 % du nombre total de décès observés en Mayenne sur la période 1998-2000.

Chez les hommes comme chez les femmes, l'indice comparatif de mortalité lié aux troubles mentaux, indicateur qui permet de comparer la situation de la mortalité liée aux troubles mentaux dans le département de la Mayenne à celle observée au plan national à structure d'âge identique, n'est pas statistiquement différent de 100, ce qui signifie que cette mortalité n'est pas statistiquement différente de la moyenne nationale.

Une mortalité plus élevée chez les hommes et qui augmente fortement avec l'âge

Sur les 83 décès observés en moyenne chaque année, 47, soit 57 %, concernent des femmes.

Cette situation n'est pas due au plus grand nombre de femmes dans la population puisque rapporté à la population du département, le nombre de décès par troubles mentaux est de 32,5 pour 100 000 chez les femmes et de 25,3 pour 100 000 chez les hommes sur la période 1998-2000.

Modalités d'élaboration et limites des statistiques des causes médicales de décès

■ Le certificat médical établi pour chaque décès précise les causes médicales du décès, en distinguant la cause initiale, la cause immédiate et les états morbides ou physiologiques associés.

La cause initiale est définie comme le problème (maladie, accident...) à l'origine du processus morbide qui a conduit au décès.

■ Les certificats sont ensuite transmis, sous forme anonyme, à l'Inserm - CépiDc qui assure le codage des causes de décès selon les règles de la Classification internationale des maladies (CIM). Avant l'année 2000, la 9^{ième} révision de la CIM était utilisée pour ce codage. Depuis 2000, c'est la 10^{ième} révision qui est employée pour le codage des causes de décès. En raison des difficultés de passage des codes CIM 9 aux codes CIM 10, la mortalité par troubles mentaux n'est analysée par cause que pour les années avant 2000.

■ Ces données médicales viennent alors enrichir un fichier de données sociodémographiques transmis au CépiDc par l'INSEE. C'est à partir de ce fichier qu'est établie annuellement la statistique nationale de mortalité, et que sont réalisées les analyses sur les causes médicales de décès.

■ Sauf information contraire, ces analyses sont menées sur la cause initiale de décès et sur des données domiciliées, c'est-à-dire rapportées au lieu de domicile de la personne, quel que soit le lieu de survenue du décès. C'est le cas pour toutes les données présentées dans ce document.

■ Les limites d'utilisation de ces données résultent tout d'abord de la certification, dans la mesure où le médecin qui remplit le certificat de décès ne dispose pas toujours de l'information nécessaire ou ne le fait pas toujours avec une précision suffisante. Cette situation s'observe notamment pour les personnes âgées, chez lesquelles les polypathologies sont fréquentes et rendent parfois le remplissage du certificat difficile.

Ainsi, en Mayenne, 4 % des décès sont de cause mal définie (6% en France). Mais c'est surtout chez les personnes âgées que cette situation est fréquente, puisque ce pourcentage est d'environ 3 % chez les moins de 85 ans et 8 % au-delà.

L'autre biais potentiel provient de la codification, même si l'utilisation de protocoles rigoureux de codage et depuis 2000, de la codification automatique réduit fortement ce risque.

Par contre, si l'on considère les taux comparatifs de mortalité, qui permettent d'éliminer les effets liés à la structure par âge, il apparaît que la mortalité liée aux troubles mentaux est plus élevée chez les hommes (30,0 pour 100 000) que chez les femmes (19,2 pour 100 000).

Dans le département de la Mayenne, comme en France, le taux de mortalité lié aux troubles mentaux augmente fortement avec l'âge, chez l'homme comme chez la femme (tableau 3.3). Les taux masculins sont à tout âge plus élevés que les taux féminins, sauf au-delà de 85 ans.

**Tableau 3.3 : taux de mortalité par âge lié aux troubles mentaux (pour 100 000 habitants)
Département de la Mayenne, France (moyenne 1998-2000)**

	<i>Hommes</i>		<i>Femmes</i>	
	<i>Mayenne</i>	<i>France</i>	<i>Mayenne</i>	<i>France</i>
15-24 ans	0,0	0,8	0,0	0,3
25-34 ans	4,9	3,7	1,8	0,8
35-44 ans	16,2	10,9	1,7	3,6
45-54 ans	23,2	19,6	5,4	5,7
55-64 ans	18,7	23,4	0,0	7,2
65-74 ans	33,8	36,7	20,2	17,2
75-84 ans	170,1	126,8	124,3	107,6
85 ans et plus	495,1	580,7	576,2	718,6
Total	25,3	22,3	32,5	31,7

Sources : Inserm CépiDc, Insee

Codes CIM : CIM9 290-319 ; CIM10 F00-F99

Un tiers des décès par troubles mentaux liés à l'alcool chez les hommes

Les états psychotiques séniles et préséniles et le syndrome de dépendance alcoolique représentent chacun en moyenne 30 % des décès masculins liés aux troubles mentaux au cours de la période 1997-1999.

Pour les femmes, la situation est très différente puisque 60 % des décès liés aux troubles mentaux sont dus à un état psychotique sénile ou présénile, et seulement 4 % à un syndrome de dépendance alcoolique (tableau 3.4).

Cette causalité différente selon le sexe explique que plus de 95 % des décès par troubles mentaux (hors suicide) surviennent après 65 ans chez la femme, et moins de 70 % chez l'homme, pour la période 1998-2000.

A l'inverse, 80 % de la mortalité par syndrome de dépendance alcoolique survient avant 65 ans chez l'homme.

Tableau 3.4 : nombre annuel moyen de décès par troubles mentaux en Mayenne (1997-1999)

<i>Causes médicales de décès CIM9</i>	<i>Hommes</i>		<i>Femmes</i>	
	<i>Tous âges</i>	<i>dont < 65 ans</i>	<i>Tous âges</i>	<i>dont < 65 ans</i>
- Psychose (290 - 299)	21	2	37	0
dont états psychotiques organiques séniles et préséniles (290)	10	0	26	0
- Troubles névrotiques, de la personnalité et autres non psychotiques (300 - 316)	13	9	5	2
dont syndrome de dépendance alcoolique (303)	10	8	2	0
- Retard mental (317 - 319)	0	0	0	0
Ensemble des troubles mentaux	34	11	42	2

Source : Inserm CépiDc - Codes CIM9 : 290-319

Une évolution départementale difficile à interpréter

Depuis le début des années 80, la mortalité par troubles mentaux des habitants du département a connu une évolution similaire chez les hommes et les femmes (graphique 3.5).

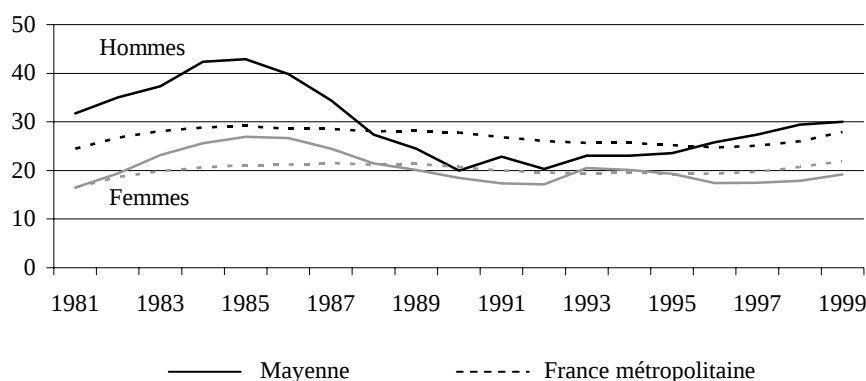
Pendant les années 80, les taux de mortalité masculins et féminins ont d'abord connu une phase d'augmentation importante, avec un maximum au milieu de la décennie, et ont alors dépassé de façon significative la moyenne française.

La fin des années 80 et le début des années 90 ont été marqués par un recul sensible de ces taux départementaux, qui se sont alors rapprochés de la moyenne nationale.

Une nouvelle tendance à l'augmentation caractérise l'évolution de la fin des années 90, en Mayenne comme au niveau national, les taux départementaux restant proches des taux français.

L'analyse des causes détaillées de mortalité par troubles mentaux, et notamment de la mortalité par psychose alcoolique ne permet pas d'expliquer l'évolution spécifique observée dans le département au cours des années 80. Celle-ci résulte peut-être de variations aléatoires, liées au nombre relativement limité de décès étudiés.

Graphique 3.5 : évolution des taux comparatifs de mortalité par troubles mentaux Mayenne, France métropolitaine (1981-1999)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Données lissées sur 3 ans ; unité : pour 100 000

Pas de spécificités marquées au niveau des 3 territoires de santé

Dans le territoire de santé de Laval, les troubles mentaux, hors suicide, ont été à l'origine de 34 décès en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000, ce qui représente 3 % du nombre total des décès observés sur cette période.

Depuis le début des années 90, la mortalité par troubles mentaux dans ce territoire est proche de la moyenne nationale et ne présente pas de caractéristiques évolutives particulières.

