



Premier bilan
« Plan psychiatrie - Santé mentale 2005-2008 »

&

Lancement de la campagne d'information
« Dépression : en savoir plus pour en sortir »

Dossier de presse

Contact presse – Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
Géraldine Dalban Moreynas - Conseillère pour la Communication et la Presse
01 40 56 40 14

Sommaire

- I- Discours de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports**

- II- Epidémiologie de la dépression**

- III- La consommation médicamenteuse d'antidépresseurs en France**

- IV- Premier bilan du plan « Psychiatrie - Santé mentale 2005 – 2008 »**

- V- Les nouvelles actions pour 2008 dans le cadre du plan « Psychiatrie - Santé mentale »**

- VI- Présentation de la campagne « Dépression chez l'adulte: en savoir plus pour en sortir »**

I. Discours de Roselyne Bachelot-Narquin.

Prononcé ce mardi 9 octobre devant la conférence-débat « Comment passer des recommandations aux pratiques », organisé par l'association France dépression à l'occasion de la journée européenne de la dépression.

Discours de Roselyne BACHELOT-NARQUIN
Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Quatrième journée européenne de la dépression
Mardi 9 octobre 2007

Sous réserve du prononcé

Mesdames et Messieurs,

A vous tous, associations, représentants des malades, acteurs institutionnels, professionnels de santé, qui êtes ici réunis à l'occasion de ces journées, je voudrai dire, pour commencer, que vous constituez pour moi l'exemple même de cette communauté solidaire qui doit unir toutes les compétences et fédérer toutes les bonnes volontés pour pouvoir agir efficacement au quotidien.

A cet égard, le travail accompli par France dépression force l'admiration. Soutenus par la vigueur de vos convictions, vous avez su depuis 15 ans maintenant, clairement identifier les besoins, ceux des patients et de leurs familles souvent désemparées, et promouvoir, dans un esprit d'ouverture, le cercle vertueux de fructueuses coopérations.

Cependant, je ne saurai m'exprimer ici sans profiter de l'occasion qui m'est offerte pour m'adresser aussi aux thérapeutes et aux soignants qui, en l'espèce, méritent toute notre reconnaissance. Leurs compétences spécifiques, leur professionnalisme, constituent pour tous la précieuse garantie de la perpétuation et du renforcement des bonnes pratiques.

Je suis heureuse, en effet, de pouvoir ouvrir en votre compagnie cette journée de travail, organisée ici-même, pour la première fois au sein du ministère. Vous qui dans vos fonctions avez l'habitude de déceler et d'interpréter des signes, vous qui devez toujours conjuguer rigueur scientifique et esprit de finesse, je ne doute pas que vous saurez deviner le sens de cette hospitalité symbolique.

*

Longtemps la dépression, comme d'autres troubles psychiques, a échappé à l'investigation médicale. Objet d'étonnement, de réprobation, condamnées avant d'être soignées, craintes et parfois tournées en dérision, ces pathologies assimilées au vice plutôt qu'à la maladie, ont été jugées bien avant que d'être comprises.

Ces temps sont révolus. Nous pouvons l'espérer. Mais il reste encore beaucoup à faire si nous voulons nous assurer que l'histoire jamais ne se répète. Certes, le regard social a changé. Les traitements se sont perfectionnés. Les derniers développements des sciences humaines, les contributions croisées de la philosophie, de la psychanalyse et des sciences ont favorisé l'émergence de nouvelles problématiques. Les méthodes de la psychiatrie se

sont affinées. La prise en charge des malades souffrant de pathologies psychiques a clairement bénéficié des avancées de la médecine.

Cependant, les perspectives de progrès sont encore immenses. Soyez donc assurés que je mettrai tout en œuvre pour contribuer à l'amélioration conjointe de l'information divulguée, de la formation dispensée aux professionnels de santé et de la qualité des soins prodigués.

*

La dépression, nous le savons tous, n'est pas tout à fait une maladie comme les autres. On y entre souvent de manière graduée, sans savoir nommer clairement le mal dont on souffre. Contrairement à la douleur physique, la souffrance induite, plus englobante et diffuse, n'est jamais distinctement localisée. L'état dépressif n'est pas toujours reconnu comme il devrait l'être et identifié comme le symptôme d'une maladie.

Ainsi, un grand nombre de préjugés doit être battu en brèche si l'on veut bien se donner les moyens de mieux prévenir et de mieux guérir une maladie qui frappe au cours de sa vie près d'un Français sur cinq.

Disons-le sans ambages : la stigmatisation dont peuvent faire l'objet les dépressifs est la conséquence dramatique d'une ignorance qui s'ignore. A cet égard, il convient encore et toujours d'améliorer la qualité de l'information divulguée concernant cette maladie. Certes, il n'existe pas un profil type du dépressif. En ce sens, chacun d'entre nous doit se sentir concerné. La dépression, ça n'arrive pas qu'aux autres. S'en sortir, ce n'est pas qu'une affaire de volonté.

La dépression est l'affaire de tous parce qu'elle peut aussi frapper chacun d'entre nous, parfois d'ailleurs sans crier gare, au moment où l'on pourrait le moins s'y attendre. Si cette maladie est, dans certains cas, aussi complexe à dépister, c'est qu'elle défie souvent le pronostic, surprend les familles et plongent ceux qui en subissent l'effet dans un abattement d'autant plus grand qu'ils n'en comprennent pas eux-mêmes les raisons.

Cependant, les données épidémiologiques nous apportent dans le même temps, quelques éclairages bien utiles. Il existe des âges plus sensibles : en particulier les plus jeunes, de 18 à 25 ans, et les plus âgés, les octogénaires. Les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes. Certaines situations, objectivement liées aux événements dramatiques qui peuvent ponctuer la vie professionnelle et familiale de chacun d'entre nous, font, comme on s'en doute, assez facilement le lit de la dépression.

A l'appui de ce double constat, il nous faudra poursuivre et renforcer nos campagnes d'information de manière à ce qu'elles puissent toucher chacun d'entre nous, par les canaux les plus appropriés à chaque occurrence spécifique.

