

pour tous et sur l'ensemble du territoire, où la notion de parcours de soins prédomine et au sein duquel, et à juste titre, l'ensemble des professionnels de santé et des associations de patients ont un rôle central à jouer. À ce titre, le psychiatre, par le suivi au long cours des patients qu'il accueille, a développé une haute expertise de la prise en charge de la pathologie chronique et des processus qui l'accompagnent que sont l'éducation thérapeutique et la réhabilitation des patients.

Enfin, la place du psychiatre à travers l'expertise psychiatrique ne cesse d'interroger la société sur la vision qu'elle a des troubles psychiques et de leurs conséquences juridiques. Depuis la loi de 1838 et jusqu'à encore très récemment, les droits des patients atteints de troubles psychiques nécessitent une vigilance particulière pour leur garantir une protection indispensable dans laquelle le psychiatre joue un rôle clé.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.195>

FA20B

Le métier de psychiatre en 2030 par un psychiatre des hôpitaux en exercice

A. Dervaux

Addictologie, centre hospitalier Sainte-Anne, 75014 Paris, France

Mots clés : Psychiatrie ; Accès aux soins ; Relation médecin-malade

De nombreux défis se posent à la Psychiatrie à l'horizon 2030. Sous la pression économique, l'organisation des soins pourrait être profondément modifiée. Dans quelle mesure le risque de restriction des ressources pourrait-il limiter l'accès aux soins ? L'offre de soins sera-t-elle suffisante sur tout le territoire ? Le sanitaire se sera-t-il rapproché du médico-social ? Comment faire face au défi de demandes plus exigeantes des patients, à celui de la perméabilité entre les cultures qui devraient s'accroître ? Comment gérer les refus de traitements ? Avec quelles pratiques pour les soins sans consentement ? Comment faire avec le développement de programmes et de protocoles de soins de plus en plus complexes, comprenant notamment des techniques de réhabilitation cognitive ? Le dépistage précoce et les soins des sujets avec un état mental à risque doivent-ils être développés à large échelle ? Comment le développement des centres experts et des surspécialités telles que l'addictologie, la psychogériatrie et la psychiatrie de la précarité peuvent-ils optimiser la discipline psychiatrique ? L'accroissement des psychiatres psychopharmacologues ou spécialistes de techniques de soins nouvelles (TMS) est-il souhaitable ? En pratique, comment ces surspécialités vont-elles développer les relations avec les secteurs psychiatriques ? Avec des unités d'intervention mobiles ? Avec des lits d'hospitalisation dédiés ? Avec plusieurs niveaux, locaux, régionaux, universitaires ? Les concepts de la réhabilitation seront-ils répandus ? La place des nouvelles technologies devrait s'accroître. Le développement des réseaux sociaux de patients pourrait influencer la relation médecin-malade [1]. Sera-t-il opportun que des psychiatres supervisent des sites Internet grand public spécialisés de qualité ? [2] Le développement des dossiers électroniques et de dispositifs de traçage de la prise des médicaments, pourraient améliorer l'observance et la qualité des soins mais poseront aussi de nombreux problèmes éthiques et philosophiques, notamment de confidentialité et de perte des libertés individuelles [3].

Références

- [1] DeCamp M, Koenig TW, Chisolm MS. Social media and physicians' online identity crisis. *JAMA* 2013;310:581–2.
- [2] Friedman RA. The role of psychiatrists who write for popular media: experts, commentators, or educators? *Am J Psychiatry* 2009;166:757–9.
- [3] Velligan D, Mintz J, Maples N, Xueying L, Gajewski S, Carr H, et al. A randomized trial comparing in person and electronic interventions for improving adherence to

oral medications in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2012, <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbs116>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.196>