21 de ces 34 décès, soit 62 %, concernent des femmes. Pour ces dernières, sur la période 1997-1999, les états psychotiques séniles et préséniles représentent 57 % des décès liés aux troubles mentaux et le syndrome de dépendance alcoolique environ 4 %.

Ce syndrome de dépendance alcoolique est par contre à l'origine de plus de 40 % des décès masculins liés aux troubles mentaux et les états psychotiques séniles et préséniles d'environ un quart de ces décès.

Dans le territoire de santé de Mayenne, les troubles mentaux, hors suicide, ont été à l'origine de 23 décès en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000, ce qui représente 3 % du nombre total des décès observés sur cette période.

Depuis le début des années 90, la mortalité par troubles mentaux dans ce territoire est proche de la moyenne nationale et ne présente pas de caractéristiques évolutives particulières.

12 de ces 23 décès, soit 51 %, concernent des femmes. Pour ces dernières, sur la période 1997-1999, les états psychotiques séniles et préséniles représentent 73 % des décès liés aux troubles mentaux et le syndrome de dépendance alcoolique environ 6 %.

Ce syndrome de dépendance alcoolique est par contre à l'origine de 17 % des décès masculins liés aux troubles mentaux et les états psychotiques séniles et préséniles de 40 %.

Dans le territoire de santé de Château-Gontier, les troubles mentaux, hors suicide, ont été à l'origine de 21 décès en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000, ce qui représente 3 % du nombre total des décès observés sur cette période.

Depuis le début des années 90, la mortalité par troubles mentaux dans ce territoire est proche de la moyenne nationale et ne présente pas de caractéristiques évolutives particulières.

12 de ces 21 décès, soit 57 %, concernent des femmes. Pour ces dernières, sur la période 1997-1999, les états psychotiques séniles et préséniles représentent 69 % des décès liés aux troubles mentaux et le syndrome de dépendance alcoolique environ 2 %.

Ce syndrome de dépendance alcoolique est par contre à l'origine de 37 % des décès masculins liés aux troubles mentaux et les états psychotiques séniles et préséniles de 26 %.

3.3 - Mortalité par pathologie liée à une consommation excessive d'alcool

Les problèmes d'alcool et de santé mentale sont le plus souvent intriqués, la consommation excessive d'alcool pouvant être à l'origine de troubles psychiatriques aigus ou chroniques mais aussi résulter de difficultés de santé mentale. C'est pourquoi cette étude comporte une analyse de la mortalité liée à l'alcool.

Afin d'avoir une meilleure description de la situation du département dans ce domaine, et notamment un effectif de décès plus important et donc plus fiable sur le plan statistique, cette analyse a porté non seulement sur les décès par syndrome de dépendance alcoolique, mais également sur les décès par cirrhose du foie, pathologie dont la majorité des cas sont d'origine éthylique, et sur les décès par cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), liés le plus souvent à une consommation excessive d'alcool associée au tabac.

Une mortalité départementale liée à l'alcool non significativement différente de la moyenne nationale

Les psychoses alcooliques et syndrome de dépendance alcoolique, les cirrhoses du foie, et les cancers des voies aéro-digestives supérieures sont à l'origine de 105 décès par an dans le département de la Mayenne au cours de la période 1998-2000 (tableau 3.6).

Tableau 3.6 : nombre annuel moyen de décès directement liés à l'alcool en Mayenne (1998-2000)

	Hommes		Femmes		Deux sexes	
	Tous âges	dont < 65 ans	Tous âges	dont < 65 ans	Tous âges	dont < 65 ans
Cirrhose du foie	27	14	12	6	39	20
Psychose alcoolique et syndrome de dépendance alcoolique	10	7	2	0	12	7
Cancer des VADS	47	18	7	1	54	19

Source : Inserm CépiDc

Codes CIM :

- Cirrhose du foie : CIM9 571.0-571.3, 571.5 ; CIM10 K70, K746

- Psychose alcoolique et syndrome de dépendance alcoolique : CIM9 291, 303 ; CIM10 F10

- Cancer des voies aéro-digestives supérieures : CIM9 140-149, 150, 161 ; CIM10 C00-C14, C15, C32

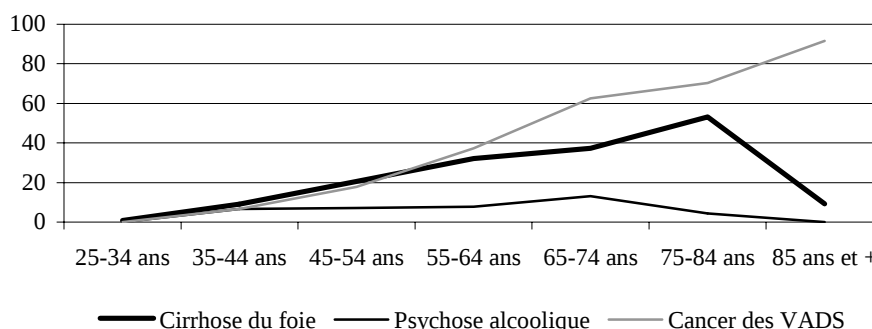
Chez les hommes comme chez les femmes, l'indice comparatif de mortalité par cirrhose du foie et celui de la mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme, qui permettent de comparer la situation de la mortalité pour ces 2 groupes d'affection en Mayenne à la moyenne nationale, à structure d'âge identique, ne sont pas statistiquement différents de 100.

La mortalité des habitants de la Mayenne pour deux des principales causes de décès directement liées à la consommation excessive d'alcool n'est donc pas statistiquement différente de la moyenne nationale.

Des décès directement liés à l'alcool concernent très majoritairement les hommes et souvent des personnes relativement jeunes

Sur les 105 décès directement liés à l'alcool (décès par psychoses alcooliques et alcoolisme, par cirrhose du foie, et par cancers des voies aéro-digestives supérieures) dénombrés dans le département en moyenne chaque année sur la période 1998-2000, 84, soit 80 %, concernent des hommes.

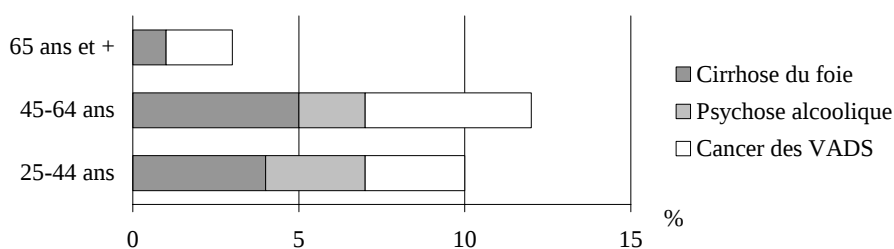
Le taux de mortalité par cancers des VADS augmente de façon prononcée avec l'âge. Le taux de mortalité par cirrhose du foie augmente jusqu'à 75-85 ans puis diminue. Le taux de mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme augmente également avec l'âge entre 35 et 65 ans, âge auquel il atteint un maximum, mais cette progression est nettement moins prononcée que pour les cancers des VADS et les cirrhoses du foie (graphique 3.7).

Graphique 3.7 : taux de mortalité par âge lié à la consommation excessive d'alcool (pour 100 000 habitants) - Département de la Mayenne (moyenne 1998-2000)

Sources : Inserm CépiDc, Insee

Ces 3 groupes de pathologies directement liées à l'alcool sont en outre à l'origine d'une part importante des décès des personnes jeunes. Elles sont, en effet, globalement responsables de près de 10 % des décès survenus chez les personnes âgées de 25 à 44 ans (11 % chez l'homme et 6 % chez la femme) et de 12 % des décès chez les personnes âgées de 45 à 64 ans (15 % chez l'homme et 6 % chez la femme)(tableau 3.8).

Au-delà de 65 ans, les autres causes de décès, notamment cardio-vasculaires, augmentent fortement et on ne compte que 3 % (4 % chez l'homme et 1 % chez la femme) des décès directement liés à l'alcool.

Tableau 3.8 : part (en %) des causes de décès directement liées à l'alcool selon le groupe d'âge en Mayenne (1998-2000)

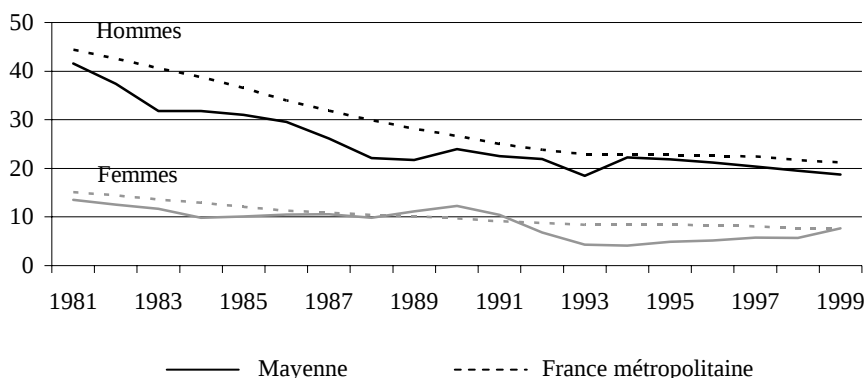
Source : Inserm CépiDc

Une mortalité par cirrhose du foie et par psychose alcoolique en net recul

Depuis le début des années 80, chez les hommes comme chez les femmes, les taux comparatifs de mortalité par cirrhose du foie et par psychose alcoolique et alcoolisme ont suivi une tendance à la baisse, analogue à celle observée au niveau national, et sont restés globalement relativement proches de la moyenne française (graphique 3.9 et 3.10).