L'amélioration des pratiques, la bonne diffusion des recommandations utiles, constituent à mes yeux, bien entendu, une véritable priorité de santé publique.

*

Les progrès de la prise en charge de la dépression constituent, d'ores et déjà, un objectif clairement désigné du plan psychiatrie et santé mentale. Cependant, il conviendra de renforcer le « programme dépression », notamment pour améliorer l'information et les conditions d'un dépistage plus efficace auprès des plus jeunes. A cet effet, je me

tournerai vers Xavier Darcos et Valérie Pécresse pour que nous puissions découvrir ensemble les moyens d'améliorer, en milieu scolaire et à l'Université, la détection de cette maladie qui touche aujourd'hui un trop grand nombre d'adolescents et de jeunes adultes.

La prévention, en particulier auprès des personnes les plus fragiles, auprès des plus isolés de nos concitoyens, quelles que soient les raisons de leur retranchement, constituera une des arches fondamentales de ma politique. Il faudra, sur ce front, être offensif et innovant.

Dans cet esprit, je suivrai avec la plus grande attention les résultats de vos travaux. Soyez donc assurés de trouver ici même, au sein de mon cabinet, les conditions d'une écoute attentive et la plus grande disponibilité, dès lors qu'il s'agira de bâtir ensemble, et pour les générations futures, un véritable ministère de la vie, soucieux de donner à chacun les moyens de prendre en main sa santé dans un projet au long cours.

Je vous souhaite une bonne journée.

Je vous remercie.

II. Epidémiologie de la dépression.

→ *Nombre de personnes touchées en France sur la population générale:*

▫ **Les différentes études montrent que 5 à 15 % de la population française seraient touchés par un épisode dépressif au cours de l'année.**

Dans l'enquête baromètre santé, **le pourcentage de la population touché par une dépression au cours des douze derniers mois est de 7,8%, ce qui représente plus de 3 millions de français.** Ces épisodes dépressifs sont le plus souvent d'intensité moyenne ou sévère (prévalence à un an de 7,4%).

▫ Pour comparaison, la prévalence à un an de l'épisode dépressif caractérisé en Suisse est estimée à 7% et varie entre 3 et 5% aux USA, au Canada ou en Italie.

→ *Caractéristiques en fonction du sexe, de l'âge ou du statut marital :*

▫ **Les femmes ont deux fois plus de risque** que les hommes de faire un épisode dépressif caractérisé (EDC) dans l'année. Elles sont également plus exposées aux rechutes et à la chronicisation de la dépression.

▫ **Deux classes d'âge sont plus à risque de dépression**, celle des 18 – 25 ans dans les deux sexes, celle des 45- 54 ans chez les femmes et celle des 35-44 ans chez les hommes. L'âge de survenue du premier épisode de dépression apparaît de plus en plus tôt depuis les années 50.

▫ **Les personnes vivant seules** sont plus exposées au risque de dépression que celles vivant en couple (ratio 1,3 dans l'enquête baromètre santé de 2005).

▫ **L'avancée en âge est un facteur de protection** (les 55 à 74 ans sont les moins touchées) mais après 80 ans les troubles dépressifs sont accentués.

▫ **Le chômage ou des conditions de vie précaire** sont associés à une prévalence plus importante de l'épisode dépressif caractérisé dans plusieurs enquêtes.

▫ Les effets sur la dépression de la catégorie socioprofessionnelle, du niveau d'études et de la taille de l'agglomération de résidence sont variables selon les études.

→ *Consultations auprès d'un professionnel de santé des personnes ayant présenté un épisode dépressif :*

Ce taux est faible :

Il varie de 12% (baromètre santé 2005) à 36% dans une enquête européenne menée en 2001-2003 (ESEMED). Dans toutes les études le médecin généraliste est le premier recours.

→ *Autres éléments :*

- Les maladies chroniques (cancer, diabète, maladie rhumatismale,...) et certaines pathologies mentales comme les troubles anxieux sont souvent associées à une dépression (EDC).
- **Un tiers des personnes (34.7%) présentant un état dépressif caractérisé indique dans l'enquête baromètre santé de 2005 avoir cessé leur travail en raison de problèmes psychologiques.**
- **Le nombre moyen de jours d'arrêt est de 81 jours** (108 jours pour un épisode sévère et 10 jours pour un épisode léger).
- **Le risque de décès par suicide est 10 fois plus élevé** chez les patients déprimés que dans la population générale. L'intensité de l'idéation suicidaire est corrélée à la sévérité de l'épisode dépressif.
- **La dépression selon l'OMS est l'une des principales causes d'années de vies perdues** soit par baisse de l'espérance de vie soit par incapacité.

III. La consommation médicamenteuse d'antidépresseurs :

→ Les différents types d'antidépresseurs :

Les médicaments antidépresseurs ont pour cible thérapeutique principale le traitement des épisodes dépressifs.

Certains d'entre eux ont également d'autres indications comme par exemple le traitement des troubles anxieux ou des troubles des conduites alimentaires.

Aussi la consommation médicamenteuse d'antidépresseurs ne reflète pas exactement la fréquence des troubles dépressifs.

Quatre classes thérapeutiques principales d'antidépresseurs existent :

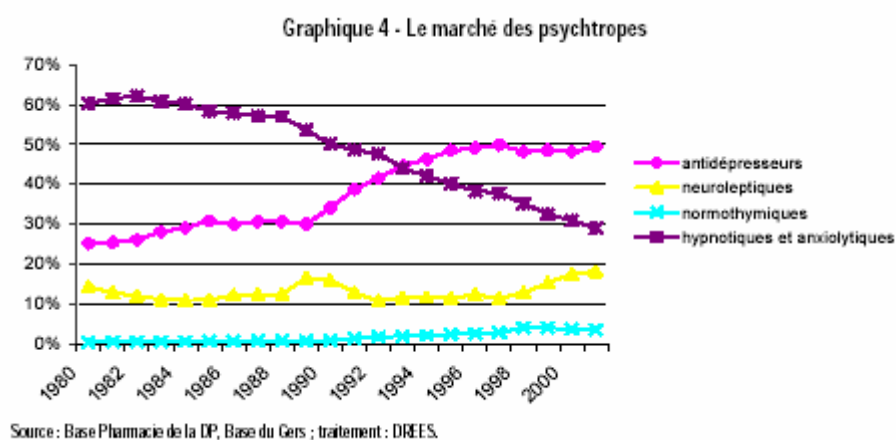
- les inhibiteurs de la mono-amine oxydase (IMAO) les plus anciens des antidépresseurs,
- les imipraminiques (ou tricycliques) découverts dans les années 50,
- les inhibiteurs sélectifs de recaptage de la sérotonine (ISRS) apparus dans les années 80,
- les inhibiteurs de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRSNA).

