

LA SANTÉ MENTALE ET LA CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHOTROPES EN GUYANE :

*Etat des lieux et évaluation de la faisabilité
pour l'intégration d'indicateurs
dans la Banque de Données Sanitaires de Guyane*

Observatoire
Régional de la
Santé de
Guyane
*Centre de Ressources
de l'Information Sanitaire
et Médico-Sociale*

Téléphone
05 94 29 78 00
Télécopie
05 94 29 78 01
Courriel
contact@ors-guyane.org
Site
www.ors-guyane.org





Observatoire Régional de la Santé de Guyane
Centre de Ressources de l'Information Sanitaire et MédicoSociale

Espace Bertène JUMINER

771 route de Baduel - BP 659 - 97335 Cayenne Cedex

Site internet: <http://www.ors-guyane.org> - Courriel : contact@ors-guyane.org

Présidence : Docteur Roger-Michel LOUPEC



Sous la Direction de :

Dr. Marie Josiane CASTOR NEWTON

Rédigé par :

M. Aurel CARBUNAR

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ORSG-CRISMS

Dr. Roger-Michel LOUPEC	Président du Conseil d'Administration de l'ORSG, Conseiller Régional.
Mme Aline ABAUL-BALUSTRE	Présidente du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens de Guyane.
M. Alex ALEXANDRE	Conseiller Général.
Dr. Magalie PIERRE-DEMAR	Représentant la CME du Centre hospitalier Andrée ROSEMON.
Mme Aline LOUBET	Directeur Adjoint, Chargée de la Solidarité et de la Prévention (DSPAG).
M. Christian MEURIN	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS).
M. Mirdad KAZANJI	Directeur de l'Institut Pasteur.
M. Mécène FORTUNE	Conseiller Régional.
Dr. Dominique LOUVEL	Représentant le Président de l'Ordre des Médecins
M. Michel MONLOUIS-DEVA	Conseiller Régional.
M. Gérard FAUBERT	Président de la Caisse Générale de Sécurité Sociale de Guyane.
Mme Isabelle PATIENT	Conseillère Régionale.
M. Alain TIEN-LIONG	Président du Conseil Général.
M. David RICHE	Président de l'Association des Maires de Guyane, Maire de Roura
Mme Ivenare RAMEAU	Conseillère Régionale
M. Jean-Louis ROME	Payeur Régional
M. Richard LAGAMIER	Président de l'Université de Guyane

CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'ORSG-CRISMS

Dr. Serge PLENET	Président du Conseil Scientifique de l'ORSG, Biologiste Médical.
Dr. Alain BOUIX	Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Guyane.
Dr. Etienne PASCOLINI	Médecin Conseil de la Direction Régionale du Service Médical Guyane.
M. Christian MEURIN	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.
Mme N'Ouara YAHOU-DAVIER	Directeur de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques.
M. Mirdad KAZANJI	Directeur de l'Institut Pasteur.
Mme Yvane BERTRAND	Directrice de l'Institut Régional de Développement du Travail Social.
Pr. Mathieu NACHER	Personne es qualité.
Mme Ghislaine PREVOT	Personne es qualité.
Melle Barbara GRANIC	Attachée Statisticienne de l'INSEE
M. Claude FLAMAND	Epidémiologiste à l'Institut Pasteur de Guyane

EQUIPE DE L'ORSG-CRISMS

Dr. Marie Josiane CASTOR NEWTON	Médecin en Santé Publique - Directeur.
Mme Marie-Thérèse DANIEL	Responsable Administrative et Financière.
Mme Ludmya WEISHAUP-TUCENAY	Responsable de la Cellule Information, Chargée de Communication.
M. Cédric DULONDEL	Chargé d'études, Cellule Information - <i>arrivé juillet 2015.</i>
M. Akoï KOIVOGUI	Responsable de la Cellule Etudes - <i>départ juillet 2015.</i>
M. Aurel CARBUNAR	Chargé d'études, Cellule Etudes - <i>départ octobre 2015.</i>
Mme Manuella IMOUNGA-DESROZIERS	Chargée d'études, Cellule Etudes.
Melle Audrey GRUEL	Chargée d'études, Cellule Etudes - <i>arrivée août 2015.</i>
Melle Loreinzia CLARKE	Chargée d'études, Cellule Etudes - <i>arrivée septembre 2015.</i>
Melle Edith GRENIÉ	Chargée de la qualité.
Mme Christelle LARUADE	Assistante d'Études.
M. Romain ALLEN	Aide-documentaliste.
Mme Sylvaine LAUBE	Assistante de Documentation.
Mme Rose MONNY	Assistante de Direction.
Mme Jocelyne FABIEN-BOUTIN	Assistante Administrative et Financière.

INFORMATIONS GENERALES



Titre de l'enquête

La santé mentale et la consommation de produits psychotropes en Guyane

Code Promoteurs

Agence Régionale de Santé de la Guyane (ARS)

66 avenue des Flamboyants
BP 696 - 97336 Cayenne Cedex
Téléphone : 05 94 25 49 89
Site internet : www.ars.guyane.sante.fr

Région Guyane

Cité Administrative Régionale
Carrefour Suzini - Route de Montabo
BP 7025 - 97307 Cayenne Cedex
Téléphone : 05 94 29 20 20
Site internet : www.cr-guyane.fr

Référent Projet ORSG-CRISMS

M. Aurel CARBUNAR

Lieu de traitement des données

ORSG, Cellule Etudes

Comité de lecture de l'ORSG-CRISMS

M. Aurel CARBUNAR
Dr. Marie Josiane CASTOR NEWTON
Mme Loreinzia CLARKE
Mme Marie-Thérèse DANIEL
M. Cédric DULONDEL
Mme Edith GRENIE
Mme Audrey GRUEL
M. Akoi KOIVOGUI
Mme Manuella IMOUNGA-DESROZIER
Mme Christelle LARUADE
Mme Ludmya WEISHAUPT-LUCENAY

Chargée d'études, Cellule Etudes.
Médecin en Santé Publique -Directeur
Chargée d'études, Cellule Etudes.
Responsable Administrative et Financière.
Chargé d'études, Cellule Information.
Chargée de la qualité.
Chargée d'études, Cellule Etudes.
Responsable de la Cellule Etudes.
Chargée d'études, Cellule Etudes
Assistante d'Études.
Responsable de la Cellule Information.



Depuis maintenant 8 ans, l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane, aujourd'hui Centre de Ressources de l'Information Sanitaire et Médico-Sociale (ORSG-CRISMS) met à jour, dans le cadre de la Banque de Données Sanitaires de Guyane (BDSG), des indicateurs de santé sur différentes thématiques : Diabète, Infections Sexuellement Transmissibles, Cancer, Périnatalité.

Ce rapport est le fruit d'un important travail de synthèse, commandé par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) de Guyane, sur la faisabilité d'intégration dans la BDSG d'une nouvelle thématique complexe et prioritaire : la « Santé mentale ».

Nous tenons à remercier et à féliciter :

- notre commanditaire, l'ARS, en les personnes de Mesdames COUPRA, DUPLAN et SASSON pour leur disponibilité, leur dynamisme et leur implication dans ce travail.
- les membres du Conseil Scientifique de l'ORSG-CRISMS pour leurs remarques pertinentes.
- le comité de lecture de l'ORSG-CRISMS pour ses relectures et ses importantes contributions.



L'Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG) a pour mission de contribuer à la connaissance de l'état de santé de la population et à l'élaboration de la politique de santé régionale.

Au mois de mai 2015, l'ORSG a évolué en Centre de Ressources de l'Information Sanitaire et Médico-Sociale (ORSG-CRISMS), après la certification de son système de management selon la norme ISO 9001 obtenue en mars 2015.

Le projet de l'ORSG, dans un contexte évolutif de demande croissante d'informations utiles relatives à la santé de la population notamment locale, est d'en faciliter l'accessibilité aux acteurs de santé de manière régulière, pérenne, fiable et objective, pour aider à la décision et contribuer à l'élaboration des politiques de santé en Guyane.

Les missions de l'ORSG-CRISMS validées par le Conseil Scientifique et le Conseil d'Administration sont les suivantes :

- 1) Rechercher l'information sanitaire.
- 2) Recueillir de manière régulière, indépendante et pérenne au niveau géographique des données sur les problématiques de santé nationales ou locales. Sa mission s'inscrit dans celles des ORS :
 - Inventorier les différentes sources de données sanitaires et sociales ;
 - Etre complémentaire dans la production de données ;
 - Susciter ou mener des enquêtes épidémiologiques pour une meilleure connaissance de la réalité sanitaire, sociale régionale.
- 3) Aider à une meilleure prise de décision à partir des données actualisées récentes et exploitées :
 - Centraliser l'information en partenariat avec des producteurs de données pour faciliter l'accès de l'information en interne ;
 - Analyser l'information en fonction du contexte local.
- 4) Développer et adapter la communication :
 - Adapter et diffuser l'information en fonction des partenaires ;
 - Valoriser le réseau de partenaires.