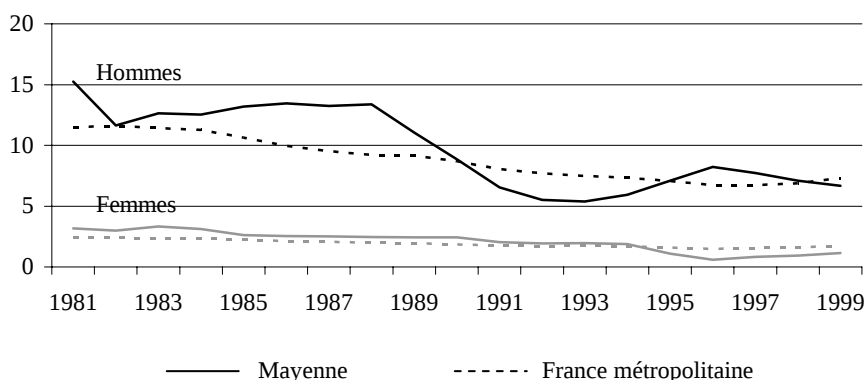
Entre les années 1980-1982 et 1997-1999, ce recul à structure d'âge identique a atteint 50 % pour la mortalité par cirrhose du foie et 56 % pour la mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme en Mayenne (respectivement 51 et 33 % en France).

Graphique 3.9 : évolution des taux standardisés de mortalité par cirrhose du foie Mayenne, France métropolitaine (1981-1998)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Données lissées sur 3 ans ; unité : pour 100 000

Graphique 3.10 : évolution des taux standardisés de mortalité par psychose alcoolique et syndrome de dépendance alcoolique en Mayenne et en France métropolitaine (1981-1998)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Données lissées sur 3 ans ; unité : pour 100 000

Dans les territoires de santé

Dans le territoire de santé de Laval, les pathologies liées à l'alcool sont à l'origine de 57 décès en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000. 80 % de ces décès concernent des hommes.

Les pathologies liées à l'alcool sont responsables de 12 % des décès survenus chez les personnes âgées de 25 à 44 ans, de 14 % des décès chez les personnes de 45 à 64 ans. Et de 3 % au-delà.

Depuis le début des années 90, la mortalité par cirrhose du foie dans ce territoire est proche de la moyenne nationale et ne présente pas de caractéristiques évolutives particulières.

Dans le territoire de santé de Mayenne, les pathologies liées à l'alcool sont à l'origine de 28 décès en moyenne par an au cours de la période 1996-2000.

84 % de ces décès concernent des hommes.

Les pathologies liées à l'alcool sont responsables de 8 % des décès survenus chez les personnes âgées de 25 à 44 ans, de 11 % des décès chez les personnes âgées de 45 à 64 ans et de 3 % au-delà de 65 ans.

Dans le territoire de santé de Mayenne, il est difficile de dégager une tendance évolutive du taux standardisé de mortalité par cirrhose du foie au cours des années 90, ce dernier reste toutefois inférieur à la moyenne nationale sur l'ensemble de la décennie. Cette sous-mortalité par cirrhose du foie ne se retrouve dans aucun autre territoire de santé des Pays de la Loire.

Dans le territoire de santé de Château-Gontier, les pathologies liées à l'alcool sont à l'origine de 29 décès en moyenne par an au cours de la période 1996-2000.

83 % de ces décès concernent des hommes.

Les pathologies liées à l'alcool sont responsables de 11 % des décès survenus chez les personnes âgées de 25 à 44 ans, de 15 % des décès chez les personnes âgées de 45 à 64 ans et de 3 % au-delà de 65 ans.

Dans le territoire de santé de Château-Gontier, il est difficile de dégager une tendance évolutive du taux comparatif de mortalité par cirrhose du foie au cours des années 90. Sur l'ensemble de la décennie, le taux est inférieur au taux national mais l'écart n'est pas statistiquement significatif en raison de la faiblesse des effectifs étudiés.

3.4 - Mortalité par suicide en Mayenne

Avec plus de 80 décès chaque année, une surmortalité départementale marquée

Au cours de la période 1998-2000, 83 habitants de la Mayenne se sont suicidés en moyenne chaque année.

Sur la même période, les accidents de la route ont été à l'origine de 46 décès chaque année.

L'indice comparatif de mortalité par suicide, qui permet de comparer la mortalité en Mayenne à celle observée au plan national, à structure d'âge identique, est égal à 152 chez les hommes et 181 chez les femmes. Cela signifie que la mortalité par suicide des habitants du département dépasse la moyenne nationale de 52 % pour les hommes et de 81 % pour les femmes.

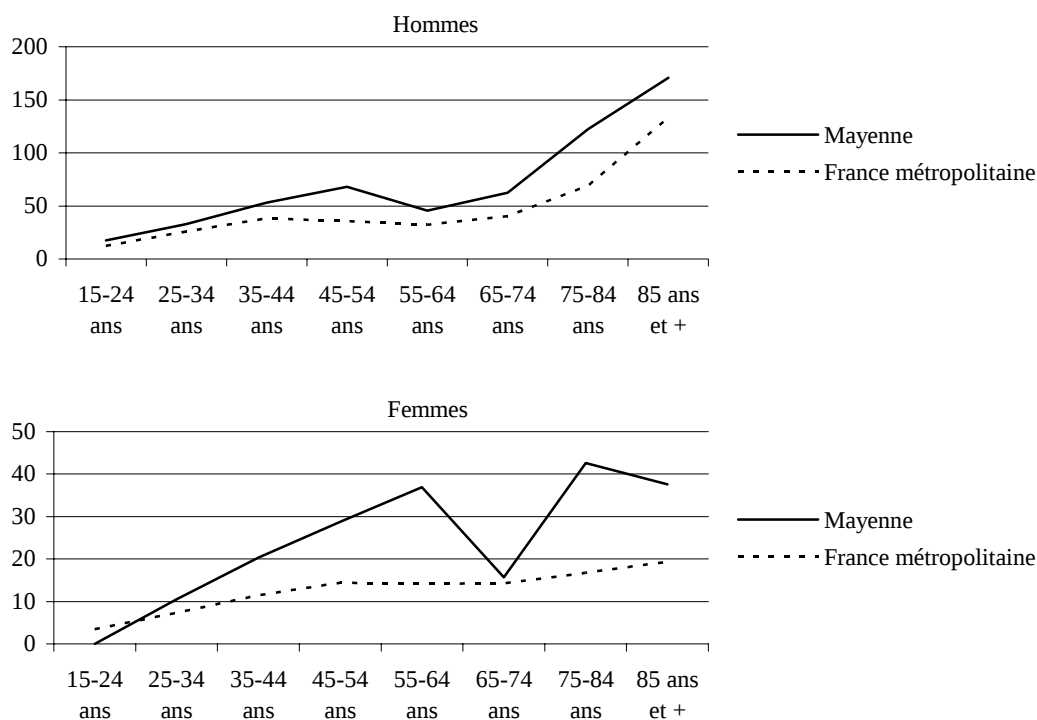
Cette surmortalité se retrouve pour l'ensemble des Pays de la Loire (+26 % chez les hommes et +30 % chez les femmes).

Une mortalité qui concerne surtout les hommes et qui augmente avec l'âge

Sur les 83 décès observés en moyenne chaque année sur la période 1998-2000, 59, soit 71 %, ont concerné des hommes.

La fréquence des décès par suicide augmente de façon importante avec l'âge (graphique 3.11). En Mayenne comme en France, elle augmente entre 15 et 45 ans, reste relativement constante jusqu'à 65 ans, puis augmente fortement au-delà.

Graphique 3.11 : évolution des taux de mortalité selon l'âge par suicide chez les hommes et chez les femmes (pour 100 000 habitants) en Mayenne et en France métropolitaine (période 1998-2000)



Source : Inserm CépiDc

Mais un poids important dans la mortalité des 15 et 44 ans

Bien que les taux de mortalité augmentent beaucoup avec l'âge, le suicide constitue une cause de décès importante chez les personnes jeunes en raison de la fréquence relativement faible des autres causes de décès.

En Mayenne, le suicide est à l'origine de 12 % des décès prématurés (avant 65 ans) (13 % chez les hommes et 11 % chez les femmes) et est ainsi la première cause de mortalité prématurée, devant les accidents de la circulation (9 %) et le cancer du poumon (6 %).

C'est pour la population âgée de 15 à 44 ans que le suicide a le poids le plus important dans la mortalité, puisqu'il est à l'origine de 22 % des décès survenus dans cette tranche d'âge (23 % chez les hommes, 19 % chez les femmes) (tableau 3.12).