Rencontre avec l'expert

R6

Psychiatrie et risques psychosociaux au travail

P. Légeron

Centre hospitalier Sainte-Anne, 75014 Paris, France

Mots clés : Risques psychosociaux ; Stress ; Santé mentale ; Travail
Le monde du travail a profondément changé et il ne ressemble guère à celui décrit par Émile Zola dans *Germinal*. À la pénibilité essentiellement physique s'est progressivement substituée une pénibilité psychologique. Les facteurs de stress sont nombreux : changements et réorganisations de plus en plus fréquents, course effrénée à la performance et à la productivité, perte du sens de son travail, nombreuses attentes non satisfaites, relations entre individus parfois tendues voire violentes, dissolution du lien social et du collectif. Ces facteurs représentent de véritables risques pour la santé. Les diverses études publiées indiquent que c'est près de 25% des salariés qui souffrent de stress. Le lien entre stress psychosocial et diverses pathologies est maintenant bien établi scientifiquement. Non seulement pour des troubles psychiques (dépression, *burn out*, suicide) mais aussi physiques (maladies coronariennes, troubles musculo-squelettiques). Comme le souligne le Bureau international du travail, les risques psychosociaux sont non seulement les risques émergents dans le monde du travail mais ils représentent aussi le plus grand danger pour la santé des travailleurs et la performance économique des entreprises qui les emploient. Des actions de prévention doivent donc être mises en place à tous les niveaux (préventions primaire, secondaire et tertiaire) mais aussi dans tous les domaines (l'organisation du travail, les pratiques managériales et l'aide à apporter aux individus). Si les acteurs de cette prévention (internes ou externes aux entreprises) sont nombreux, car c'est l'affaire de tous, le rôle du psychiatre est essentiel. En collaboration avec les services de santé au travail, il apporte son expertise dans le domaine des pathologies mentales tant dans l'identification et le diagnostic que dans leur prévention ou leur prise en charge.

Pour en savoir plus

Bellego M, Légeron P, Ribéreau-Gayon H. Les risques psychosociaux au travail. De Boeck, Bruxelles, 2012.

Krauze J, Méda D, Légeron P, Schwartz Y. Quel travail voulons-nous ? Les Arènes, Paris, 2012.

Légeron P. Le stress au travail. Odile Jacob, Paris 2003.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.197>

R12

Bilan des équipes mobiles psychiatrie précarité 8 ans après la circulaire du 23 novembre 2005

C. Alezrah

Centre hospitalier de Thuir, 66000 Perpignan, France

Mots clés : EMPP ; Précarité ; SDF ; Soins ; Troubles mentaux

On sait aujourd'hui qu'il y a d'authentiques malades mentaux dans la rue. De plus en plus d'équipes investissent ce champ d'intervention et se trouvent confrontées à des situations cliniques et à des partenaires nouveaux. Ces malades qui cumulent les facteurs d'exclusion ne s'adressent pas spontanément au dispositif de soins. C'est pour faciliter leur accès à des soins aussi banalisés que

possible que se sont développées les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Ce dispositif semble nouveau mais en fait il n'en est rien puisque les premières sont apparues en milieu des années 90 et ont atteint leur majorité. D'autres plus récentes sont apparues après la circulaire du 23 novembre 2005 cadrant les actions de ces équipes. Depuis, elles se sont déployées avec plus ou moins de moyens, tant auprès du public en grande précarité qu'auprès des acteurs sociaux de première ligne. Une enquête avait été réalisée en 2007 puis en 2011. Elle a été réitérée cette année auprès de plus d'une centaine d'EMPP. Les résultats mettent en évidence l'ampleur des besoins et la saturation de ces équipes qui couvrent au fil des ans un territoire de plus en plus large. Les intervenants proposent une photographie de l'existant et le partage d'une réflexion sur la prise en charge des malades mentaux en grande précarité, à partir d'une expérience de terrain.

Pour en savoir plus

Alezzah C et al. Psychotiques et sans abri, quelles réponses ? Rev Fr Psychiatr Psychol Med 2002;54:73–78.

Alezzah C. Considérer l'autre comme semblable. Info Psychiatr 2005;333–336.

Mercuel A. La souffrance psychique des sans abris. Éditions Odile Jacob, 2012.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.198>

Session thématique : Inégalités sociales et territoriales de santé mentale

Président : L. Plancke, Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale, 59000 Lille, France

S6A

Social inequalities in antidepressant treatment

A. Bocquier^a, S. Cortaredona^a, H. Verdoux^{a,b}, P. Verger^a

^a Observatoire régional de la santé, Paca/UMR 912 SESSTIM/Aix Marseille université, 13006 Marseille, France

^b Inserm U657, Bordeaux University, 33000 Bordeaux, France

Keywords: Antidepressive agents; Access to health care; Factors; Socioeconomic; Multilevel analysis

Purpose.– We studied the relation between individual and neighborhood socioeconomic characteristics and the probability of:

- new long-duration antidepressant treatment;
- early antidepressant discontinuation.