Ces différentes missions aboutissent à une activité d'observation objective, pérenne, régulière, indépendante, régionale et infrarégionale, visible par tous, avec comme fondement la connaissance des informations disponibles, leur mise à disposition et leur partage par les acteurs locaux.

C'est dans ce cadre que s'inscrit le partenariat de l'ORSG (devenu ORSG-CRISMS) avec l'Agence Régionale de Santé pour la mise à jour des volets thématiques de santé et la création de nouveaux volets dans le cadre de la Banque de Données Sanitaires de Guyane.



SOMMAIRE	9
INTRODUCTION	11
LA BANQUE DE DONNEES SANITAIRES DE GUYANE ET LA SANTE MENTALE	13
1 LA BANQUE DE DONNEES SANITAIRES DE GUYANE	13
1.1 Présentation de la BDSG	13
1.2 Objectifs et Méthode	14
2 JUSTIFICATION DE LA THEMATIQUE SANTE MENTALE	14
OBJECTIFS ET METHODE DE L'ETUDE DE FAISABILITE	17
1 OBJECTIF.....	17
2 METHODOLOGIE	17
DEFINITION DE LA SANTE MENTALE	19
1 DEFINITION ET HISTORIQUE DE LA SANTE MENTALE ET DE SA PRISE EN CHARGE.....	19
2 LES DIFFERENTS CONCEPTS DE LA SANTE MENTALE.....	20
LES SOURCES DE DONNEES EN SANTE MENTALE	23
1 LES DONNEES ISSUES DES ENQUETES NATIONALES, EUROPEENNES ET MONDIALES	23
2 LES DONNEES ISSUES DES ENQUETES SPECIFIQUES DE LA GUYANE	27
3 LES DONNEES ISSUES DES SYSTEMES D'INFORMATION.....	28
ETAT DES LIEUX	39
1 STATISTIQUES CONCERNANT LES ADDICTIONS EN GUYANE	39
1.1 Alcool.....	39
1.2 Les addictions au cannabis.....	57
1.3 Les addictions au crack et à la cocaïne.....	66

2	STATISTIQUES SUR LES PATHOLOGIES MENTALES DES GUYANAIS.....	71
2.1	Pathologies	71
2.2	Statistiques sur les suicides et tentatives de suicide.....	78
2.3	Conclusion sur les pathologies mentales.....	83
3	STATISTIQUES SUR LES SOINS ET PRISES EN CHARGE	84
3.1	Equipeement hospitalier	84
3.2	Equipeement medicosocial.....	97
3.3	Statistiques sur l'offre de soins et les professionnels de sante'.....	100
3.4	Conclusion sur l'offre de soins.....	104
4	PROPOSITIONS D'INDICATEURS SUPPLEMENTAIRES.....	105
	DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	111
	CONCLUSION	117
	GLOSSAIRE	119
	ANNEXES.....	123



La Guyane est une région monodépartementale ultramarine de la République française. Elle est située sur la côte atlantique de l'Amérique du Sud, entre le Brésil à l'Est et le Suriname à l'Ouest. Elle se trouve à environ 7 000 kilomètres de la capitale et est donc isolée de la majeure partie du territoire national. En 1994, la région était recouverte à 96% par une forêt primaire équatoriale, l'Amazonie [1], un chiffre qui continue probablement à diminuer sous l'effet de l'urbanisation permanente. Ce territoire est stratégique pour diverses raisons et notamment, l'accès aux ressources naturelles rares, la biodiversité, la recherche scientifique et spatiale, sa jeune population qui augmente rapidement.

Au 1^{er} janvier 2014, la population guyanaise comptait 250 377 habitants [3]. Elle connaît une croissance démographique très rapide liée à un taux de fécondité élevé [4] et à d'importantes immigrations issues des pays environnants, des autres régions françaises et des autres pays des Caraïbes. Ces arrivées continues de population connaissent de grandes variations en lien avec les situations politiques, sociales et économiques des pays voisins. Cette forte croissance démographique et la diversité des cultures amènent de grandes disparités économiques et sociales, certaines parties de la population étant coupées de leurs environnements et des habitudes traditionnelles de leurs régions d'origine.

Il est possible d'observer, dans le champ de la santé en Guyane, des évolutions rapides et différentes de celles constatées en France hors outre-mer par rapport aux caractéristiques du territoire guyanais et notamment, son éloignement géographique, les différences culturelles avec la population hors outre-mer, la structure d'âge de la population, la démographie ou la situation économique et sociale.

Il convient donc de surveiller régulièrement et continuellement les données de santé quand elles existent ou de créer des indicateurs de santé localement afin de prendre connaissance et de répondre le plus rapidement possible à toutes évolutions des risques de santé pour les Guyanais.

C'est dans ce cadre que l'ORSG devenu ORSG-CRISMS a proposé en 2008 à l'ARS (ancienne DDASS) la mise en place d'une Banque de Données Sanitaires de Guyane (BDSG), un outil de surveillance d'indicateurs de la santé des Guyanais développé avec les partenaires locaux.

Aujourd'hui, 4 volets sont régulièrement mis à jour (Diabète, Infections Sexuellement Transmissibles, Tumeurs et Périnatalité). L'évaluation de l'outil en 2013 a permis d'asseoir ce dispositif de manière pérenne et de l'ouvrir à de nouveaux volets.

Depuis plus de 50 ans, la santé mentale représente une préoccupation croissante des individus et des pouvoirs publics. Une prise en charge efficace permettrait de réduire les comportements déviants et à risque, nuisibles pour la société, tout en permettant à chacun d'être plus efficace et productif dans son travail et de mieux s'épanouir dans sa vie quotidienne.

Plusieurs caractéristiques de la population guyanaise, comme par exemple ; la jeunesse des habitants, le taux élevé de foyers monoparentaux, ou les difficultés sociales et économiques rencontrées ; sont des facteurs de risque identifiés de certains troubles et pathologies mentales.

C'est ainsi que la santé mentale et les addictions ont été retenues comme une des priorités de santé du PRSP 2011-2015 de Guyane avec l'objectif suivant : « Réduire la morbi-mortalité prématurée évitable liée à la souffrance mentale ou aux conduites addictives ».

Cette thématique est complexe par son approche sanitaire et médicosociale et par le nombre de sources de données.

L'Agence Régionale de Santé de Guyane (ARS) a souhaité commandé à l'Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG) un état des lieux et une étude de faisabilité sur cette thématique avant l'inclusion dans la BDSG d'un volet santé mentale.

LA BANQUE DE DONNEES SANITAIRES DE GUYANE ET LA SANTE MENTALE



1 LA BANQUE DE DONNEES SANITAIRES DE GUYANE

1.1 Présentation de la BDSG

La veille des indicateurs de santé est un outil indispensable de la surveillance épidémiologique de la santé des populations, en particulier en Guyane qui connaît des évolutions potentiellement plus rapides et différentes du reste du territoire français.

Ces indicateurs peuvent concerner l'offre de soins assurée par les institutions, la demande de soins des usagers, leurs consommations effectives de services et biens médicaux, mais aussi l'état de santé tel que ressenti par la population ou observé par des professionnels du secteur.

Les informations nécessaires à la surveillance épidémiologique sont néanmoins souvent dispersées entre les nombreux acteurs de la santé et de la recherche et ceux de la prise en charge sanitaire et médico-sociale (médecins libéraux ; dispensaires et centres de santé ; cliniques et hôpitaux ; associations d'aide aux malades et à leurs proches ; administrations décentralisées et déconcentrées ; organismes de sécurité sociale et autres ...). Leur centralisation, dans une base de données régionale, nécessite donc un sérieux travail de recensement et de sélection des indicateurs, ainsi qu'un suivi régulier et continu pour la mise à jour des informations.

C'est face à ce défi, que l'ORSG a proposé, à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Guyane (DDASS) dont les missions ont depuis été reprises par l'Agence Régionale de Santé de Guyane (ARS), avec un cofinancement de la Région Guyane, de mettre en place un recueil d'indicateurs appelé Banque de Données Sanitaires de Guyane (BDSG).