Tableau 3.12 : nombre annuel moyen de décès par suicide en Mayenne (période 1998-2000)

	Hommes	Femmes	Deux sexes
Moins de 15 ans	0	0	0
15-44 ans	21	6	27
45-74 ans	26	13	39
75 ans et plus	11	6	17
Total	59	25	83

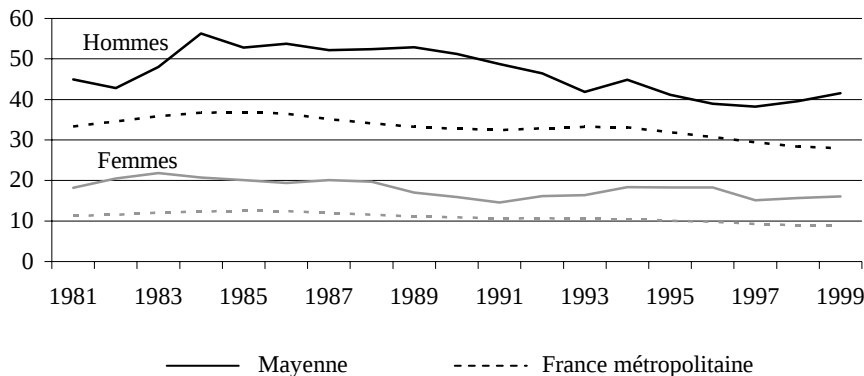
Source : Inserm CépiDc

Codes CIM : CIM9 E950-E959 ; CIM10 X60-X84

Une mortalité par suicide qui diminue peu depuis le milieu des années 80

En France, le taux comparatif de mortalité par suicide, qui permet de suivre l'évolution de la mortalité par suicide à structure d'âge identique, a légèrement diminué depuis le début des années 80 (-1 % en moyenne chaque année chez les hommes et -1,4 % chez les femmes) (graphique 3.13).

En Mayenne, au cours des deux dernières décennies, le taux comparatif de mortalité par suicide a connu une baisse moyenne annuelle un peu moins prononcée, chez les hommes (-0,4 %) comme chez les femmes (-0,7 %).

Graphique 3.13 : évolution du taux comparatif de mortalité par suicide entre 1981 et 1999 en Mayenne et en France métropolitaine

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Données lissées sur 3 ans ; unité : pour 100 000

Une surmortalité par suicide qui se retrouve dans les 3 territoires de santé

Dans le territoire de santé de Laval, 36 habitants se sont suicidés en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000. Sur cette période, le suicide a causé 1,7 fois plus de décès que les accidents de la route (21 décès en moyenne chaque année).

Depuis le début des années 90, la mortalité par suicide des habitants de ce territoire n'a pas connu d'évolution notable et est restée constamment très supérieure à la moyenne française. Sur les années 1996-2000, la surmortalité y atteignait 44 %.

Le suicide est à l'origine de 11 % des décès prématurés du territoire et de 19 % des décès survenus entre 15 et 44 ans.

Dans le territoire de santé de Mayenne, 23 habitants se sont suicidés en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000. Sur cette période, le suicide a causé 2,5 fois plus de décès que les accidents de la route (9 décès en moyenne chaque année).

Depuis le début des années 90, la mortalité par suicide des habitants de ce territoire n'a pas connu d'évolution notable et est restée constamment très supérieure à la moyenne française. Sur les années 1996-2000, la surmortalité y atteignait 57 %.

Le suicide est à l'origine de 11 % des décès prématurés du territoire et de 23 % des décès survenus entre 15 et 44 ans.

Dans le territoire de santé de Château-Gontier, 18 habitants se sont suicidés en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000. Sur cette période, le suicide a causé 1,3 fois plus de décès que les accidents de la route (14 décès en moyenne chaque année).

Depuis le début des années 90, la mortalité par suicide des habitants de ce territoire a suivi, comme en France, une tendance à la baisse au cours des années 90. Mais elle est restée constamment très supérieure à la moyenne française. Sur les années 1996-2000, la surmortalité y atteignait 32 %.

Le suicide est à l'origine de 9 % des décès prématurés du territoire et de 17 % des décès survenus entre 15 et 44 ans.

QUATRIÈME PARTIE

Travail et santé mentale

L'activité professionnelle constitue un élément à prendre en compte dans un état des lieux concernant la santé mentale à la fois en raison des conséquences psychopathologiques de certaines conditions de travail, mais aussi parce que, par le lien avec l'autre qu'elle nécessite, l'activité professionnelle représente parfois l'un des révélateurs des troubles mentaux. L'inaptitude au travail de nombreux patients psychiatriques et leur rejet du monde du travail en portent d'ailleurs témoignage.

Les deux sources de données disponibles pour décrire la situation dans ce domaine sont :

- les résultats d'une enquête régionale sur les maladies à caractère professionnel,
- les statistiques d'invalidité du régime général.

4.1 - Les affections mentales à caractère professionnel en Pays de la Loire

L'enquête d'octobre 2003 sur les maladies à caractère professionnel (voir encadré ci-après) réalisée par les médecins du travail de la région auprès de 8 700 salariés vus en consultation pendant une semaine a permis de recueillir 432 déclarations concernant 446 pathologies. Cela correspond donc à une prévalence des maladies à caractère professionnel de 5,1 %.

Ces résultats permettent donc d'estimer que sur 100 salariés de la région vus en consultation, pendant la semaine d'enquête, 5 présentaient une maladie ou un symptôme pouvant être rattachés à son activité professionnelle.

Les données concernant la Mayenne reposent sur des effectifs trop faibles pour être interprétables.

Les maladies à caractère professionnel

A côté du dispositif des maladies professionnelles indemnifiables, qui s'appuie principalement sur les tableaux de maladies professionnelles du code de la sécurité sociale, existe une obligation légale pour tout médecin qui peut en connaître l'existence de déclarer tout symptôme ou toute maladie qui présentent à son avis un caractère professionnel. Cette obligation a pour objectif de favoriser la mise en évidence de nouvelles pathologies et de nouveaux risques, afin d'en favoriser la prévention et la reconnaissance comme maladie professionnelle.

Ce dispositif de déclaration des maladies à caractère professionnel, bien qu'ancien, est resté peu connu et peu utilisé dans les Pays de la Loire comme dans les autres régions jusqu'à une date récente. Mais depuis le milieu des années 90, une politique de sensibilisation du corps médical et notamment des médecins du travail a été menée par l'Inspection médicale du travail dans plusieurs régions dont les Pays de la Loire pour développer l'usage de ce système d'information.

Dans la région, ce dispositif permanent de recueil d'information a, en outre, été enrichi d'une enquête sur une durée d'une semaine menée à trois reprises en 2003 et 2004 auprès d'un réseau de médecins du travail volontaires des cinq départements de la région. Cette enquête a été réalisée par l'Institut de veille sanitaire en collaboration avec le département de Santé, Travail et Ergonomie de la faculté de médecine d'Angers, l'inspection médicale du travail des Pays de la Loire et l'unité Inserm U88.

Menée en octobre 2003, elle a associé 174 médecins du travail de la région soit 34 % de l'ensemble de ces professionnels. Au cours de la semaine d'enquête, 8 739 salariés ont été vus en consultation pour un effectif de 339 485 salariés dénombrés dans les Pays de la Loire en janvier 2003.

Les affections mentales arrivent au second rang des pathologies identifiées, derrière les troubles musculo-squelettiques, avec 102 cas déclarés soit 23 % de l'ensemble des pathologies. Cela correspond à une prévalence de 1,19 affection mentale à caractère professionnel pour 100 salariés (voir tableau 4.1).

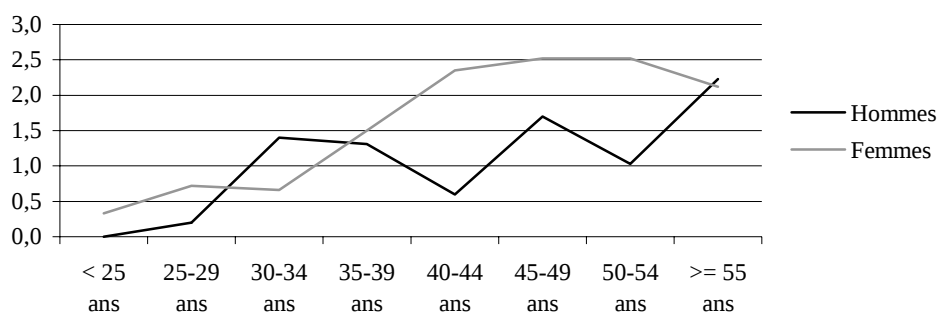
Tableau 4.1 : répartition et taux de prévalence des maladies à caractère professionnel dans les Pays de la Loire en 2003

Pathologies	Répartition en %	Taux de prévalence pour 100 salariés
Troubles musculo-squelettiques	68,8	3,40
Affections mentales	23,6	1,19
Affections cutanées	3,9	0,19
Affections respiratoires	1,4	0,07
Autres	5,1	0,25
Total	-	5,10

Source : Enquête Invs - Inspection médicale du travail Pays de la Loire 2003

La prévalence des affections mentales est plus élevée chez les femmes (1,48 %) que chez les hommes (0,93 %) et tend à augmenter avec l'âge (voir graphique 4.2).