→ *La consommation d'antidépresseurs en France :*

Entre 1980 et 2001 la vente des antidépresseurs a été multiplié par plus de 7 :

- 543 millions d'euros en 2001 versus 84 millions d'euros en 1980 (en euros de 2001)¹ alors que l'ensemble du marché du médicament connaissait une progression de 2.7.

Cette forte croissance est due à l'apparition de différents médicaments appartenant aux ISRS ou ISRSNA entre 1987-1990 qui représentent 76% du marché des antidépresseurs en 2001.



Mais les données de ces dernières années montrent un ralentissement de la progression du marché des antidépresseurs.

▫ **Le montant des remboursements d'antidépresseurs²** des assurés du régime général de l'assurance maladie **est estimé à 468 M€ en 2004** avec une marge de progression entre 2003 et 2004 de 1,6% alors qu'elle était de 6,1% entre 2001 et 2002 (prescripteurs de ville uniquement).

▫ **Ce montant représente 72% environ des remboursements de médicaments antidépresseurs de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.**

▫ **Les antidépresseurs remboursables de la classe des ISRS représentent 1,6% du chiffre d'affaires des ventes des laboratoires pharmaceutiques** aux officines de ville ³ en 2006 (près de 290 M€) au lieu de 1,9% du chiffre d'affaires de 2005.

Ce déclin des ISRS s'explique par la montée en charge des génériques (44% des ventes contre 35% en 2005) et une légère baisse des volumes (-1,5%).

¹ DREES série études n°36-octobre 2003 : les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001

² Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé- juin 2006 – page 119

³ DREES, études et résultats n° 590 – aout 2007

▫ **Le pourcentage d'assurés sociaux présentant au remboursement au moins une prescription d'antidépresseurs augmente avec l'âge.**

▫ **Il est maximum pour la tranche d'âge 50-59 ans** dans les deux enquêtes réalisées auprès d'un public d'assurés sociaux (enquête de 2000 du régime général de la CNAM et enquête de 2004 de la MGEN).

▫ **Dans l'enquête du baromètre santé menée en 2000** auprès d'un échantillon aléatoire de la population française interrogé par téléphone :

- 9,3% des personnes déclarait avoir fait usage d'antidépresseurs au cours des 12 derniers mois ;
- 6% des hommes et 12,4% des femmes déclarait avoir consommé au moins un antidépresseur dans la semaine passée.

Fréquence déclarée de l'usage d'antidépresseurs par classes d'âge⁴

	12 – 14 ans	15 – 19 ans	20 – 25 ans	26 – 34 ans	35 – 44 ans	45 – 54 ans	55 – 64 ans	65 – 75 ans
Antidépresseurs	1,3%	3,9%	6,3%	6,4%	9,6%	10,8%	12,4%	10,3%

▫ **L'enquête menée par la MGEN en 2004** montre que **près de 11% des assurés ont présenté au remboursement au moins une prescription d'antidépresseurs dans l'année.**

▫ **Dans l'enquête de la CNAM de l'année 2000 :**

- 9,7% des personnes du régime général ont obtenu le remboursement d'au moins un antidépresseur,
- les femmes ont présenté au remboursement un antidépresseur deux fois plus souvent que les hommes,
- 90% des personnes sont suivis par un médecin généraliste.
- 29% des personnes ne présente dans l'année qu'une seule demande de remboursement de médicament antidépresseur.

▫ **Le rapport de juin 2006 de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS)** sur le bon usage des médicaments psychotropes déplorait l'absence d'étude permettant de connaître la consommation médicamenteuse en fonction du diagnostic posé et la nécessité d'une meilleure diffusion des recommandations de bonne pratique de prescription des médicaments psychotropes.

⁴ Baromètre santé 2000 cité par rapport 2006 de l'OPEPS – page 106.

IV. Premier bilan du plan psychiatrie santé mentale (PPSM) 2005 – 2008

1- Rappels généraux sur le plan « psychiatrie - santé mentale 2005 – 2008 » :

→ Le plan Psychiatrie et santé mentale (PPSM) 2005-2008 vise à impulser les **nécessaires évolutions de l'offre de soins** en psychiatrie et des services d'accompagnement et d'accueil sociaux et médico-sociaux, pour une amélioration du soin et de l'insertion des patients.

→ **Ce plan a adopté une perspective globale** : continuum entre les établissements qu'ils soient sanitaires, sociaux ou médico-sociaux et amélioration de leur qualité, formation des professionnels, amélioration des pratiques professionnelles et de la recherche clinique.

→ **Les mesures prévues sont de ce fait nombreuses (210 actions programmées) et s'inscrivent dans des domaines divers autour de cinq axes :**

1. Une prise en charge décloisonnée.
2. Des actions en faveur des patients, des familles et des professionnels.
3. Le développement de la qualité et la recherche.
4. La mise en œuvre de programmes spécifiques : dépression et suicide ; actions santé/justice notamment sur les auteurs d'agressions sexuelles ; périnatalité, enfants et adolescents ; populations vulnérables : urgence médico-psychologique en cas de catastrophe, personnes âgées, personnes en situation de précarité et d'exclusion.
5. Le développement du suivi et de l'évaluation de ce plan.