La BDSG a été lancée en 2008, dans le but de mettre à disposition aux professionnels du secteur et aux populations concernées, des indicateurs pertinents, issus des partenaires sources de données, mis à jour régulièrement, permettant de suivre l'évolution des problématiques de santé en Guyane. Elle a fait l'objet d'une évaluation en 2013 pour laquelle des recommandations ont été produites. [\[56\]](#)

1.2 Objectifs et Méthode

Les objectifs de la BDSG sont :

- De préciser les besoins d'informations des responsables de la politique et des programmes de santé périnatale en Guyane, compte tenu des spécificités des problématiques locales ;
- D'identifier les sources de données et les méthodes permettant de produire ces informations, soit sous la forme d'indicateurs à suivre dans le temps, soit sous la forme de résultats d'études spécifiques à un moment donné.

La méthode est la suivante :

- Présentation du bilan de l'existant des études, enquêtes déjà réalisées sur la thématique en cours (sous forme de bibliographie).
- Définition du champ du sujet traité.
- Remontée de l'information en provenance des acteurs.
- Première extraction des réponses des formulaires.
- Remontée des acteurs sous forme d'indicateurs.
- Elaboration des indicateurs sur la base d'une grille construite à cet effet.

Ces indicateurs sont validés dans un 1^{er} temps par un groupe d'experts de la thématique et dans un 2^{ème} temps par le Conseil Scientifique de la BDSG.

L'évaluation de la BDSG a conclu sur les recommandations suivantes : la définition d'une procédure de réalisation de volet, la nécessité d'une convention tripartite entre la source de données, l'ARS et l'ORSG-CRISMS et le rajout d'une étape d'évaluation de l'accessibilité des données à l'origine de la définition et de la mesure de l'indicateur avant validation définitive.

2 JUSTIFICATION DE LA THEMATIQUE SANTE MENTALE

La santé mentale est une préoccupation individuelle de plus en plus importante comme le montre l'augmentation continue de la demande de soins psychologiques et psychiatriques des individus depuis le milieu du 20^e siècle.

Sans distinction des différentes pathologies mentales, l'OMS estime actuellement que 20 % des enfants et des adolescents dans le monde présentent des troubles mentaux et qu'à l'avenir, une personne sur cinq sera confrontée à des troubles psychiques au cours de sa vie [9]. De plus, les dépenses liées aux pathologies mentales représentaient, en France, en 2005, 11,4 milliards d'euros, soit 10,6 % des dépenses de santé hors prévention, constituant ainsi au niveau des coûts la deuxième catégorie diagnostique derrière les maladies de l'appareil circulatoire [10].

Ces pathologies représentent donc un défi majeur à relever pour notre société et notre système de santé. Il s'agirait en effet avec l'éducation d'améliorer la productivité et le bien-être des individus, de réduire les comportements déviants et la criminalité et de diminuer les conduites à risque qui causent des décès ou des incapacités comme par exemple : les accidents de la route.

La santé mentale fait donc l'objet de divers plans et programmations.

Le Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dont les objectifs étaient les suivants : renforcer le leadership et la gouvernance dans le domaine de la santé mentale ; fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire ; mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale ; et renforcer les systèmes d'information, les bases factuelles et la recherche dans le domaine de la santé mentale.[11]

Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 du Ministère en charge de la Santé comportait 4 objectifs : prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires ; prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal ; prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs [12].

Ces préoccupations qui se retrouvent dans la nouvelle loi de modernisation du système de santé dans son article. L. 3221-2. fait une grande place à la santé mentale qui fera l'objet d'un « Projet territorial de santé mentale » avec des déclinaisons locales [56].

Le Plan Stratégique Régional de Santé 2010-2015 de l'ARS [11-13] a désigné la santé mentale et les addictions comme priorités de santé en Guyane avec comme objectif principal : «Réduire la morbi-mortalité prématurée évitable liée à la souffrance mentale ou aux conduites addictives» avec 2 objectifs stratégiques : «Limiter la morbidité liée à l'alcoolisme et aux autres addictions» et « Réduire l'incidence du suicide ».

Il est donc tout à fait pertinent, dans le cadre d'un suivi de la santé de la population, de prendre en considération cette thématique qui peut avoir des répercussions majeures tant pour le patient en souffrance que pour ses proches et son environnement.

OBJECTIFS ET METHODE DE L'ETUDE DE FAISABILITE



1 OBJECTIF

Réaliser une étude de faisabilité sur des indicateurs disponibles aujourd'hui permettant de décrire et de suivre l'évolution de la santé mentale en Guyane ainsi que celle des addictions à l'alcool et au cannabis.

2 METHODOLOGIE

Cette étude de faisabilité s'est déclinée en plusieurs étapes :

1. Définition de la santé mentale et délimitation du champ de recherche de l'étude.
2. Recensement des différentes sources existantes et comportant des données sur la santé mentale en France entière, sélection de celles qui incluaient des données sur la Guyane et caractérisation de chaque source de données, y compris leurs avantages et inconvénients.
3. Réalisation d'un état des lieux exhaustif de la situation en Guyane portant autant sur les sources, les données d'enquêtes en population générale, sur les taux de prévalences des maladies, l'offre de soins.
4. Réalisation des fiches synthétiques recensant chacun des indicateurs disponibles en indiquant les apports et limites respectifs de ces indicateurs.

La finalité de cette étude est d'établir si la liste d'indicateurs retenus permet d'envisager la création d'un nouveau volet « santé mentale » dans la BDSG, liste dont les indicateurs seront complétés et validés par le Groupe d'experts du volet santé mentale puis par le Conseil Scientifique de la BDSG telle que prévoit la méthodologie de la BDSG.

DEFINITION DE LA SANTE MENTALE



1 DEFINITION ET HISTORIQUE DE LA SANTE MENTALE ET DE SA PRISE EN CHARGE

La santé mentale est définie d'une multitude de manières suivant les auteurs sélectionnés et leurs contextes professionnels.

Selon l'Association canadienne pour la santé mentale, la santé mentale est « *l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné et s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif ; l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu* ».

Elle serait influencée par trois types de facteurs : « *des facteurs biologiques relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne ; des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels ; des facteurs contextuels qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement* » [14].

La reconnaissance de la santé mentale en France remonte au milieu du 18^e siècle avec l'apparition des premiers hospices dédiés à la prise en charge de la démence et les premières lois visant à concilier protection de l'ordre public et libertés individuelles. Avant cette époque, les maladies mentales étaient souvent interprétées comme des signes spirituels et religieux (envoûtement, sorcellerie, ...) et étaient souvent associées au diable et aux démons [15].

Depuis, la situation a beaucoup évolué avec un intérêt de plus en plus important pour la psychologie et la psychanalyse au cours du 20^e siècle, le développement de nouveaux produits psychotropes comme les neuroleptiques, et avec un développement continu de l'offre et de la demande de soins en psychiatrie jusqu'à la fin des années 1980. A cette date, où apparaissent aussi de nouveaux traitements pour les malades, une nouvelle politique de prise en charge, visant à sortir les patients des hôpitaux pour les prendre en charge dans des structures plus légères, a complètement réorganisé le fonctionnement du système de santé en psychiatrie.

Le nombre de lits en hospitalisation complète a ainsi été divisé par plus de 2 en France [10]. On observe aussi un vieillissement des médecins spécialisés en psychiatrie qui associé à l'évolution de la démographie médicale et du numerus clausus pourrait conduire à un futur manque de professionnels [10].

Aujourd'hui, les pathologies mentales sont prises en charge par des spécialistes de différents domaines médicaux et médicosociaux : neurologues, psychiatres, psychologues, psychomotriciens, psychothérapeutes, éducateurs, orthophonistes, ergothérapeutes, ou autres... Ces soignants ont, en fonction de leur spécialité propre, des approches différentes et parfois opposées des maladies et des prises en charge susceptibles de guérir ou soulager les patients [16] (traitements médicamenteux ; psychanalyses ; thérapies de groupes ; thérapies cognitivo-comportementales ; exercices physiques et moteurs ; rééducation et réadaptation ; pratique de l'hypnose, de simulations intracrâniennes, ou même d'électrochocs, ...).

La littérature sur les déterminants des troubles mentaux montre que suivant les maladies étudiées, elles peuvent être liées à des facteurs organiques, génétiques ou environnementaux. De forts liens entre les différents troubles psychologiques ont aussi été rapportés, de même que l'influence de troubles légers, de chocs psychologiques ponctuels ou répétés, ou d'autres pathologies par exemple infectieuses. De plus, les maladies mentales sont souvent liées à des facteurs de risque comme : l'âge, le sexe, la situation sociale et professionnelle qui peuvent influencer le développement des maladies [10]. Si les conséquences de ces pathologies sont très diverses, on retrouve généralement le mal-être, l'isolement social, les addictions, les tentatives de suicide, ou d'autres comportements à risque dangereux pour l'individu et son environnement.