Graphique 4.2 : prévalence des affections mentales par classe d'âge et par sexe dans les Pays de la Loire en 2003 (pour 100 salariés)



Source : Enquête Invs - Inspection médicale du travail Pays de la Loire 2003

Les principales nuisances déclarées (voir tableau 4.3), liées aux troubles mentaux, sont celles liées au collectif de travail, c'est-à-dire ce qui concerne l'ambiance de travail et la gestion des conflits (44 % des cas).

Viennent ensuite les caractéristiques de temps de travail (horaires variés, méconnaissance des heures de travail, changement de dernière minute) (15 %).

Tableau 4.3 : répartition des nuisances déclarées pour troubles mentaux dans les Pays de la Loire en 2003

	Répartition en %
Collectif de travail	44
Caractéristiques du temps de travail	15
Autonomie et marge d'initiatives	12
Contraintes de rythme de travail	11
Harcèlement moral	9
Isolement	4
Contact avec le public	3
Agression, violence verbale	2
Total	100

Source : Enquête Invs - Inspection médicale du travail Pays de la Loire 2003

Les pathologies en cause sont le plus souvent le syndrome anxio-dépressif (23 % des cas) et les troubles du sommeil (22 %) (voir tableau 4.4).

Tableau 4.4 : répartition des pathologies des affections mentales dans les Pays de la Loire en 2003

	Répartition en %
Syndrome anxio-dépressif	23,0
Troubles du sommeil	22,0
Somatisation	18,7
Souffrance mentale	16,6
Syndrome dépressif	11,4
Troubles anxieux	8,3
Total	100,0

Source : Enquête Invs - Inspection médicale du travail Pays de la Loire 2003

4.2 - Les admissions en invalidité pour pathologie mentale

Entre 2002 et 2004, 306 personnes relevant du régime général d'assurance maladie ou du régime agricole ont été admises en moyenne chaque année en invalidité dans le département.

Les troubles mentaux et les maladies du système ostéo-articulaire sont les deux principales causes d'admission en invalidité, à l'origine de respectivement 81 et 102 admissions sur cette période. Cela représente 26 et 33 % du nombre total d'admissions.

Les 81 admissions pour troubles mentaux concernent des hommes dans 48 % des cas et des femmes dans 52 % des cas.

Chez les femmes, la pathologie mentale à l'origine de l'admission en invalidité est dans environ la moitié des cas un trouble de l'humeur.

Chez les hommes, les pathologies en cause sont plus variées puisqu'à côté des troubles de l'humeur, on trouve également fréquemment les schizophrénies et les troubles délirants.

CINQUIÈME PARTIE

Les soins en santé mentale

5.1 - Les soins en médecine générale

Les troubles mentaux constituent un motif majeur de recours aux soins en médecine de ville. Selon l'enquête d'Ims Health, 12 % des consultations de médecins libéraux sont motivées par au moins un trouble mental, les généralistes étant en outre les principaux prescripteurs de médicaments psychotropes.

Le département de la Mayenne compte 229 omnipraticiens libéraux fin 2003 (voir tableau 5.1).

Le nombre de médecins par habitant (79 pour 100 000) est inférieur de 23 % par rapport à la moyenne France métropolitaine et de 16 % par rapport à la moyenne régionale. La Mayenne a la plus faible densité médicale en France (avec la Seine-Saint-Denis et l'Oise).

Depuis le début des années 1990, l'effectif de généralistes libéraux est resté pratiquement stable, alors qu'il a augmenté en moyenne de 0,37 % par an en France métropolitaine (et de 0,79 % dans les Pays de la Loire).

A l'intérieur du département, le nombre d'omnipraticiens par secteur de psychiatrie générale (selon le découpage en secteur en vigueur en 2004) varie de 78 médecins pour 100 000 habitants dans le secteur de Laval Est (hors commune de Laval) à 135 pour 100 000 dans la commune de Laval (voir cartes en annexe).

Tableau 5.1 : effectif des omnipraticiens libéraux au 31/12/2003

	<i>France métrop.</i>	<i>Pays de la Loire</i>	<i>Mayenne</i>
Généralistes	54 235	2 772	212
MEP	6 526	344	17
Total omnipraticiens	60 761	3 116	229
Densité (pour 100 000)	101,9	94,1	78,8
Effectif 1991	58 159	2 835	230
TCAM* 1991-2003	0,37%	0,79%	-0,04%

Source : CNAMTS

* TCAM : taux de croissance annuel moyen

En Mayenne, un omnipraticien effectue en moyenne chaque année 6 270 actes (en 2002), contre 4 989 en France et 5 371 dans la région.

Dans le département, le nombre moyen d'actes par praticien est supérieur de 26 % par rapport à la moyenne française

Depuis 1990, l'activité moyenne des omnipraticiens augmente chaque année : +0,9 % en moyenne par an, contre 1,2 % en France et 0,6 % dans la région.

Au niveau national, un omnipraticien libéral effectue en moyenne 3,5 actes par patient par an. Le nombre moyen de patients différents (ou file active) vus pendant l'année 2002 par un omnipraticien libéral peut être estimé en Mayenne à environ 1 800 patients.

5.2 - Les soins en psychiatrie libérale

Parmi les 15 psychiatres libéraux installés en Mayenne fin 2003, huit sont âgés de 40 à 54 ans, et six de 55 et plus (pour un praticien, l'âge est inconnu).

Le nombre de psychiatres libéraux par habitant est inférieur en Mayenne de moitié par rapport à la valeur moyenne française.

Depuis le début des années 1990, l'effectif des psychiatres libéraux a augmenté de 2,6 % en moyenne chaque année (1,9 % en France métropolitaine et 2,4 % dans les Pays de la Loire) (voir tableau 5.2).

Tableau 5.2 : effectif des psychiatres libéraux au 31/12/2003

	<i>France métrop.</i>	<i>Pays de la Loire</i>	<i>Mayenne</i>
Effectif	5 960	254	15
Densité (pour 100 000)	10,0	7,7	5,2
Effectif 1991	4 761	190	11
TCAM * 1991-2003	1,89%	2,45%	2,62%

Source : CNAMTS

* TCAM : taux de croissance annuel moyen

Chaque psychiatre libéral effectue en moyenne 3 231 actes par an (en 2002), soit près de 20 % de plus qu'au niveau national (2 713 actes) et 16 % de plus qu'au niveau régional (2 794 actes). Depuis 1990, le nombre d'actes par psychiatre libéral a augmenté en Mayenne de 2,2 % en moyenne par an (2,3 % en France et 2,6 % dans la région).

Au plan national, un psychiatre libéral effectue en moyenne environ 9 actes par patient dans l'année (2002). Sur la base de cette moyenne, le nombre moyen de patients différents vus par un psychiatre libéral en Mayenne peut être estimé à environ 360.

La file active de l'ensemble des psychiatres libéraux du département peut être estimée à environ 5 400 personnes.

5.3 - Les soins en secteurs de psychiatrie

5.3.1 - Les effectifs de praticiens

En 2005, la Mayenne compte quatre secteurs de psychiatrie générale et deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

18 psychiatres (14,9 équivalent temps plein) (voir tableau 5.3), exercent dans les secteurs de psychiatrie générale, ce qui représente une densité de 6,9 praticiens (ETP) pour 100 000 habitants de 20 ans et plus.

En 2003, 13,3 psychiatres ETP exerçaient dans les secteurs de Mayenne.

En 2000, le nombre de psychiatres ETP exerçant dans les secteurs était de 14,9. La densité de psychiatres (ETP) était de 7,1 pour 100 000 habitants, soit une densité inférieure de 22 % à celle de la France (9,1).

Tableau 5.3 : répartition des psychiatres et généralistes des secteurs de psychiatrie (2005)

<i>Secteurs</i>	<i>Psychiatres*</i>		<i>Généralistes</i>	
	<i>Effectif physique</i>	<i>Effectif ETP</i>	<i>Effectif physique</i>	<i>Effectif ETP</i>
Laval Ouest	4	4,0	2	2,0
Laval Est	5	4,5	1	1,0
Mayenne	4	2,3	6	4,3
Château-Gontier	5	4,1	1	0,2
Total	18	14,9	10	7,5

Source : Directions des affaires médicales

** y compris assistants, assistants associés et PAC*

En 2005, 8 psychiatres (6,8 équivalent temps plein) exercent dans les deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, soit une densité de 9 praticiens (ETP) pour 100 000 habitants de moins de 20 ans.

En 2003, 5,5 psychiatres ETP exerçaient dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de la Mayenne.

En 2000, on dénombrait 6 psychiatres ETP dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de la Mayenne.