→ **Les moyens affectés :**

Plus d' 1 milliard 150 millions d'euros :

- 287,5 millions d'euros en fonctionnement ;

- 188 millions d'euros en subventions au titre du fonds de modernisation des établissements de santé publique et privés (FMESPP) pour les équipements, la formation, le tutorat ...;

- 750 millions d'euros d'investissements (financement à hauteur de 50% des opérations de modernisation et de restructuration du parc hospitalier).

2- Les actions structurantes ont été mises en œuvre dès les premières années du plan :

→ 60% des actions prévues ont déjà été réalisées ou engagées au cours des deux premières années de mise en œuvre du plan.

Parmi celles-ci trois démarches apparaissent particulièrement structurantes pour l'avenir de l'offre en psychiatrie et santé mentale :

- *L'investissement hospitalier :*

Le PPSM prévoyait un programme d'investissement d'un montant de 750 millions d'euros permettant la réalisation d'opérations de modernisation et de restructuration du parc hospitalier à hauteur de 1.5 milliard d'euros, sur la base d'un financement de 50% des opérations par les pouvoirs publics.

Dès 2006, le choix des opérations a été effectué et a permis de sélectionner 342 projets dans l'ensemble des régions.

Parmi ces 342 projets, sont en cours :

- la reconstruction du CHS de NAVARRE à Evreux ;
- la délocalisation du CHS de Moisselles (95) dans le nord des Hauts-de-Seine et sa reconstruction complète;
- la reconstruction du CH Ste Marie à Clermont-Ferrand (PSPH) ;
- la reconstruction du CHS du Mans ;
- la construction d'une unité d'admission (court séjour) à Charles Perrens à Bordeaux ;
- la reconstruction plus près de la ville du CHS de Montbert (44).

- L'évolution de l'offre sociale et médico-sociale en matière d'accompagnement des personnes souffrant de troubles mentaux :

Un volet important concerne le développement, dans le domaine **social et médico-social**, de démarches d'accompagnement des personnes qui privilégient l'insertion des patients par l'accès au logement et/ou à une activité qu'elle soit sociale ou professionnelle.

Cette politique vise à renforcer la qualité de vie des personnes et à faire évoluer l'offre médico-sociale afin que **l'offre de soins se concentre sur son cœur de métier** : différentes études montrent que plus de **20% des lits de la psychiatrie sont occupés par des personnes qui ne trouvent pas d'hébergement adaptés.**

Le bilan du plan montre **un développement soutenu des places en établissements médico-sociaux**, une montée en charge progressive des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et un développement des groupes d'entr'aide mutuelle (GEM) qui se poursuit sur l'ensemble du territoire.

- la politique en faveur des personnels :

→ **Première tranche du plan : 2005 – 2006 :**

Depuis la mise en place du plan, la formation des personnels de la psychiatrie a concerné plus de 3000 personnes, dans le cadre de la démarche d'adaptation à l'emploi et de tutorat des jeunes professionnels infirmiers.

Cette politique de formation s'est accompagnée de créations de postes **dans les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie :**

- **1433 postes de professionnels non-médicaux et paramédicaux ont déjà été créés (infirmiers, psychologues...)** ;
- **173 postes de médecins spécialisés ont également été créés.**

→ **Deuxième tranche du plan : 2007 - 2008 :**

L'objectif est de créer par an:

- **environ 800 postes de professionnels non-médicaux et paramédicaux (Infirmiers, psychologues...)** ;
- **environ 100 postes supplémentaires de médecins spécialisés.**

3- Des évolutions budgétaires positives :

- L'allocation des budgets est conforme aux prévisions :

Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale prévoit une délégation pluri-annuelle de crédits de fonctionnement de 287,53M d'euros sur la période 2005-2008, complétés par 188 millions d'euros du Fonds de Modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Entre 2005 et 2006, plus de 52% des crédits prévus en fonctionnement ont été alloués aux régions.

L'analyse des crédits alloués et des postes créés en 2006 dans les régions fait apparaître **un rééquilibrage en faveur de la psychiatrie infanto-juvénile et des alternatives à l'hospitalisation.**

→ **Les moyens affectés :**

Plus d'1 milliard 150 millions d'euros avaient été annoncés :

- **Sur les 287,5 millions d'euros** annoncés en fonctionnement, **141,37 millions** avaient déjà été délégués au niveau régional fin 2006.

- **Sur les 188 millions d'euros annoncés en subventions** (au titre du fonds de modernisation des établissements de santé publique et privés (FMESPP) pour les équipements, la formation, le tutorat), **55,6 millions** avaient déjà été alloués fin 2006.

- **Sur les 750 millions d'euros d'investissements** (financement à hauteur de 50% des opérations de modernisation et de restructuration du parc hospitalier), **300 millions d'euros** ont déjà été financés. **Le reste le sera d'ici 2008.**

- Le suivi des crédits de fonctionnement montre un effet d'entraînement avantageux :

Grâce à un effort financier complémentaire, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont renforcé les efforts financiers du ministère de la Santé en accordant des crédits supplémentaires à ce plan. Elles ont alloué :

- **18 millions d'euros supplémentaires en 2005 ;**

- **9.2 millions d'euros supplémentaires en 2006.**

4- La déclinaison du plan « Psychiatrie- Santé mentale » sur le terrain :

De nombreuses actions se sont développées en région pour adapter le plan « Psychiatrie - santé mentale » aux réalités locales :

- La mise en place de schémas régionaux :

En 2006, l'ensemble des régions ont publié leur Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) de troisième génération et leur Programme Régional de Santé Publique (PRSP). L'analyse de ces documents montre une bonne appropriation par les régions des objectifs du plan.

- Des actions ciblées en fonction des populations :

Des projets spécifiques ont été mis en place en fonction de certaines catégories de population qui nécessitent un traitement particulier : personnes âgées, adolescents, patients à risque suicidaire, populations précaires, personnes handicapés psychiques.

→ **25 équipes mobiles précarité** ont ainsi été mises en place à la fin du premier semestre 2007.

Ces équipes pluri-disciplinaires (médecins, infirmiers, psychiatres...), basées dans des centres hospitaliers, sont spécifiquement dédiées à la prise en charge des personnes en situation de précarité. Elles vont à la rencontre des populations qui en ont besoin que ce soit à domicile, dans les services d'urgences ou dans les permanences d'accès aux soins de santé.