2 LES DIFFERENTS CONCEPTS DE LA SANTE MENTALE

La santé mentale intègre simultanément diverses pathologies psychologiques et physiologiques et différents concepts comme le bien-être, la satisfaction, l'optimisme envers l'avenir, ou la qualité de vie. L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». Cette définition moderne et positive de la santé mentale s'oppose à une vision

clinique et pathologique uniquement basée sur les pertes de capacité des patients et sur leurs problèmes psychologiques et organiques.

Autres définitions : il existe des similitudes et des différences entre maladie mentale et handicap mental (un autiste par exemple peut être considéré comme une personne souffrant d'un handicap mental). L'expression « maladie mentale » est le plus souvent utilisée dans un contexte médical mais est à rapprocher du « trouble mental » qui implique l'existence d'un ensemble de symptômes caractérisés « par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux » [54]. L'UNAPEI définit le handicap mental comme qualifiant à la fois une déficience intellectuelle (approche scientifique) et les conséquences qu'elle entraîne au quotidien (approche sociale et sociétale). Le handicap mental se traduit par des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision... [55].

On peut ainsi distinguer différents concepts rattachés à la santé mentale. Il s'agit de troubles plus ou moins sévères ou handicapants.

Il existe d'abord des troubles souvent temporaires induits par les situations éprouvantes et les difficultés existentielles et environnementales comme la détresse psychologique réactionnelle, les troubles du sommeil, l'anxiété passagère et la dépression temporaire [17]. Il existe aussi des troubles psychiatriques plus lourds, pouvant toucher le patient sur de plus ou moins longues durées, qui sont parfois d'origine physiologique, et qui comprennent par exemple la schizophrénie, l'autisme, la maladie de Parkinson, le déclin cognitif et d'autres types de démence.

Enfin, plus récemment, un nouveau courant qualifié de positif et issu de la psychologie sociale a apporté de nouvelles notions positives comme l'engagement, la satisfaction, la curiosité, l'épanouissement personnel, la qualité de vie, l'espoir, l'efficacité psychique.

La santé mentale consisterait donc d'une part de l'absence de troubles et maladies mentales mais aussi d'une forme de bonne santé générale permettant de contrôler ses propres émotions et capacités.

L'ensemble des pathologies mentales comprend un grand nombre de troubles psychiques hétéroclites, de différentes gravités, qui ont en commun d'affecter les processus cognitifs, les perceptions personnelles des individus, et leur rapport à leur environnement et à la société. La diversité des professionnels impliqués dans la prise en charge des patients atteints de ces

différentes pathologies, en fonction de leurs spécialités médico-sociales, et la diversité des pratiques thérapeutiques proposées rendent les classements difficiles car ils sont influencés par les différentes manières de percevoir et traiter ces maladies.

En suivant la classification de la CIM-10 pour les pathologies mentales (*chapitre F*), on retrouve 11 sous-catégories distinctes : les troubles mentaux organiques (*F00 à F09*), les troubles liés aux substances psychoactives (*F10 à F19*), les troubles psychotiques (*F20 à F29*), les troubles de l'humeur (*F30 à F39*), les troubles névrotiques (*F40 à F49*), les syndromes comportementaux associés à une cause organique (*F50 à F59*), les troubles de la personnalité et du comportement des adultes (*F60 à F69*), les retards mentaux (*F70 à F79*), les troubles du développement (*F80 à F81*), les troubles du comportement des enfants et des adolescents (*F90 à F98*), et les autres troubles mentaux sans précisions (*F99*).

Afin de sélectionner les troubles et concepts les plus intéressants pour représenter la santé mentale dans la BDSG, nous avons sélectionné plusieurs pathologies et notions dont des fiches descriptives résumées ont été incluses en annexe 2 du présent rapport (*la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, les addictions ou troubles liés à l'usage abusif de substances psychoactives, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques, les troubles bipolaires, la dépression, les troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles de stress post-traumatique, l'anorexie mentale, la boulimie, l'autisme ou trouble du spectre autistique, les troubles du déficit de l'attention et l'hyperactivité, le vieillissement ou déclin cognitif, la dyslexie, le stress*).

Pour être le plus cohérent possible, nous avons choisi de suivre l'ordre des maladies mentales tel qu'il est établi dans la CIM-10 et d'ajouter à la suite certains des concepts manquants comme ceux relevant de la psychologie positive ou ceux qui sont liés sans être directement des troubles mentaux (comme par exemple, les troubles des apprentissages comme la dyslexie).

LES SOURCES DE DONNEES EN SANTE MENTALE



1 LES DONNEES ISSUES DES ENQUETES NATIONALES, EUROPEENNES ET MONDIALES

Il existe de nombreuses enquêtes en population générale incluant des questions sur la santé mentale et les addictions menées par divers organismes nationaux et internationaux [18]. Cependant, une grande partie de ces études portaient uniquement sur la France hors outre-mer et n'incluait donc pas la population guyanaise.

Nous citerons, à titre d'exemple : l'étude ESEMed 2001-2003 organisée par l'OMS ; l'enquête « Santé Mentale en population générale » (ou SMPG) menée en 1999-2003 par la Drees et l'OMS ; l'« Enquête Décennale de Santé » (ou EDS) menée tous les 10 ans par l'Insee ; l'enquête « Handicaps-Incapacités-Dépendance » (ou HID) organisée en 1999 par l'Insee ; l'« Enquête sur la Santé et la Protection Sociale » (ou ESPS) menée jusqu'ici tous les 2 ans par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) ; et enfin l'étude ANADEP organisée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) en 2005.

Le tableau ci-dessous reprend une liste d'enquêtes nationales et européennes qui incluent ou ont inclus la Guyane et qui comportaient des items portant sur le thème de la santé mentale.

Tableau 1 : Les enquêtes sur le thème de la santé mentale en France

ENQUETES	PROMOTEURS	POPULATIONS D'ETUDE	FREQUENCE	EFFECTIFS	ANNEES DU DERNIER RECUEIL	COMMENTAIRES
Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)	Drees	Établissements de santé	Annuelle		2013	Problèmes éventuels dans les dernières données concernant la psychiatrie.
Rapport d'activité en psychiatrie (RAPSYP)	Drees	Services hospitaliers de psychiatrie	Irrégulière		2009	Seul un des deux services de psychiatrie de Guyane a répondu à l'enquête en 2010.
Rapports d'activité des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	OFDT	Administrations des CSAPA	Irrégulière		2010	Données inaccessibles ou uniquement au niveau national.
ASA-CAARUD	OFDT	Administrations des CAARUD	Irrégulière		2010	Données accessibles via ARS Guyane ou OFDT
ENa-CAARUD	OFDT	Usagers des CAARUD	Biennale		2010	Données inaccessibles ou uniquement au niveau national.
Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND)	OFDT	Usagers de drogues	Irrégulière		2004	Enquêtes essentiellement qualitatives menées annuellement entre 2000 et 2004 en Guyane.
Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense (ESCAPAD)	OFDT	Jeunes de 17 ans	Triennale	145	2011	Menée en Guyane depuis 2001, trop faible échantillon pour une exploitation statistique des enquêtes 2005, 2008 et 2011.
Baromètre Santé	Inpes	Individus de 15 à 75 ans	Irrégulière	2 015	2014	Menée en Guyane depuis 2014, données disponibles et exploitables.
European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)	OFDT et EMCDDA	Jeunes lycéens	Quadriennale	900	2015	Menée en Guyane depuis 2015, implication logistique de l'ORSG dans le recueil des données.

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees) organise deux études en lien avec l'activité des établissements de santé et des services de psychiatrie.

La Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE) interroge annuellement les services de chaque établissement de santé à propos de leur activité. Le principal avantage de l'enquête SAE réside dans l'accessibilité aux données qui sont disponibles sur une page Internet dédiée (<http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/>). L'autre atout de cette source est l'exhaustivité des données car la totalité des établissements concernés en Guyane répondent à l'enquête chaque année. Par contre, les données peuvent parfois manquer de détails ou de cohérence pour leur exploitation.

Les Rapports d'Activité en Psychiatrie (RAPSYP) permettent d'interroger les services de psychiatrie de manière complémentaire et plus approfondie par rapport à l'enquête SAE. Les données de l'enquête RAPSYP ne sont pas directement accessibles, contrairement à celles de l'enquête SAE. De plus, le fait qu'un seul des deux services de psychiatrie guyanais ait répondu à la dernière enquête en 2010 limite la représentativité de l'ensemble du territoire [19].

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

L'OFDT organise et coordonne plusieurs études pouvant nous renseigner par rapport aux consommations de drogues et aux addictions en Guyane. Il produit irrégulièrement une synthèse des rapports d'activité des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) dont 4 sont implantés en Guyane [20]. Nous n'avons cependant pas accès aux données brutes et les résultats disponibles dans les articles publiés sont rarement donnés sur une base territoriale.