La densité de psychiatres des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour l'année 2000 (en ETP) était inférieure de 24 % à la moyenne nationale (7,9 médecins pour 100 000 habitants en Mayenne contre 10,4 en moyenne en France).

5.3.2 - File active des secteurs

En 2003, la file active (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année) est de 5 654 patients en psychiatrie générale et de 1 768 patients en psychiatrie infanto-juvénile, soit un total de 7 422 patients (ce total comprend un certain nombre de doublons, un même patient pouvant être vu la même année dans deux secteurs différents).

La file active des secteurs de psychiatrie en 2003 est de 7 422 patients en Mayenne.

L'effectif de la file active a progressé de 13 % depuis 2000 dans les secteurs de psychiatrie générale et de 10 % dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Le taux de recours est en 2003 de 26,3 patients pour 1 000 habitants de 20 ans et plus en psychiatrie générale, et de 23,2 pour 1 000 personnes de moins de 20 ans en psychiatrie infanto-juvénile.

Le taux de recours des patients âgés de 85 ans et plus est deux fois plus important que le taux de recours des patients de la file active de psychiatrie générale (tableau 5.4)

Le taux de recours des enfants âgés de 5 à 9 ans (tableau 5.5) est plus de 1,5 fois plus important que celui de la file active de psychiatrie infanto-juvénile.

Tableau 5.4 : effectif et taux de recours de la file active de psychiatrie générale par âge (2003)

Age	Effectif*	Taux pour 1 000
<15 ans	7	0,1
15-24 ans	626	17,8
25-44 ans	1990	25,5
45-64 ans	1654	24,7
65-84 ans	993	21,2
85 ans et +	263	42,0

* l'âge de tous les patients n'est pas connu

Tableau 5.5 : effectif et taux de recours de la file active de psychiatrie infanto-juvénile par âge (2003)

Age	Effectif*	Taux pour 1 000
< 5 ans	163	8,0
5-9 ans	676	36,8
10-14 ans	625	33,2
15-19 ans	267	14,5
20 ans et +	16	0,1

* l'âge de tous les patients n'est pas connu

En 2000, le taux de recours pour la Mayenne en psychiatrie générale (23,8 patients pour 1 000 habitants) était très proche de la moyenne régionale (23), et inférieur de 9 % par rapport à la moyenne nationale (26,3 pour mille).

En psychiatrie infanto-juvénile, le taux de recours en 2000 (21,1 pour 1 000) est inférieur au taux national (27,4) comme au taux régional (23,5).

5.3.3 - Les prises en charge à « temps complet »

En psychiatrie, les prises en charge à « temps complet » rassemblent les hospitalisations « plein temps » (PT), mais aussi les suivis en appartements thérapeutiques, en familles d'accueil...

En 2003, dans les secteurs de **psychiatrie générale** de la Mayenne, 1 285 patients, soit 23 % de la file active, ont été pris en charge « à temps complet » en 2003. Il s'agit essentiellement d'hospitalisations plein temps (1 282 patients).

Hospitalisations plein temps

Pour près de la moitié des patients hospitalisés plein temps en psychiatrie générale, c'est le seul mode de prise en charge dont a bénéficié le patient dans l'année. La durée moyenne annuelle d'hospitalisation par patient (nombre total de journées d'hospitalisation rapporté au nombre de patients hospitalisés) est de 47 jours.

Depuis 2000, le nombre de patients hospitalisés (PT) a diminué de 6 %, passant de 1 372 en 2000 à 1 285 en 2003.

Par ailleurs, une cinquantaine d'hospitalisations d'enfants ont été dénombrées dans les deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Le nombre d'hospitalisations a plus que doublé entre 2000 (21 hospitalisations) et 2003 (46). Ces hospitalisations ont été effectuées essentiellement dans le secteur nord (39 enfants parmi les 46), pour une durée moyenne d'hospitalisation de 27 jours dans l'année.

Hospitalisations sous contrainte

Parmi les patients hospitalisés plein temps en 2003, 240 personnes (19 %) ont été hospitalisées sous contrainte ; 32 personnes en hospitalisation d'office et 208 en hospitalisation à la demande d'un tiers.

Entre 1999 et 2003, le taux **d'hospitalisation à la demande d'un tiers** a baissé de 40 %, alors qu'il a augmenté de 52 % au plan régional pendant la même période.

Le taux **d'hospitalisation d'office** est de 15 pour 100 000 habitants de 20 ans et plus en Mayenne contre 18 pour 100 000 habitants au plan régional. Depuis 1999, ce taux a augmenté de 45 % en Mayenne, progression moins forte qu'au plan régional où il a doublé.

Les capacités d'hospitalisation

La Mayenne a une capacité de 387 lits installés d'hospitalisation en **psychiatrie générale** (source : SAE), dont 73 % en hospitalisation complète (ou plein temps), et 27 % en hôpital de jour (voir tableau 5.6). Le taux d'équipement en lits et places est pratiquement identique en Mayenne, dans la région, et au plan national.

Les trois établissements de santé et la clinique Notre-Dame de Pritz, disposent de 284 lits **d'hospitalisation complète** (SAE).

Tableau 5.6 : nombre de lits et places en psychiatrie au 1er janvier 2004 (SAE)

	France métrop.	Pays de la Loire	Mayenne
Psychiatrie infanto-juvénile			
Hospitalisation complète*	2 128	179	4
Taux d'équipement hospit. complète	16,8	24,8	6,1
Hospitalisation de jour	8 483	488	23
Taux d'équipement hospit. de jour	0,7	0,7	0,4
Total	10 611	667	27
Taux d'équipement	0,8	0,9	0,4
Psychiatrie générale (adultes)			
Hospitalisation complète*	57 585	2 798	284
Taux d'équipement HC	1,2	1,1	1,3
Hospitalisation de jour	17 437	1 257	103
Taux équip. hospit. jour	0,4	0,5	0,5
Total	75 022	4 055	387
Taux d'équipement	1,6	1,6	1,7

Source : SAE 2003

* y compris appartements thérapeutiques

En **psychiatrie infanto-juvénile**, le département dispose de 27 lits ou places, dont quatre lits d'hospitalisation complète (ou plein temps).

Le taux d'équipement en lits et places (SAE) est inférieur en Mayenne de moitié par rapport au taux national.

5.3.4 - Les prises en charge à temps partiel

Les prises en charge dites « à temps partiel » rassemblent les soins en :

- hôpital de jour
- centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)
- hospitalisation de nuit...

514 patients ont bénéficié d'une prise en charge à temps partiel en 2003 en **psychiatrie générale**, contre 590 en 2000 (- 13 %) : ce mode de prise en charge concerne 9 % des patients de la file active. Dans la très grande majorité des cas, ces patients bénéficient d'un autre mode de prise en charge (consultations, hospitalisations...).

La majorité des patients sont pris en charge en hôpital de jour (63 %), avec en moyenne, pour chaque patient, 61 journées d'hospitalisation.

157 patients ont bénéficié de soins en CATTP, avec une moyenne de 9,5 prises en charge par patient.

32 patients ont bénéficié d'une prise en charge en hôpital de nuit pour une moyenne de 24 nuits d'hospitalisation par patient.

Enfin, 184 patients ont bénéficié d'un autre mode de prise en charge à temps partiel, avec une moyenne de 9 prises en charge par patient.

La prise en charge à temps partiel dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile concerne 171 enfants (163 en 2000), soit 10 % de la file active. 29 enfants ont bénéficié d'une prise en charge exclusivement à temps partiel.

Le mode de prise en charge en CATTP est le plus fréquent (92 % des patients pris en charge à temps partiel) : 157 enfants ont bénéficié d'un accueil en CATTP pour une moyenne de 31 prises en charge annuelles par enfant.

Pour le secteur Sud, 55 enfants ont bénéficié d'une prise en charge en hospitalisation de jour, avec une moyenne annuelle de 42 prises en charge par enfant (cette donnée est manquante pour le secteur Nord).

5.3.5 - Les prises en charge ambulatoires

Les prises en charge dites « ambulatoires » concernent :

- les consultations en centre médico-psychologique,
- les soins en institutions substituts du domicile (maisons de retraite, foyers ou établissements pour handicapés...),
- les soins en unités de court séjour (consultations en général)...

En **psychiatrie générale**, 4 791 patients (4 368 en 2000) ont bénéficié d'une prise en charge ambulatoire en 2003, soit 85 % de la file active. C'est le mode de prise en charge qui concerne le plus grand nombre de patients. Pour de nombreux patients, il s'agit d'une prise en charge exclusive (81 %).

En psychiatrie générale, le département dispose de six centres médico-psychologiques (CMP) où sont délivrées des consultations de psychiatres et d'autres professionnels du soin. Parmi les patients pris en charge en « ambulatoire » dans les secteurs de Laval et

Château-Gontier, 87 % sont suivis en centre médico-psychologique (CMP). Chaque patient a bénéficié en moyenne de 7,8 actes dans l'année.

Cette donnée n'est pas disponible en revanche pour le secteur de Mayenne. Connaissant le nombre d'actes effectués dans l'année en CMP (10 511), on peut estimer à environ 1 340 le nombre de patients suivis en CMP par le secteur de Mayenne.