→ D'autres projets ont également vu le jour, illustrant les évolutions dans l'organisation des soins par **le développement des structures alternatives à l'hospitalisation, la création de réseaux de soins** et la formalisation des coopérations avec les professionnels libéraux comme avec les structures sociales et médico-sociales.

V. Les nouvelles actions pour 2008 dans le cadre du plan « Psychiatrie - Santé mentale »

En 2008, les priorités du ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports seront développées sur trois axes:

- Poursuivre les efforts financiers pour améliorer les structures sur tout le territoire et renforcer le nombre de professionnels ;
- Développer des programmes spécifiques en faveur de populations vulnérables ;
- Réformer la loi du 27 juin 1990 sur les droits des malades mentaux.

1- Poursuivre les efforts financiers pour améliorer les structures sur tout le territoire et renforcer le nombre de professionnels;

La modernisation et la restructuration du parc hospitalier :

* Poursuite du volet **investissement** de **750 millions d'euros** prévu au lancement du plan et permettant la réalisation d'opérations de modernisation et de restructuration du parc hospitalier. **Ce volet permettra aux 342 projets sélectionnés en 2006 de prendre corps.**

* Cette volonté se traduit notamment par un accompagnement financier de ce programme dans l'ONDAM 2008 : **crédits à hauteur de 21 millions d'euros** (investissements par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés – FMESPP - et crédits d'aide à la contractualisation).

Le renforcement des crédits pour la création de postes :

En ce qui concerne les crédits d'assurance maladie alloués au fonctionnement des établissements de santé publics et privés, **46 millions d'euros** de crédits supplémentaires sont prévus dans l'ONDAM 2008 afin de :

* **financer les centres de ressources** pour les auteurs d'infractions sexuelles et des **actions en géronto-psychiatrie** (financement d'équipes pluridisciplinaires) ;

* renforcer les **moyens humains des équipes de psychiatrie** et créer des équipes nouvelles pour améliorer les conditions de fonctionnement des structures de prise en charge - en particulier l'hospitalisation complète en psychiatrie, les urgences, la prise en charge ambulatoire et les alternatives à l'hospitalisation ;

2- Développer des programmes spécifiques en faveur de populations vulnérables;

→ Dans le cadre du projet de loi de finances (PLF 2008), des crédits sont prévus à hauteur de **6 millions d'euros** pour permettre la prise en compte de **deux actions spécifiques** :

- *le lancement d'une nouvelle stratégie de prévention du suicide.*

Les crédits seront consacrés de façon prioritaire au développement de la prévention, aux formations pluridisciplinaires pour le repérage de la crise suicidaire, notamment chez les plus vulnérables - jeunes, notamment jeunes homosexuels, personnes âgées - et à la réalisation d'études permettant d'approfondir les connaissances.

- *l'accompagnement de la loi du 10 août 2007 :*

Cette loi a pour objectif de **lutter contre la récidive des majeurs et des mineurs. Pour cela, le dispositif de prise en charge**, notamment lors de la sortie des détenus sous injonctions de soins, sera renforcé.

L'objectif est notamment de tripler le nombre de médecins coordonnateurs sur le territoire (150 aujourd'hui, objectif de 450 fin 2008). Une action de revalorisation de leurs honoraires sera menée pour le début de l'année 2008.

3- Réformer la loi du 27 juin 1990 sur les droits des malades mentaux :

La loi du 27 juin 1990 relative aux droits des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation prévoit :

- L'existence de **deux dispositifs de prise en charge sanitaire** des personnes souffrant de troubles mentaux et ne pouvant consentir aux soins en raison de ces troubles :

- l'hospitalisation sans consentement sur demande d'un tiers (HDT), prononcée par le directeur de l'établissement sur la base de deux certificats médicaux (un seul en cas d'urgence) ;
- l'hospitalisation d'office (HO), prononcée par le préfet (éventuellement précédée par une mesure provisoire du maire en cas d'urgence) pour les personnes nécessitant des soins et portant atteinte gravement à l'ordre public ou à la sûreté des personnes en raison de ces troubles.

En 2003, 66 000 admissions en HDT et 11 000 HO, avec une part des hospitalisations sous contrainte dans les hospitalisations en psychiatrie relativement stable : **13% depuis 1997.**

Des discussions sont actuellement menées avec les différents ministères concernés (Ministère de l'intérieur, ministère de la justice...) pour dégager les principaux axes de réforme de ce texte qui seront discutés avec les différents acteurs (associations, experts, professionnels...)

VI. Présentation de la campagne :
« Dépression chez l'adulte : en savoir plus pour en sortir »

I. Qu'est-ce que la dépression ?

La dépression est une maladie psychique qui se caractérise par une tristesse importante, une baisse de l'humeur à un degré nettement anormal, une diminution marquée de l'intérêt pour toute activité et une fatigue inhabituelle et excessive, des troubles du sommeil, des pensées morbides, etc. Ces troubles se distinguent des modifications normales de l'humeur par leur gravité, leur durée (plusieurs semaines au moins), leurs répercussions (souffrance psychique, altération du fonctionnement social...) et la souffrance morale ressentie, différente des expériences usuelles. Ils ne se rapportent pas forcément à une difficulté particulière de la vie mais peuvent néanmoins être associés à un stress excessif et permanent ou à certaines périodes de la vie ou de l'année.

L'épisode dépressif peut être plus ou moins sévère, les symptômes plus ou moins nombreux et intenses et la durée plus ou moins importante mais il représente dans tous les cas une véritable souffrance au quotidien pour la personne atteinte.

Les émotions que ressentent ces personnes, les idées qui les traversent sont envahies d'une souffrance morale permanente, plus insupportable que toute autre souffrance déjà endurée. La différence avec les émotions habituelles de la vie se manifeste par l'impression d'être coupé de leur entourage. L'état dépressif se caractérise par un changement profond par rapport au fonctionnement habituel.