L'OFDT produit aussi deux enquêtes à partir des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD). La première, ENa-CAARUD, porte sur les usagers de ces centres mais les données ne sont, comme pour les CSAPA, disponibles qu'à travers d'autres publications et comportent rarement des données régionales [21]. Les données de la seconde enquête intitulée ASA-CAARUD et portant sur les administrations des centres ne sont pas accessibles et n'intègrent aucun des 3 centres guyanais recensés trois ans plus tard par l'OFDT en 2013 [22].

Par ailleurs, l'OFDT a réalisé quatre études successives en 2001, 2002, 2003 et 2004, sur les addictions et les consommations de substances psychotropes en Guyane. Il s'agissait d'études de la collection TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) essentiellement socio-ethnologiques et qualitatives mais qui incluaient aussi quelques volets quantitatifs et reprenaient les données chiffrées disponibles à cette époque [23-26].

D'autres études de l'OFDT menées en 2002, 2005, 2008 et 2011 étaient basées sur l'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD) conduite auprès de jeunes d'environ 17 ans [27-31]. Ces études ont connu des problèmes d'échantillonnage en Guyane dus à la faible population du département et aux faibles taux de participation aux journées de préparation à la défense. Ainsi, l'échantillon guyanais comprenait 279 individus en 2002, 240 en 2008 et 145 en 2011, ce qui n'était pas suffisant pour tester statistiquement les différences entre les régions [31] et a finalement conduit à la non exploitation des données guyanaises dans les comparaisons régionales [32]. Suite à ces problèmes récurrents, la Guyane a été exclue de cette enquête [33].

L'OFDT a étendu, à la Guyane, l'enquête ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) dont le questionnaire comporte des questions très proches de l'enquête ESCAPAD. L'édition 2015 a ainsi été menée en début d'année auprès d'environ 900 lycéens Guyanais avec la participation logistique de l'ORSG-CRISMS. Elle devrait fournir des données fiables pour l'année et peut-être aussi à l'avenir si l'organisation mise en place pour le recueil 2015 est reconduite. L'avantage des données des enquêtes ESCAPAD et ESPAD est qu'elles sont directement disponibles à différents niveaux géographiques sur un site internet dédié (<http://odicer.ofdt.fr/>).

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Enfin, le Baromètre Santé, une enquête téléphonique multithématique sur la santé ressentie et les comportements en lien avec la santé, organisée régulièrement en France hors outre-mer par l'Inpes, a été mise en place en 2014 dans certains départements ultramarins (Guadeloupe, Martinique, Guyane). Les questionnaires, spécifiques pour chacun de ces territoires, incluaient des items pour la plupart utilisés dans l'enquête 2010 en France hors outre-mer et d'autres questions centrées sur les problèmes locaux de santé. Cette enquête en population générale incluait les réponses de 2 015 Guyanais âgés de 15 à 75 ans et pourrait à l'avenir être reproduite soit dans des éditions spécialisées sur les outre-mer soit dans les enquêtes habituelles du

Baromètre Santé. Comme pour les enquêtes ESCAPAD et ESPAD, les données concernant les consommations de drogues sont mises à disposition sur le site dédié de l'OFDT.

2 LES DONNEES ISSUES DES ENQUETES SPECIFIQUES DE LA GUYANE

Il existe d'autres enquêtes récentes propres à la Guyane incluant des items sur le thème des addictions, des suicides et tentatives de suicide et de la santé mentale. La limite de la plupart de ces études menées uniquement dans la région se trouve dans la comparabilité des données avec celles d'autres territoires comme les autres départements d'outre-mer ou de la France hors outre-mer. S'il existe souvent des données portant sur les mêmes thèmes, la formulation des questions, leurs contextes dans les questionnaires, les caractéristiques du recueil et la population ciblée, peuvent influencer les réponses et générer des différences qui ne seraient pas dues aux disparités réelles entre les territoires quant à la question d'intérêt.

Ainsi en 1996, 2003, 2005 et 2006, l'ORSG a réalisé quatre enquêtes auprès de jeunes Guyanais (scolarisés dans le 2nd degré, en cours d'insertion sociale ou professionnelle, ou étudiants et lycéens en filière technique). Ces enquêtes incluaient des populations de 3 184, 3 095, 593 et 522 jeunes [34-37]. Les thèmes d'intérêt portaient selon les années sur : les situations sociales économiques et démographiques, la vie scolaire, l'éducation et les informations sur la santé, la santé ressentie des élèves, le recours aux soins, la vie sociale et les comportements à risque. L'ORSG a aussi participé en 2001 à une enquête nationale sur l'alcoolisme avec la participation de médecins généralistes enquêteurs [38].

Enfin, entre 2011 et 2013, une étude réalisée par le Centre de Ressources de la Politique de la Ville (CRPV) intitulée « Démarche Jeunesse », s'est intéressée à la situation des jeunes de Guyane dans divers domaines comme la culture, la citoyenneté, la mobilité, l'identité, l'emploi, la formation, la santé ou encore le logement. Cette étude incluait un volet quantitatif portant sur 1 648 jeunes de 16 à 25 ans sélectionnés dans l'ensemble de la région de Guyane [39].

Tableau 2 : Les enquêtes spécifiques de la Guyane

ENQUETES	PROMOTEUR	POPULATION D'ETUDE	FREQUENCE	ANNEE	EFFECTIF	TERRITOIRE	COMMENTAIRE
Etat de santé des jeunes	ORSG	Elèves du 2cd degré	Ponctuelle	1996 2003	3 184 3 095	Guyane	Tirage au sort des classes dans tous les établissements du 2cd degré
Enquête sur l'alcoolisme	FNORS	Patients âgés de plus de 18 ans consultant un généraliste	Ponctuelle	2001		Littoral (présence de médecins généralistes)	Médecins volontaires
Etat de santé des jeunes	ORSG	Jeunes de la mission locale	Ponctuelle	2005	522	La mission locale et ses annexes communales	
Etat de santé des jeunes	ORSG	Etudiants	Ponctuelle	2006	593	Cayenne (Université)	
Démarche jeunesse	CRPV	Jeunes de 16 à 25 ans	Ponctuelle	2011 2013	1 648	Guyane	

3 LES DONNEES ISSUES DES SYSTEMES D'INFORMATION

Il existe aussi de nombreuses données qui sont recueillies continuellement par diverses institutions (établissements hospitaliers, organismes de la sécurité sociale, centres de soins spécifiques, ...). Ces données peuvent être plus ou moins fiables et plus ou moins facilement accessibles. Nous nous proposons donc de recenser les sources de données qui peuvent être concernées par la santé mentale et d'indiquer les avantages et les inconvénients propres à chacune de ces sources.

Base de données	Causes médicales de décès
Propriétaire/Gestionnaire	Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) - CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès)
Sujet des données	Causes de décès de toutes les personnes décédées en France suivant les certificats de décès établis par les médecins.
Intérêts des données	Permet d'évaluer le nombre de personnes décédées soit globalement en lien avec l'ensemble des pathologies mentales ou précisément en lien avec des troubles particuliers comme les addictions.
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Codage des maladies en CIM-10 ; - Fiabilité des données ; - Disponibilité des données sur Internet ou via des bases dédiées.
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - Retards dans la disponibilité des données publiées ; - Problème d'attribution des décès aux maladies et troubles comportementaux préexistants ; - Problème dans l'identification des suicides, ne sont indiqués comme tels que ceux pour lesquels les certificats de décès établis par les médecins indiquaient un suicide.

Base de données	RIM-P (Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie) anciennement dénommé PMSI-Psy
Propriétaire/Gestionnaire	ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation)
Sujet des données	Données sur les hospitalisations complètes et partielles, les consultations ambulatoires, et les actions extérieures des services de psychiatrie hospitalière. Le RIM-P a été en théorie progressivement mis en place depuis 2006-2007 dans tous les services hospitaliers de psychiatrie français [42], mais en pratique il n'est pas encore utilisé en Guyane.
Intérêts des données	Ces données permettent de connaître précisément l'activité des services de psychiatrie des hôpitaux et notamment des informations sur les patients comme la répartition entre les différentes maladies traitées, ou le taux de récurrence.
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Codage des maladies en CIM-10 ; - Nombreuses variables disponibles sur la malade, sa ou ses pathologies, sur son séjour ou sa prise en charge hospitalière.
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - Classement dans le PMSI-MCO de certains actes en lien avec la santé mentale (par exemple des unités d'addictologie au sein de service d'hépatologie, la prise en charge des suites d'une tentative de suicide en médecine interne) ; - Données inexistantes en Guyane ;

Base de données	PMSI-MCO (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information – Médecine, Chirurgie, et Obstétrique)
Propriétaire/Gestionnaire	ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation)
Sujet des données	Données sur toutes les hospitalisations (complètes et ambulatoires) des services de médecine, chirurgie, et obstétrique.
Intérêts des données	Obtenir des données complémentaires au RIM-P pour les individus atteints de maladies mentales, ou nécessitant des soins suite à une pathologie mentale, traités en dehors des services spécialisés en psychiatrie.
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Codage des maladies en CIM-10 ; - Fiabilité des données ; - Disponibilité des données (via l'ATIH) - Nombreuses variables disponibles sur la malade, sa ou ses pathologies, sur son séjour ou sa prise en charge hospitalière.
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - Base de données très importante et difficile à manipuler ; - Faible proportion des données portant sur le thème de la santé mentale à part les tentatives de suicide.