Methods.– We followed two cohorts of inhabitants of Marseille (aged 18–64 years) covered by the National Health Insurance Fund (NHIF) for 2.5 years. In the first cohort (316,412 individuals in 2008), we studied new long-duration antidepressant treatments (≥ 4 antidepressants prescription claims within 6 months after the index claim, and none in the 6 months before). The second cohort was restricted to the 14,518 individuals with a new episode of antidepressant treatment prescribed by a private GP in 2008–2009 to study early treatment discontinuation: < 4 antidepressant prescription claims in the 6 months following the index claim. We developed a deprivation index at the neighborhood level (census block) and used multivariate multilevel logistic models adjusted for consultations with GPs and psychiatrists. In the second cohort, analyses were further adjusted on GPs characteristics.

Results.– First cohort: the probability of new long-duration antidepressant treatments was negatively associated with both individual low income and neighborhood deprivation. Second cohort: low income, and prescribers' clientele composition (high proportion of disadvantaged patients) were independently associated with an

increased risk of early discontinuation. A significant interaction was found between low income and gender.

Conclusions.– Our results add further evidence supporting the existence of inequalities in antidepressant treatment at both the individual, GP and neighborhood levels, and that these inequalities occur principally during the processes of care. Inequalities in antidepressant continuation are more pronounced among women. Further research is warranted to improve our understanding of their mechanisms.

Further reading

Andersen I, Thielen K, Nygaard E, Diderichsen F. Social inequality in the prevalence of depressive disorders. J Epidemiol Community Health 2009;63:575–581.

Bocquier A, Cortaredona S, Verdoux H, et al. Social inequalities in new antidepressant treatment: a study at the individual and neighborhood levels. Ann Epidemiol 2013;23:99–105.

Mair C, Diez Roux AV, Galea S. Are neighbourhood characteristics associated with depressive symptoms? A review of evidence. J Epidemiol Community Health 2008;62:940–946.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.199>

S6B

Les disparités dans l'offre publique de soins en psychiatrie

M. Coldefy

Institut de Recherche et de Documentation en Économie de Santé (IRDES), 75018 Paris, France

Mots clés : Psychiatrie ; Territoires ; Offre de soins ; Disparités

Le système français de prise en charge de la santé mentale se caractérise par une diversité des organisations, des financements, des structures et des modalités de soins et d'accompagnement (Coldefy, 2005). Il peut être considéré comme quantitativement important, notamment en regard de ce qui est consacré à la psychiatrie en termes d'équipement et de ressources humaines dans d'autres pays, et qualitativement innovant, de par l'organisation pionnière en réseau de son offre hospitalière publique (le secteur psychiatrique) (Coldefy, Le Fur, Lucas-Gabrielli et Mousquès, 2009). L'atlas 2005 de la santé mentale produit par l'OMS (World Health Organization, 2005) place la France dans les sept premiers pays au monde pour la densité de psychiatres et d'infirmiers exerçant en santé mentale, avec respectivement 22 psychiatres et 98 infirmiers pour 100 000 habitants, et dans les quinze premiers pour le nombre de lits par habitant avec 12 lits pour 10 000 habitants. Cependant, la prise en charge de la santé mentale en France est marquée par de fortes disparités territoriales. Si le secteur de psychiatrie constitue un cadre organisationnel ou fonctionnel commun, les capacités et les moyens humains, mais également les pratiques organisationnelles sont très disparates, de même que le degré d'engagement vers une psychiatrie communautaire. À ces disparités propres au secteur psychiatrique, s'ajoutent des disparités d'implantation de l'offre de soins non sectorisée (établissements privés, certains services psychiatriques universitaires, psychiatres libéraux) mais aussi des structures d'hébergement et d'accompagnement médico-social et social pour les personnes en situation de handicap psychique. Les différents acteurs du champ de la psychiatrie et de la santé mentale sont appelés avec la loi HPST, à contribuer ensemble à la prise en charge de la maladie mentale au sein des territoires de santé. Nous proposons dans cette communication de caractériser les disparités d'offre entre territoires de santé.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.200>

S6C

Les facteurs associés à la variation de la mortalité par suicide en France