La dépression peut toucher tout le monde, quel que soit son âge, son sexe, son niveau social. Elle ne relève ni d'une fatalité, ni d'une faiblesse de caractère. La volonté seule ne suffit pas pour en sortir, notamment parce que cette maladie provoque un sentiment de dévalorisation de soi et des pensées négatives.

Le malade éprouve des difficultés dans tous les domaines de la vie quotidienne.

Sa **vie affective** est réduite à un sentiment de tristesse intense, incompréhensible et envahissant. Les petits plaisirs de la vie disparaissent, la vie perd tout sens. Le malade réagit avec une grande sensibilité aux situations de la vie quotidienne, et en même temps, il a l'impression de ne plus éprouver d'émotions. Enfin, l'anxiété est un symptôme souvent fréquent en cas de dépression. Sa **vie intellectuelle** se caractérise par un ralentissement : difficulté à trouver ses mots, à réfléchir, à fixer son attention, à retenir ce que l'on vient de lire. Il lui faut faire un effort très important pour accomplir des tâches qui, jusqu'alors, s'effectuaient naturellement, sans y penser. A cela viennent s'ajouter dévalorisation de soi et culpabilité : le malade ne se sent bon à rien, se pense sans valeur et entretient des pensées négatives, notamment autour de la mort. Ses **mécanismes corporels se dérèglent**. L'appétit est altéré (diminué ou au contraire excessif) ; le sommeil se dégrade (souvent court, peu profond, moins réparateur, ou au contraire en excès, donc abrutissant) ; la vie sexuelle est affectée. Des douleurs (maux de tête, problèmes digestifs,...) et des dérèglements de certaines fonctions du corps, comme la tension artérielle peuvent apparaître. **Un manque d'énergie permanent**, que ni le repos ni le sommeil n'atténuent, envahit le malade. Cette fatigue se double d'un découragement et d'une douleur physique et morale. Il faut plus de temps pour accomplir les tâches habituelles. La parole est lente, traînante, la personne a le sentiment de ne plus être capable de réagir.

Les conséquences de ces symptômes dépressifs sur le fonctionnement quotidien sont considérables. Toutes les relations du malade sont affectées, au sein du couple et de sa famille, avec ses amis et dans le milieu professionnel.

L'entourage est également confronté à des difficultés pour comprendre et reconnaître la maladie.

Pour l'entourage, la dépression est très difficile à comprendre, souvent perturbante et génératrice d'anxiété pour ceux qui ne l'ont pas vécue de l'intérieur. Il est difficile de savoir comment réagir de façon appropriée pour aider le malade tout en se préservant soi-même, trouver sa juste place.

Il est très difficile d'identifier la maladie car certains de ces symptômes ressemblent superficiellement à l'expression d'émotions courantes comme la tristesse ou le découragement, que tout le monde ressent et parvient à surmonter. Une fois la maladie identifiée et prise en charge par un professionnel, il n'est pas toujours simple de soutenir son proche dépressif sans l'étouffer, lui apporter affection, écoute et patience.

Les proches jouent un rôle essentiel en termes de soutien et d'aide à la démarche de soin. La présence de personnes réconfortantes et valorisantes peut protéger de la dépression ou favoriser la guérison. A l'inverse, leur absence peut faciliter l'apparition ou la réapparition de la dépression.

II. La dépression : une maladie répandue mais méconnue

La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues. Chaque année, près de 8 %⁵ des Français de 15 à 75 ans (soit plus de 3 millions de personnes) vivent une dépression, et près de 19 %⁶ des adultes (soit près de 8 millions de personnes) ont vécu ou vivront une dépression au cours de leur vie.

La dépression est aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Jeunes enfants, adolescents, adultes et personnes âgées, hommes ou femmes, la dépression touche tout le monde. Cependant, certaines personnes semblent plus sujettes à la dépression, notamment les femmes.

Environ deux fois plus de **femmes** sont diagnostiquées comme souffrant de dépression, une femme sur cinq connaîtra un épisode dépressif, et seulement un homme sur dix⁶ sera atteint au cours de sa vie.

Les données des différentes études épidémiologiques réalisées sur la population française s'accordent sur la prévalence des troubles dépressifs chez les femmes et sur le fait que **l'avancée en âge est un facteur de protection** (les moins touchées sont les personnes âgées de 55 à 74 ans). Bien sûr, pour des raisons organiques (maladies), la prévalence des troubles dépressifs repart à la hausse chez les octogénaires.

Quant aux risques de morbidité et de co morbidité, ils sont supérieurs chez les personnes dépressives. La dépression est la **première cause de suicide** : près de 70 % des personnes qui décèdent par suicide souffraient d'une dépression, le plus souvent non reconnue ou non prise en charge. Environ 8 % de la population adulte¹ déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie.

Des difficultés à se reconnaître comme dépressifs

Près de la moitié des personnes touchées présente **des difficultés à se reconnaître comme dépressive**. Le principal obstacle à cette identification se trouve dans la difficulté à

⁵ Baromètre santé 2005, premiers résultats

⁶ Rapport final sur l'enquête dépression en pop. générale Anadep 2006

reconnaître ces symptômes qui peuvent s'apparenter à des états d'âme (tristesse, insomnie, fatigue). Une autre raison réside dans la difficulté à se considérer comme un malade et à l'accepter, en attribuant ces symptômes à une difficulté momentanée de la vie.

Seules 38,3 %⁷ des personnes souffrant de troubles dépressifs déclarent avoir consulté un professionnel de santé. Les hommes, les jeunes et les personnes âgées sont les personnes qui ont eu le moins recours aux soins (respectivement 33,7 %, 25,7 % et 26,4 %⁵).

Quant à l'entourage, il a souvent tendance à encourager le malade à croire qu'il s'agit d'une faiblesse passagère.

Une méconnaissance des professionnels de santé et des structures de soin

Quand on est dépressif et qu'on en a conscience, il n'est pas toujours facile de savoir à qui s'adresser ni vers quelle structure de soins se tourner. Les proches sont eux aussi souvent ignorants face aux solutions existantes.