Base de données	OSCOUR (Organisation de la Surveillance Coordinée des Urgences)
Propriétaire/Gestionnaire	InVS (Institut national de Veille Sanitaire)
Sujet des données	Informations sur les activités des services d'urgence hospitalière extraites du réseau « Organisation de la Surveillance Coordinée des Urgences » (OSCOUR).
Intérêts des données	Permet l'ajout d'informations sur les activités des urgences en lien avec la santé mentale, par exemple les soins pratiqués en urgence après une tentative de suicide.
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Codage des maladies en CIM-10.
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - Fiabilité des données en Guyane (seul le CHC aujourd'hui transmet des données d'activité des urgences sur OSCOUR) ; - Disponibilité des données (aucune base à notre disposition).

Base de données		ALD (Affections de Longues Durées)
Propriétaire/Gestionnaire	Caisses de sécurité sociale (CNAMTS/CCMSA/RSI)	
Sujet des données	Informations sur les assurés sociaux reconnus comme porteurs d'une affection de longue durée.	
Intérêts des données	Permet de connaître le nombre ou la proportion d'assurés sociaux dont une pathologie a été reconnue comme une affection de longue durée par la sécurité sociale ce qui entraîne la prise en charge totale des patients. Il existe une liste officielle des affections de longue durée, néanmoins des codes CIM-10 permettent de retrouver les pathologies réelles et précises des patients.	
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Codage des maladies en CIM-10 ; - Fiabilité des données ; - Disponibilité des données (via la FNORS). 	
Inconvénients	Problème de reconnaissance des malades, les individus pris en charge au titre de la CMU et de la CMU-C qui sont nombreux en Guyane et bénéficient déjà d'un remboursement à 100 % n'ont donc pas d'intérêt à suivre les démarches pour faire reconnaître leur maladie en affection de longue durée.	

Base de données		Distribution de médicaments psychoactifs
Propriétaire/Gestionnaire	Distributeurs et grossistes en produits pharmaceutiques	
Sujet des données	Consommation de médicaments neurologiques et psychoactifs.	
Intérêts des données	Permet de connaître les volumes de médicaments distribués dans la région. Ces produits peuvent être attribués aux différentes pathologies en utilisant le classement anatomique, thérapeutique et chimique (ATC).	
Avantages	Codage des médicaments par classification ATC.	
Inconvénients	Difficulté d'accès aux données (existence de plusieurs distributeurs, difficultés d'extraction des données, difficultés pour la mise en place d'un conventionnement avec les fournisseurs).	

Base de données	SNIR-AM (Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie)
Propriétaire/Gestionnaire	Sécurité Sociale
Sujet des données	Remboursements des soins et médicaments psychiatriques (hospitalisations, consultations en ambulatoire, consultations remboursées en cabinet libéral, et consommations de médicaments neurologiques et psychoactifs).
Intérêts des données	Permet de connaître les consommations de soins et de médicaments faites par les assurés pour les produits et services couverts par la sécurité sociale.
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Fiabilité des données ; - Exhaustivité des données (soins et médicaments, activité hospitalière et libérale).
Inconvénients	- Indisponibilité des données (difficulté pour l'extraction de la base de la sécurité sociale qui est très complexe, difficulté à mettre en place un conventionnement avec la CNAMTS pour obtenir ces données, les démarches n'étant pas aisées).

Base de données	Interpellations, saisies de substances illicites, distribution de boissons alcoolisées
Propriétaire/Gestionnaire	Direction Générale des Douanes (DGD), et/ou Direction Régionale des Douanes (DRD), et/ou Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), et/ou INHESJ (Institut national des hautes études de la Sécurité et de la Justice), et/ou police nationale ou gendarmerie.
Sujet des données	Les données concernent les infractions constatées (pour usage ou possession de stupéfiants ou pour ivresse sur la voie publique), les saisies de substances illicites (produits, quantités, fréquences) et les productions, importations et exportations de boissons alcoolisées.
Intérêts des données	Ces données permettent d'obtenir des informations sur les tendances sur l'évolution du trafic de drogue en Guyane et des données objectives sur la quantité d'alcool réellement distribuée dans le département.
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Données objectives sur les drogues illicites ; - Données objectives sur la distribution d'alcool ; - Disponibilité des données (partiellement sur odicer.ofdt.fr et/ou sur inhesj.fr)
Inconvénients	- Reflet de l'activité des douanes et non pas seulement de l'activité des trafiquants.

Base de données	Sécurité routière et ivresse au volant
Propriétaire/Gestionnaire	ONISR (Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière)
Sujet des données	Accidents de la circulation.
Intérêts des données	Permet d'évaluer la part des accidents mortels de la circulation attribuables à un usage excessif d'alcool.
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Facilité d'interprétation ; - Disponibilité des données (odicer.ofdt.fr).
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - Fortes fluctuations entre les années dues à la faiblesse de l'échantillon. Possibilité de correction en utilisant la moyenne sur plusieurs années.

Base de données	RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé) et ADELI (Automatisation des listes)
Propriétaire/Gestionnaire	Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes
Sujet des données	Professionnels de santé.
Intérêts des données	Permet de connaître le nombre de professionnels exerçant dans une région ou localité en fonction de leur spécialité médicale.
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Facilité d'interprétation ; - Disponibilité des données (annuaire.asipsante.fr).
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun.

FINESS (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux)	
Base de données	
Propriétaire/Gestionnaire	Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes
Sujet des données	Etablissements de santé ou sociaux
Intérêts des données	Permet de connaître le nombre et certaines caractéristiques des établissements de santé ou sociaux.
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Facilité d'interprétation ; - Disponibilité des données. finess.sante.gouv.fr .
Inconvénients	- Aucun.

Les enquêtes nationales sur la santé des enfants et adolescents scolarisés	
Base de données	
Propriétaire/Gestionnaire	Education nationale / DREES/InVs
Sujet des données	Elèves des grandes sections de maternelle, des classes de CM2 et des classes de troisième,
Intérêts des données	Permet de connaître l'état de santé des jeunes enfants et des adolescents à l'échelle nationale et régionale.
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Leur répétition dans le temps permet de suivre l'évolution de certains indicateurs de santé et d'avoir un regard sur les inégalités sociales de santé.
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - Chaque niveau de classe est évalué tous les 6 ans. - les effectifs échantillonnés en Guyane, parce que trop faibles, conduisent à des estimations avec des marges d'erreurs trop importantes.

Base de données	MDPH
Propriétaire/Gestionnaire	Conseil Général/Etat
Sujet des données	Personnes atteintes d'un handicap
Intérêts des données	Permet de connaître la population des personnes handicapées qui font une démarche de reconnaissance de leur handicap.
Avantages	- Exhaustivité et informations sur le handicap et la population.
Inconvénients	- Données non disponibles. La MDPH ne recense que les personnes ayant fait une démarche auprès d'elle (cet élément est à prendre en compte le jour où les données seront accessibles).

Base de données	Enquête ES Handicap
Propriétaire/Gestionnaire	DREES
Sujet des données	Activité des Etablissements et Services Médico-sociaux,
Intérêts des données	Décrire les principales caractéristiques de leur personnel et des personnes qui y sont accueillies.
Avantages	- Régulière (tous les 4 ans) dernière 2014.
Inconvénients	- Pas de données régionales.

Base de données		Registre autisme
Propriétaire/Gestionnaire	CHAR	
Sujet des données	Enfants, adultes atteints de troubles autistiques.	
Intérêts des données	Permet d'avoir quelques statistiques sur la problématique de l'autisme en Guyane.	
Avantages	- Centralisation des données car unique.	
Inconvénients	- Pas de données avant 2014, date de création.	