Au total, cela représente un effectif estimé de 3 711 patients suivis en CMP dans le département en psychiatrie générale.

Dans les deux secteurs de **psychiatrie infanto-juvénile**, 1 753 enfants (1 578 en 2000) ont bénéficié d'une prise en charge ambulatoire en 2003, soit 99 % de la file active. Pour 92 % des patients concernés, cette prise en charge est exclusive.

Dans les sept CMP qui accueillent des enfants dans le département, 1 665 enfants ont bénéficié d'au moins une consultation en 2003, avec en moyenne 11,4 prises en charge dans l'année.

5.4 - Les soins dans les structures gérées par le Syndicat Inter Hospitalier (Sih)

Les données concernant les structures gérées par le Sih proviennent exclusivement du rapport d'activité du Sih 2004.

5.4.1 - Accueil Familial Thérapeutique

0,1 psychiatre ETP exerce dans le service d'Accueil familial thérapeutique.

11 patients ont été accueillis dans le service d'Accueil familial thérapeutique en 2004. Pour cette même année, le nombre de journées d'accueil était de 2 913, soit une augmentation de 36 % par rapport à 2003, ce qui s'explique par le fait qu'en 2004, 3 nouveaux accueils ont été mis en place.

5.4.2 - Insertion et réinsertion Professionnelle

Un équivalent temps plein de 0,1 psychiatre est référent au service d'insertion et réinsertion professionnelle.

Les données concernant l'activité de 2004 du service d'insertion et de réinsertion professionnelle ne sont pas homogènes :

- celles concernant la période du 1/01/04 au 31/09/04, correspondent à l'accompagnement de personnes reconnues « travailleur handicapé » par la COTOREP et de personnes n'ayant pas de reconnaissance « travailleur handicapé »,

- celles concernant la période du 01/10/04 au 31/12/04, correspondent uniquement à l'accompagnement de personnes n'ayant pas de reconnaissance « travailleur handicapé ».

Du 1/01/04 au 31/09/04 : 132 personnes ont été accompagnées par le service d'insertion et de réinsertion professionnelle. 72 étant reconnues « travailleur handicapé » et 60 « non ».

Du 01/10/04 au 31/12/04 : depuis le 1/10/04, 4 nouvelles entrées ont été enregistrées, ce qui porte au nombre de 64 les personnes n'ayant pas de reconnaissance « travailleur handicapé » accompagnées par le service.

5.4.3 -Thérapies Familiales

Le service de thérapie familiale est localisé sur trois sites : Mayenne, Laval et Château-Gontier.

0,2 équivalent temps plein de psychiatre exerce au service de thérapie familiale.

Au total, 228 familles ou couples ont bénéficié du service de thérapie familiale en 2004 pour 175 en 2003.

Le nombre de séances atteignait 1 025 en 2004, soit un accroissement de +10 % par rapport à 2003. Cette augmentation s'explique par l'ouverture d'une journée d'accueil à Château-Gontier mais aussi par un nombre accru de familles reçues sur les deux autres sites. Pour la première fois depuis l'ouverture du service, une liste d'attente (de 4 à 6 mois), est établie.

5.4.4 - Centre de Cure Ambulatoire en Alcoolologie et Toxicomanie

Le CCAAT est situé sur trois sites : Laval, Mayenne et Château-Gontier.

Le CCAAT emploie 1,8 ETP de médecin (praticien hospitalier et médecin attaché).

En 2004, la file active est de 1 254 personnes dont 1 179 patients et 75 personnes de la famille et/ou de l'entourage des patients (tableau 5.7). Elle a augmenté de 21 % depuis 2003.

Le site de Laval accueille plus de 50 % des patients.

Tableau 5.7 : file active des patients selon le sexe

	<i>Laval</i>	<i>Mayenne</i>	<i>Château-Gontier</i>	<i>Total</i>
Hommes	508	284	184	976
Femmes	100	67	36	203
Total	608	351	220	1 179

Source : rapport d'activité 2004 du SIH

En 2004, le nombre de nouveaux patients est de 693, soit 59 % de la file active.

Le nombre d'actes de soins est de 8 184 (plus 188 au titre de soutien à l'entourage). Parmi ces actes, on dénombre pour 2004 :

- 22 % d'actes médicaux
- 57 % d'actes infirmiers
- 13 % d'actes psychologiques
- 8 % d'actes d'éducateurs spécialisés

Le nombre d'actes n'a progressé que de 2 % environ par rapport à 2003, une augmentation qui n'est pas en rapport avec celle, beaucoup plus importante, de la file active.

La population reçue est très majoritairement masculine (à plus de 80 %).

Plus de 60 % des patients ont entre 30 et 54 ans (tableau 5.8).

Tableau 5.8 : effectif des patients selon l'âge

Age	effectif	%
< 18 ans	46	4%
18-24 ans	156	13%
25-29 ans	94	8%
30-34 ans	134	11%
35-39 ans	162	14%
40-44 ans	155	13%
45-49 ans	136	12%
50-54 ans	141	12%
55-59 ans	70	6%
60-64 ans	46	4%
65-69 ans	22	2%
> 69 ans	15	1%
inconnu	2	0%
Total	1 179	100%

Source : rapport d'activité 2004 du SIH

Le produit à l'origine de la prise en charge est dans 81 % des cas l'alcool, dans 13 % des cas un psychodysléptique (essentiellement le cannabis et ses dérivés), dans 5 % des cas un sédatif (essentiellement opiacé) et dans 1% des cas le tabac.

Dans 33 % des cas, on retrouve une polytoxicomanie.

L'origine de la demande est dans 48 % des cas judiciaire, 16 % des patients consultent suite à une démarche personnelle, 7 % sont adressés par des partenaires spécialisés en addictologie, 3 % par la famille et le reste par les autres partenaires sanitaires et sociaux.

5.5 - Hospitalisations en unités de soins de courte durée

L'hospitalisation d'enfants ou adultes pour troubles mentaux représente une part non négligeable de l'activité de soins de court séjour (médecine).

Ainsi, le nombre d'hospitalisations en service de médecine-chirurgie-obstétrique ayant comme motif un trouble mental est passé en Mayenne de 2 000 séjours en 1998 à 2 160 en 2002, avec toutefois une pointe en 2001 (2 351 hospitalisations)(voir tableau 5.9). Ces données, qui proviennent de l'exploitation du PMSI, dénombrent les séjours (et non les patients) des personnes domiciliées dans le département, quel que soit leur lieu d'hospitalisation.

Tableau 5.9 : diagnostic principal des séjours pour troubles mentaux en unités de soins MCO en 2002 en Mayenne (PMSI)

	<i>Nombre de séjours</i>
Démences (sauf Alzheimer)	106
Maladie et démence Alzheimer	96
Intoxication aiguë due à l'alcool	648
Alcoolisme chronique et trouble mental dû à l'alcool	162
Schizophrénie et autre trouble délirant non organique	64
Dépression et autre trouble de l'humeur	545
Trouble névrotique, de la personnalité et du comportement	353
Trouble psychosomatique alimentaire	71
Autre trouble mental	114
TOTAL	2 160

Source : DREES, données domiciliées redressées

Plus du tiers des hospitalisations sont liées à la consommation excessive d'alcool, et une hospitalisation sur quatre a un diagnostic principal de dépression. Les problèmes de démences représentent environ une hospitalisation sur dix.

D'après les données du PMSI, 17 % des séjours et 37 % des journées d'hospitalisation concernent des personnes âgées de 75 ans ou plus.

On observe un recours beaucoup plus fréquent en Mayenne pour ce type de motif qu'en moyenne en France (+57 % en 2002). La situation est encore plus accentuée en Sarthe avec un indice de recours supérieur de 66 % par rapport à la moyenne nationale.

Les données 2003 (non redressées), par territoires de santé, font apparaître des variations géographiques importantes à l'intérieur du département, pour cet indicateur.

En 2003, le taux de recours des habitants du territoire de santé de Laval est deux fois plus important que la moyenne nationale. Dans le territoire de Château-Gontier, ce taux est supérieur de 76 % par rapport à la valeur moyenne. En revanche, dans le territoire de santé de Mayenne, où était implanté le CHS, les recours aux soins pour ces motifs sont aussi fréquents qu'au plan national.

5.6 - Prise en charge de populations spécifiques

5.6.1 - Structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées

Le département de la Mayenne compte 70 structures pour personnes âgées, et sept unités de soins de longue durée, qui offrent une capacité d'accueil de 4 665 places et logements (voir tableau 5.10).

Le taux d'équipement (nombre total de places en maison de retraite, logement-foyer et unité de soins de longue durée rapporté à la population âgée de 75 ans et plus) est au même niveau en Mayenne et dans la région. Mais ce taux est supérieur au taux d'équipement moyen français.

Mais ces différents établissements ne constituent pas un ensemble homogène : les unités de soins de longue durée accueillent essentiellement des personnes très dépendantes alors que les logements-foyers hébergent une majorité de personnes valides.