La moitié des personnes (53,6 %⁸ de la population générale et 46,9 % des personnes souffrant de dépression) **déclare ne pas connaître la différence entre un psychologue et un psychiatre.**

Les médecins généralistes sont les professionnels les plus consultés par les personnes dépressives au cours des 12 derniers mois (54,7 %⁹); avant les **psychiatres** (34,6 %) et les **psychologues** (18,6 %).

Une minorité de personnes atteintes s'est tournée vers des structures de soins : 13,7 % sont allés dans un centre médico-psychologique (CMP), 5,7 % dans un hôpital et 5,5% aux urgences.

50 %¹⁰ des Français déclarent ne pas connaître d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner ces malades.

Savoir, où et à quel professionnel s'adresser est essentiel. La prise en charge de la maladie est parfois complexe et fait appel à de multiples acteurs qui n'ont ni les mêmes compétences, ni les mêmes qualifications.

III. Quelle prise en charge pour les malades ?

Le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur pour les problèmes de santé. Il est compétent pour les diagnostiquer et pour proposer un traitement adapté ou orienter vers un professionnel en santé mentale. Le médecin généraliste est donc au cœur du système de prise en charge. Il occupe une position centrale dans l'itinéraire d'un patient dépressif. Son rôle est capital pour repérer la maladie, orienter le patient vers la meilleure prise en charge et susciter son adhésion au traitement. Il doit souvent faire face au déni de la maladie par le patient et parfois, au rejet ou à l'inobservance du traitement.

⁷ « La dépression en France : prévalence, facteurs associés et consommation de soins » Morvan Y, Prieto A, Briffault X. Baromètre santé, 2005.

⁸ Rapport final sur l'enquête dépression en pop. générale Anadep 2006.

⁹ « La dépression en France : prévalence, facteurs associés et consommation de soins » Morvan Y, Prieto A, Briffault X. Baromètre santé, 2005.

¹⁰ « La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites, Études et résultats, n° 116, Drees, Anguis M., Roelandt J.-L., Caria A., 2001.

Le médecin peut avoir recours à deux types de prise en charge de l'épisode dépressif : la psychothérapie et les traitements médicamenteux qui peuvent être utilisés **seuls ou conjointement**, en fonction de l'intensité de la maladie.

La psychothérapie. C'est un traitement à part entière de la dépression, de nombreuses études ont permis d'en prouver l'efficacité et d'en préciser les indications. Elle est proposée par des professionnels (psychiatres, psychologues...) qui ont reçu une formation adaptée. Il existe différentes méthodes de psychothérapie mais elles sont avant tout fondées sur un échange de personne à personne qui s'instaure grâce à l'écoute, la bienveillance, l'absence de jugement et la compréhension du patient. L'objectif de cette relation est de permettre l'expression de ce que le patient vit, ressent et pense en toute liberté, sans crainte d'être jugé ou critiqué.

Les médicaments antidépresseurs. Toutes les dépressions ne nécessitent pas de traitement par médicaments antidépresseurs. Les antidépresseurs visent à réduire de façon significative les symptômes dépressifs et leurs conséquences dans la vie quotidienne. Ils aident généralement à restaurer le fonctionnement normal du sommeil, de l'appétit, à retrouver une perception positive de la vie, et ce, dès 3 à 4 semaines de traitement continu. Un suivi médical est nécessaire pendant toute la durée du traitement et pour son arrêt.

Une guérison totale et durable est possible. Lorsque la personne a bénéficié de traitements et d'un suivi adéquats, le risque de réapparition des symptômes et la souffrance qui existe sont largement diminués. D'où l'intérêt d'une prise en charge précoce de la maladie.

En complément des traitements évoqués, il est important que la personne dépressive prenne soin d'elle en essayant de pratiquer certaines activités physiques (marche, natation...), en ayant un régime alimentaire équilibré, en maintenant ou développant les liens avec d'autres personnes (famille, amis, voisins, collègues...) et en étant vigilant par rapport à sa consommation d'alcool et des substances addictives.

IV. Un dispositif d'information pour favoriser une meilleure connaissance et améliorer la prise en charge de la dépression chez l'adulte

Comment faire la différence entre une « déprime » et une dépression ? Quelles sont les solutions de prise en charge selon les degrés de sévérité de la maladie ? Quelles informations donner au patient et à son entourage ? Quels conseils pour sa vie quotidienne ?

C'est pour répondre à ces questions que le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et l'INPES lancent, dans le cadre du plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008, un dispositif d'information sur la dépression de l'adulte. Ce dispositif « **La dépression, en savoir plus pour en sortir** » s'adresse à la fois aux personnes dépressives, à leur entourage et aux professionnels de santé. Il vise, grâce à une meilleure information du public, à favoriser le recours aux soins de ceux qui en ont besoin et à raccourcir les délais dans lesquels un diagnostic est établi.

En 2005, seuls 44,2%¹¹ des Français s'estimaient bien informés sur la dépression. L'amélioration de l'information et de la prise en charge des personnes souffrant de troubles dépressifs représente un enjeu majeur de santé publique.

Un dispositif d'information mené en étroite collaboration avec experts et professionnels de santé

¹¹ Gautier A., Pin S., Courouve L., « Perception de la santé et qualité de vie » in Guilbert P., Gautier A., Baromètre Santé 2005

Il s'appuie sur l'implication de personnalités aux compétences multiples, à tous les niveaux de la santé mentale : patients (associations), praticiens, scientifiques, experts, chercheurs et représentants de sociétés savantes.

Ce dispositif grand public se compose de deux outils référents sur la dépression, ses symptômes et les différents traitements possibles : un guide complet sur la maladie, « **La dépression, en savoir plus pour en sortir** », qui a pour objectif d'améliorer le dialogue entre le patient et son médecin et un site Internet www.info-depression.fr,

Tous deux visent à aider le grand public à distinguer la « déprime » de la dépression, en améliorer la connaissance (degrés de gravité, diversité des modalités de prise en charge, variété des intervenants professionnels...) et inciter au dialogue avec les proches et les professionnels de santé.