Base de données		Enquête Handicap Santé de la DREES/INSEE
Propriétaire/Gestionnaire	INSEE/DREES	
Sujet des données	<p>Volet ménage Personnes handicapées vivant en ménages ordinaires en 2008.</p> <p>Volet Institution Personnes handicapées vivant en institution en 2009</p>	
Intérêts des données	Actualiser les résultats de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID).	
Avantages	- Informations sur les personnes handicapées en population générale et leurs aidants.	
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - Non disponible au niveau régional. - Pas de nouvelle enquête prévue. 	

Base de données	Certificat du 8^{ème} jour et CS9 et 24 mois
Propriétaire/Gestionnaire	Conseil Général /DREES
Sujet des données	Surveillance sanitaire et sociale des enfants de moins de 2 ans.
Intérêts des données	<p>Permet d'assurer le suivi individuel de la santé des jeunes enfants et d'identifier, à partir de critères médicosociaux, les familles susceptibles de recevoir une aide personnalisée.</p> <p>Permet la surveillance sanitaire et sociale puisqu'ils permettent de produire tous les ans des données statistiques et épidémiologiques aux niveaux national et départemental.</p>
Avantages	- Recueil exhaustif d'informations sur les naissances et jusqu'à 2 ans
Inconvénients	- Médecin dépendant pour le remplissage du certificat et l'envoi au Département

Base de données	CAMPS : Le Centre d'action Médico-Sociale Précoce
Propriétaire/Gestionnaire	Département/CGSS Association départementale des pupilles de l'enseignement public
Sujet des données	Enfants de 0 à 6 ans.
Intérêts des données	Permet de dépister et de proposer une cure ambulatoire et une rééducation pour des enfants présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux.
Avantages	- Estimation du nombre d'enfants présentant un handicap et de leur handicap.
Inconvénients	- 2 CAMPS et pas de centralisation de l'information ; bilan d'activités à demander.



1 STATISTIQUES CONCERNANT LES ADDICTIONS EN GUYANE

1.1 Alcool

1.1.1 Les consommations et addictions alcooliques

Les différentes sources de données disponibles pour évaluer les consommations d'alcool, notamment les enquêtes (cf. Tableau 2), diffèrent entre elles quant aux fréquences de consommation et aux impacts de l'alcool sur la santé des Guyanais. Ces dissemblances peuvent s'expliquer par la disparité entre les populations sur lesquelles portaient les enquêtes et par les périodes de passation des questionnaires ; par les seuils utilisés pour définir des consommations occasionnelles ou régulières et les manières de formuler les questions ; par les caractéristiques des recueils qui peuvent rassurer les enquêtés sur le devenir de ces données sensibles et la confidentialité des études ; et par d'autres facteurs dont des problèmes de représentativité des échantillons qui étaient dans certains cas de faibles tailles.

Tableau 3 : Prévalence de l'expérimentation d'alcool

	ORSG 1996	ORSG 2003	ORSG 2005	ORSG 2006	Démarche Jeunesse 2013	ESCAPAD 2005	ESCAPAD 2008
Guyane	75 %	63,8 %	79,8 %	77,15 %	82,3 %	95,6 %	90 %
<i>Sources : ORSG ; CRPV ; OFDT</i>							

La prévalence de l'expérimentation de l'alcool en Guyane varie de 63,8 % à 95,6 % dans les enquêtes disponibles qui portent toutes sur des jeunes âgés au maximum de 25 ans. Les taux mesurés par l'ORSG sont les plus faibles avec une prévalence de l'expérimentation jusqu'à 63,8 % [34-37]. Selon les chiffres disponibles de la «Démarche Jeunesse», un écart existait dans les communes de l'Est guyanais avec 95,5 % d'expérimentation dans cette zone. Les taux mesurés en France entière lors des enquêtes ESCAPAD étaient de 92,3 % en 2005 et 92,6 % en

2008 [28, 29]. Toutefois, l'échantillon guyanais étant très faible, aucun test de significativité de ces différences n'étaient possible.

Notons aussi que cette variable était définie différemment suivant les enquêtes. Dans les études de l'ORSG, la consommation se départageait entre 3 modalités : « jamais » / « occasionnelle » / « régulière ». Dans les questionnaires de la « Démarche Jeunesse » du CRPV, l'âge de la première consommation était détaillé en 4 modalités : « jamais » / « avant 15 ans » / « entre 15 et 18 ans » / « après 18 ans ». Enfin, les questions et modalités précises de l'enquête ESCAPAD n'étaient pas connues mais renseignaient spécifiquement sur l'expérimentation d'alcool.

Tableau 4 : Prévalence des consommations au moins occasionnelles ou hebdomadaires

	ORSG 1996	ORSG 2003	ORSG 2005	ORSG 2006	Démarche Jeunesse 2013		Baromètre Santé 2014
					16-19 ans	20-25 ans	
Guyane	65 %	63 %	79,8 %	77,2 %	72 %	88 %	40 %

Sources : ORSG ; CRPV ; Inpes

Afin de simplifier l'interprétation des données, les chiffres reportés dans le tableau ci-dessus cumulent les consommations occasionnelles et fréquentes ou les consommations hebdomadaires et quotidiennes. Il s'agit donc des consommations au minimum occasionnelles ou hebdomadaires et un chiffre plus élevé indique une plus grande consommation d'alcool.

La prévalence de consommation habituelle ou au moins hebdomadaire varie selon les sources entre 40 % pour le Baromètre Santé et 88 % pour les plus de 20 ans dans la « Démarche Jeunesse » du CRPV. A titre de comparaison, le taux mesuré dans la France hors outre-mer par le Baromètre Santé était de 58 % (différence significative).

Pour les 4 enquêtes de l'ORSG [34-37], les modalités de réponse étaient celles décrites dans le paragraphe précédent, une consommation fréquente était définie comme au plus 1 verre par semaine et/ou au plus 2 ivresses dans l'année passée. Pour la « Démarche Jeunesse » du CRPV, il s'agissait de « l'habitude de consommer de l'alcool » lors de divers contextes. Enfin, pour le Baromètre Santé, la question portait sur les consommations hebdomadaires. Dans tous les cas, les taux ont été additionnés aux consommations supérieures pour simplifier l'interprétation.

Tableau 4 : Prévalence des consommations régulières ou quotidiennes d'alcool

	ORSG 1996	ORSG 2003	ORSG 2005	ORSG 2006	Baromètre Santé 2014	ESCAPAD 2005	ESCAPAD 2008
Guyane	7 %	11,3 %	19,5 %	11,6 %	5 %	6,8 %	7,4 %

Sources : ORSG ; Inpes ; OFDT

Le tableau ci-dessus reprend les consommations définies comme régulières ou quotidiennes selon les différentes sources disponibles. Dans les enquêtes de l'ORSG [34-37], il s'agissait d'une consommation supérieure à 1 verre et ou plus de 2 ivresses par année. Dans le Baromètre Santé, il s'agissait de consommation quotidienne. Enfin, dans l'enquête ESCAPAD, la consommation régulière était définie comme supérieure à 10 usages par mois.

La prévalence des consommations régulières variait de 5 % à 11,6 % selon les sources de données. A titre de comparaison, l'usage régulier était mesuré à 5 % en Guyane contre 10 % dans la France hors outre-mer par le Baromètre Santé 2014 (différence significative), à 6,8 % en Guyane contre 12 % en France entière par l'enquête ESCAPAD 2005 [28], et à 7,4 % en Guyane contre 8,9 % en France entière par l'enquête ESCAPAD 2008 [29].

Tableau 5 : Prévalence des ivresses et alcoolisations ponctuelles importantes au moins occasionnelles

	ORSG 1996	ORSG 2003	ORSG 2005	ORSG 2006	Baromètre Santé 2014	
					Ivresses	API
Guyane	35,8 %	17,7 %	28,2 %	24,3 %	12 %	32 %

Sources : ORSG ; Inpes

Afin de simplifier l'interprétation des données, le tableau ci-dessus reprend les taux d'ivresses occasionnelles ou fréquentes cumulées. Un chiffre élevé indique donc de plus grands risques vis-à-vis de l'alcool et de ses conséquences. Les taux correspondent à au moins une ivresse ou alcoolisations ponctuelles importantes (API) au cours de l'année écoulée, les API étant définies comme la prise de 6 verres ou plus lors d'une même occasion.

Le taux d'individus ayant connu au moins une ivresse dans l'année précédant les enquêtes de l'ORSG auprès des jeunes étaient de 36 % en 1996, 18 % en 2003, 28 % en 2005, et 24 % en 2006 [34-37]. Ce taux était de 12 % en Guyane dans le Baromètre Santé 2014 contre 19 % dans la France hors outre-mer (différence significative), alors qu'il était de 32 % en Guyane pour les API contre 38 % dans la France hors outre-mer (différence significative).