A la fin 2003, le département de la Mayenne avait dans la région Pays de la Loire le plus fort taux d'APA par habitant : 20 bénéficiaires de l'APA pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus contre 16 pour 100 en moyenne dans les Pays de la Loire, taux inférieur à la moyenne nationale (18 pour 100).

Tableau 5.10 : établissements pour personnes âgées au 31/12/2003

	Pays de la Loire		Mayenne	
	Nombre d'établissements	Nombre de places	Nombre d'établissements	Nombre de places
Maisons de retraite	448	31 127	52	3 432
Logements-foyers	245	13 369	18	608
Soins de longue durée	68**	5 329	7**	625
Total	761	49 825	77	4 665
Taux d'équipement*		18,8		18,3

* nombre de lits et places pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus

** nombre d'établissements au 31/12/2000

Source : DRASS (Statiss)

5.6.2 - Structures d'hébergement et de soins pour enfants handicapés

D'après une étude effectuée par l'ORS concernant les enfants âgés de 8 ans et connus des CDES de la région en 2002, le nombre d'enfants de cet âge porteurs d'une déficience en Mayenne est de 71.

Cela correspond à un « taux de prévalence » des enfants « porteurs de handicap » de 21 pour 1 000 enfants âgés de 8 ans en Mayenne (en 2002). Cette prévalence n'est pas différente de celle observée dans les autres départements de la région ni de celle constatée dans d'autres études nationales.

Les établissements d'éducation spéciale et les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) disposent, dans le département de la Mayenne, de 651 places (voir tableau 5.11). Le taux d'équipement global en lits-places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans est identique au taux national (8,6 pour mille), et inférieur au taux régional. Ce ratio global peut cependant cacher des situations différentes selon le type de handicap pris en charge.

Tableau 5.11 : établissements et services pour enfants en situation de handicap au 31/12/2003

<i>Etablissements pour enfants</i>	<i>Pays de la Loire</i>		<i>Mayenne</i>	
	<i>Nombre d'établissements</i>	<i>Nombre de places</i>	<i>Nombre d'établissements</i>	<i>Nombre de places</i>
Déficients mentaux	62	3 862	5	375
Polyhandicapés	4	297	1	28
Troubles du comportement	15	759	0	0
Déficients sensoriels	6	469	0	0
Handicapés moteurs	10	380	1	9
Total établissements	97	5 767	7	412
Services de soins et CAFS		2 155		239
Taux d'équipement global *		9,3		8,6

* nombre de lits et places pour 1000 jeunes de moins de vingt ans

Source : DRASS (Statiss)

5.6.3 - Structures d'hébergement et de soins pour adultes handicapés

Il existe 27 établissements accueillant des adultes handicapés en Mayenne avec au total près de 800 places, dont près de la moitié correspondent à des places en foyer d'hébergement (voir tableau 5.12). Le secteur des adultes handicapés est celui qui a bénéficié des créations les plus importantes, au cours des dix dernières années, sous l'impulsion des conseils généraux.

Tableau 5.12 : établissements et services pour adultes en situation de handicap au 31/12/2003

	<i>Pays de la Loire</i>		<i>Mayenne</i>	
	<i>Nombre d'établissements</i>	<i>Nombre de places</i>	<i>Nombre d'établissements</i>	<i>Nombre de places</i>
Foyer d'hébergement	81	1 827	10	373
Foyer de vie, foyer occupationnel	120	2 840	11	251
Foyer d'accueil médicalisé	17	566	2	38
Maison d'accueil spécialisée	26	1 062	4	136

Source : DRASS (Statiss)

Pour ces différents équipements, la Mayenne se trouve plutôt dans une situation favorable par rapport à la moyenne française (deux fois plus de places de MAS en Mayenne qu'au plan national).

Tableau 5.13 : établissements de travail protégé au 31/12/2003

	<i>Pays de la Loire</i>		<i>Mayenne</i>	
	<i>Nombre d'établissements</i>	<i>Nombre de places*</i>	<i>Nombre d'établissements</i>	<i>Nombre de places*</i>
Centres d'aide par le travail	83	5 593	11	702
Atelier protégé	51	2 542	4	183

* le nombre de places en atelier protégé est variable. Les personnes handicapées y sont employées avec un contrat de travail, alors que le CAT est une institution sociale.

Source : DRASS (Statiss)

On dénombre 702 places en Centre d'aide par le travail et 183 en atelier protégé (voir tableau 5.13). Les taux d'équipements relatifs à ces structures (respectivement 4,7 et 1,22) sont nettement supérieurs aux taux constatés au niveau national au 31/12/2002 (3,03 et 0,53).

Bibliographie

La santé observée dans le territoire de santé de Laval

ORS des Pays de la Loire, avril 2005 - 74 p.

La santé observée dans le territoire de santé de Château-Gontier

ORS des Pays de la Loire, avril 2005 - 74 p.

La santé observée dans le territoire de santé de Mayenne

ORS des Pays de la Loire, avril 2005 - 74 p.

Psychiatrie et santé mentale 2005-2008

Ministère chargé de la santé, 2005 - 98 p.

Recherche d'indicateurs en santé au travail. A propos d'une enquête sur les maladies à caractère professionnel menée dans les Pays de la Loire en 2003

Delphine Labarthe-Bouvet

Université de Nantes, 2005 - 171 p. (thèse de médecine du travail)

Approche de la morbidité dans les Pays de la Loire à partir des ALD 30 et des maladies professionnelles. Mise à jour année 2003

URCAM des Pays de la Loire, 2005 - 45 p.

Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale. Rapport final

Anne Lovell, Institut de veille sanitaire, octobre 2004 - 72 p.

Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités

Magali Coldefy, Emmanuelle Salines, DREES

« Etudes et Résultats », n° 342, octobre 2004 - 12 p.

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolutions et disparités

Magali Coldefy, Emmanuelle Salines, DREES

« Etudes et Résultats », n° 341, septembre 2004 - 12 p.

Les secteurs de psychiatrie générale en 2000

Magali Coldefy, DREES

« Documents de Travail. Série Etudes », n° 42, mars 2004 - 119 p.

Psychiatrie et santé mentale. Innovations dans le système de soins et de prise en charge

« Revue Française des Affaires Sociales », n° 1, janvier-mars 2004 - 273 p.

Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans. Synthèse des résultats nationaux et régionaux

INPES, 2004 - 216 p.

La santé observée dans les Pays de la Loire. Edition 2003-2004. Tableau de bord régional sur la santé

ORS des Pays de la Loire, janvier 2004 - 188 p.

Le secteur libéral des professions de santé en 2002. Médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, laboratoires, auxiliaires médicaux
CNAMTS

« Carnets Statistiques », n° 110, 2004 - 157 p

La santé des jeunes en Mayenne

ORS des Pays de la Loire, novembre 2003 - 39 p.

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000

Magali Coldefy, Emmanuelle Salines, DREES

« Documents de Travail. Série Etudes », n° 32, mai 2003 - 119 p.

Livre blanc de la psychiatrie

Fédération française de psychiatrie

Editions John Libbey Eurotext, 2003 - 234 p.

Rapport sur la santé mentale en Mayenne

Christian Bonval, Nicole Chavallard, Marc Ellion, Gérard Massé, Murielle Rabord,
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Mission d'appui en santé mentale, mai 2002 - 34 p.

Tableau de bord départemental « La santé observée en Mayenne »

ORS des Pays de la Loire, juin 2000

Indicateurs santé-précarité dans le département de la Mayenne

ORS des Pays de la Loire, janvier 2000 - 25 p.

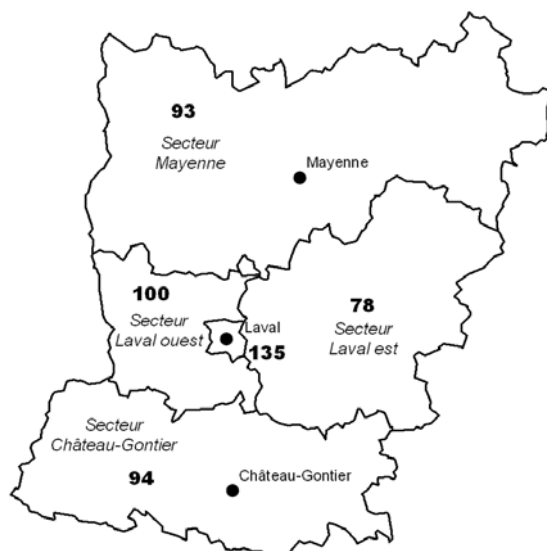
L'offre de soins en psychiatrie : des « modèles » différents selon les départements ?

Anne Guilmin, Bénédicte Boisguérin, Claudine Parayre, DREES

« Etudes et Résultats », n° 48, janvier 2000 - 8 p.

Annexe

**Nombre d'omnipraticiens pour 100 000 habitants de 15 ans et plus
selon les secteurs de psychiatrie générale**



**Nombre d'omnipraticiens pour 100 000 habitants de moins de 15 ans
selon les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile**