Pour promouvoir ces deux outils, une grande campagne media nationale est lancée à la fin du mois d'octobre ; un film TV et des témoignages radio font prendre conscience de la gravité de la dépression et informer sur les outils mis à la disposition du grand public.

1- Le guide « **La dépression, en savoir plus pour en sortir** » est le premier guide d'information



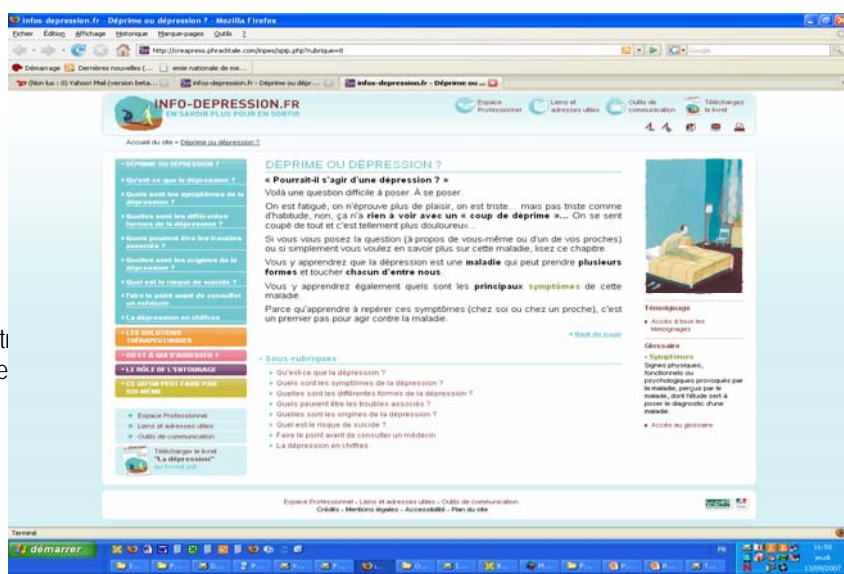
sur la dépression chez l'adulte accessible à tous. Il présente la maladie, ses symptômes ; offre une description pratique des principaux traitements (psychothérapie et médicaments antidépresseurs) ; donne les informations qui permettent de savoir qui et où consulter et quelles sont les modalités de remboursements ; délivre des conseils à la personne qui souffre et à son entourage ; se termine par des adresses et des numéros utiles (associations, centres d'écoute et d'aide).

Ce guide est le pilier du dispositif. Il a pour objectif d'améliorer l'information sur la dépression et le recours aux soins. Il est validé par un comité composé de patients, de sociétés savantes et d'experts, co-signataires du livret, qui l'ont conçu pour être accessible. Des entrées de chapitres synthétiques, des témoignages, des définitions, des

illustrations en facilitent la lecture.

Edité à 500 000 exemplaires, il sera diffusé à plus de 100 000 exemplaires via les professionnels de la santé et les réseaux de prévention (médecins généralistes et spécialistes, centres d'actions sociales, pharmaciens...). Ce guide peut être consulté, téléchargé ou commandé gratuitement sur le site Internet www.info-depression.fr. Un numéro dédié à la commande, 0 821 22 23 24¹² (0,12 €mn depuis un poste fixe) est mis en place du 8 octobre au 31 décembre 2007.

2 - Le site Internet www.info-depression.fr constitue le deuxième outil référent de cette



¹² Les commandes par téléphone peuvent être commandées sur le site de l'INPES (www.inpes.fr)

campagne. Dédié aussi bien au grand public qu'aux professionnels de santé, il a pour vocation de fournir les informations nécessaires pour reconnaître et comprendre les symptômes de la maladie et accompagner les proches. Des témoignages de patients et de proches illustrent cette démarche.

Le grand public peut télécharger le guide « *La dépression, en savoir plus pour en sortir* » et lire les témoignages de personnes ayant connu des troubles dépressifs.

Les professionnels de santé, quant à eux, peuvent, sur un espace qui leur est dédié, trouver des documents scientifiques : études, rapports, publications...

3 - Le dépliant « *La dépression, en savoir plus pour en sortir* » est diffusé auprès des



professionnels de santé et des organismes sociaux pour présenter les outils mis à la disposition du grand public : le guide et le site Internet www.info-depression.fr.

Clair et synthétique il offre des réponses concises aux principales questions que se posent les malades ou leur entourage sur les troubles dépressifs : Qu'est-ce que la dépression ? Quelles sont les solutions pour en sortir ? Qui et où consulter pour un diagnostic et pour un traitement ? Que faire concrètement ?

Près d'un million de dépliant est diffusé aux réseaux de santé et de prévention, pour être mis à disposition notamment dans les salles d'attente des médecins généralistes et spécialistes. Le grand public pourra le trouver dès fin octobre auprès des organismes de santé, organismes sociaux, centres d'assurance maladie, centres de médecine du travail... Les professionnels et les lieux accueillant du public peuvent le commander au 0 821 22 23 24 (12 centimes d'euro/min depuis un poste fixe) ou sur l'espace « professionnels » du site : www.info-depression.fr.

5 millions d'exemplaires sont disponibles, au total.

4 - Un film d'animation TV et des témoignages radio pour sensibiliser les Français à la dépression, les inciter à parler de leurs troubles avec leur médecin, promouvoir le guide.

Ce film d'animation de 30 secondes alerte sur la gravité de la maladie à travers une présentation des symptômes et des effets de la dépression. Il invite à s'informer en commandant le guide par téléphone ou via internet.

Le graphisme emprunté au guide facilite l'identification aux personnages mis en scène et permet d'exprimer des émotions qu'un jeu d'acteur rendrait difficilement.

Ce spot sera diffusé sur les principales chaînes nationales du 29 octobre au 11 novembre 2007.



Parallèlement, les principales [radios](#) diffuseront du 3 au 11 novembre 2007 quatre spots qui reprennent les témoignages de personnes concernées par la dépression : des personnes malades ou qui l'ont été et des personnes de leur entourage. Chaque spot de 40 secondes annoncera le numéro de téléphone mis à la disposition des auditeurs pour se procurer le guide ou l'adresse du site Internet.