Tableau 6 : Prévalence des ivresses et alcoolisations ponctuelles importantes répétées

	ORSG	ORSG	ORSG	ORSG	ESCAPAD 2005		ESCAPAD 2008	
	1996	2003	2005	2006	Ivresses	API	Ivresses	API
Guyane	15 %	5,1 %	9,5 %	5,8 %	9,4 %	14,2 %	8,6 %	12,1 %

Sources : ORSG ; OFDT

Les taux d'ivresses et d'API du tableau ci-dessus définis comme répétées correspondent à une fréquence supérieure à 2 fois par mois pour les enquêtes de l'ORSG comme pour les enquêtes ESCAPAD. Cette fois, les API étaient définies comme la prise de 5 verres ou plus lors d'une même occasion.

La prévalence des ivresses répétées variait entre 5,1 % et 15 % dans les enquêtes auprès des jeunes de l'ORSG [34-37] et se situait aux alentours de 9 % dans les enquêtes ESCAPAD contre environ 13 % pour les API [28, 29].

A titre de comparaison, en France hors outre-mer, les taux d'ivresses répétées par les enquêtes ESCAPAD étaient de 26 % en 2005 et 25,6 % en 2008. Pour les API répétées, les taux hors outre-mer étaient de 17,9 % en 2005 et 19,7 % en 2008. Les différences n'étaient pas significatives du fait du faible échantillon de données disponibles en Guyane.

Tableau 7 : Prévalence des ivresses et alcoolisations ponctuelles importantes régulières

	ORSG 1996	ORSG 2003	ESCAPAD 2005		ESCAPAD 2008	
			Ivresses	API	Ivresses	API
Guyane	3 %	1,5 %	3 %	2,1 %	4,2 %	3,7 %

Sources : ORSG ; OFDT

Les ivresses et alcoolisations ponctuelles importantes (API) régulières sont définies comme ayant une fréquence supérieure à 10 fois par mois. Dans les études disponibles, elles varient entre 1,5 % et 4,2 % pour les ivresses et autour de 3 % pour les API.

A titre de comparaison, dans la France hors outre-mer, les taux d'ivresses régulières par les enquêtes ESCAPAD étaient de 9,7 % en 2005 et 8,6 % en 2008. Pour les API répétées, les taux hors outre-mer étaient de 2,2 % en 2005 et 2,4 % en 2008 [28, 29].

Enfin, le Baromètre Santé 2014, mesure les usages à risque chroniques (évalués par l'échelle AUDIT-C) concernaient 9 % de la population en Guyane contre 8 % dans la France hors outre-mer.

Les ivresses et alcoolisations ponctuelles importantes (API) régulières sont définies comme ayant une fréquence supérieure à 10 fois par mois. Dans les études disponibles, elles varient entre 1,5 % et 4,2 % pour les ivresses et autour de 3 % pour les API.

A titre de comparaison, dans la France hors outre-mer, les taux d'ivresses régulières par les enquêtes ESCAPAD étaient de 9,7 % en 2005 et 8,6 % en 2008. Pour les API répétées, les taux hors outre-mer étaient de 2,2 % en 2005 et 2,4 % en 2008 ; [28, 29].

Enfin, le Baromètre Santé 2014 mesure les usages à risque chroniques (évalués par l'échelle AUDIT-C) concernaient 9 % de la population en Guyane contre 8 % dans la France hors outre-mer.

En 2001, la Fédération Nationale des ORS (FNORS) a organisé, en partenariat avec la DREES, une enquête sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins auprès de patients âgés de 16 ans ou plus, vus en consultation ou en visite par un médecin généraliste. L'évaluation du risque d'alcoolisation excessive du patient, comme celle de sa dépendance vis-à-vis de l'alcool, sont effectuées en combinant les réponses à trois types de questionnement : le questionnaire DETA, trois questions de consommation issues du questionnaire AUDIT et l'avis du médecin traitant. Cette méthode permet ainsi de répartir les personnes ayant recours au système de soins en trois groupes : les patients sans risque ; les patients à risque sans dépendance ; les patients alcoolo-dépendants.

Tableau 8 : Profils à risque avec et sans dépendance

		Profil à risque sans dépendance		Profil à risque avec dépendance	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
ORSG	France entière	21,06 %	5,51 %	9,8 %	2,75 %
	Guyane	20,57 %	2,51 %	10,66 %	2,52 %
	Guadeloupe	18,58 %	4,45 %	12,46 %	2,69 %
	Martinique	19,94 %	3,45 %	14,03 %	2,72 %
	Réunion	25,28 %	4,57 %	18,35 %	3,11 %
FNORS	France hors outre-mer	22,3 %	6,1 %	8,2 %	2,3 %
	Guyane	19 %	3 %	12,5 %	0,7 %
	Guadeloupe	20,2 %	5,1 %	10,8 %	2,4 %
	Martinique	23,5 %	4,6 %	12,6 %	2,8 %
	Réunion	29,9 %	4,8 %	13,6 %	2,5 %
Drees	Guyane	Risque inférieur de plus de 10 % de la moyenne hors outre-mer			
	Guadeloupe	Risque inférieur entre 5 % et 10 % de la moyenne hors outre-mer			
	Martinique	Risque supérieur entre 5 % et 10 % de la moyenne hors outre-mer			
	Réunion	Risque supérieur de plus de 10 % de la moyenne hors outre-mer			

Sources : ORSG ; FNORS ; Drees

Les différences entre les résultats de la FNORS et ceux de l'ORSG résultent de la standardisation de la prévalence sur la population de l'hexagone, la DREES ayant adopté un autre mode de présentation des résultats [38, 40, 41]. Selon la FNORS, le risque sans dépendance concernerait 19 % des hommes et 3 % des femmes en Guyane contre 20,2 % et 5,1 % en Guadeloupe, 23,5 % et 4,6 % en Martinique, 29,9 % et 4,8 % à la Réunion, et 22,3 % et 6,1 % en France hors outre-mer. Le risque avec dépendance toucherait 12,5 % des hommes et 0,7 % des femmes en Guyane contre 10,8 % et 2,4 % en Guadeloupe, 12,6 % et 2,8 % en Martinique, 13,6 % et 2,5 % à la Réunion, et 8,2 % et 2,3 % en France hors outre-mer.

En fonction des populations de jeunes étudiées par l'ORSG, l'âge moyen de début des consommations régulières d'alcool diffère. Il était de 13 ans en 1996, 13 ans et 3 mois en 2003 chez les élèves du 2^{cd} degré, 16 ans et demi et 17 ans respectivement chez les jeunes des missions locales et les étudiants [34-37]. Pour comparaison, dans la France hors outre-mer, ce chiffre avait été évalué à 15 ans et 4 mois en 2001. Chez les adolescents, il était rapporté de très forts écarts de consommation entre les plus jeunes et les plus âgés qui consomment plus souvent de l'alcool. De la même manière, des différences de comportement face à l'alcool entre les jeunes hommes et les jeunes femmes étaient décrites dans les rapports, les écarts mesurés étant d'environ 1 à 2 ou 1 à 3 selon les classes d'âge concernées.

Des cibles prioritaires pour la prévention de l'alcoolisme ont été définies dans la « Démarche Jeunesse » du CRPV en fonction des déclarations concernant l'âge de première consommation. Les caractéristiques maximisant les risques de commencer à boire avant 15 ans, étaient d'appartenir au groupe des plus jeunes, d'être un homme et d'habiter les communes de l'intérieur du territoire.

Les résultats, alors que l'on dispose d'études sur le sujet sur plus de 20 ans (de 1996 à 2015), ne permettent pas de conclure sur l'évolution de la situation. Ce chapitre montre l'intérêt et la nécessité d'avoir des sources de données régulières et pérennes qui s'intéressent aux tranches d'âge les plus exposées et/ou aux sujets les plus à risque.

C'est le cas des enquêtes ESPAD sur les jeunes lycéens et le Baromètre Santé sur la population générale de plus de 18 ans.

Indicateur 1 : Fréquences de la consommation d'alcool, des ivresses et des alcoolisations ponctuelles importantes.

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 1	Fréquences de la consommation d'alcool, des ivresses et des alcoolisations ponctuelles importantes
Objectif(s) de l'indicateur	Evaluer les consommations d'alcool en Guyane d'après des données d'enquête auprès des jeunes ou en population générale
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de consommateurs dans une population interrogée
Dénominateur	Population totale interrogée
Sous-groupes possibles (strates)	Age, sexe
Décompositions	Par type (expérimentations ou usages) ou fréquence (occasionnelle, fréquente, quotidienne) des consommations, ivresses et alcoolisations ponctuelles importantes.
Niveau d'agrégation	Niveau régional
Périodicité de la mesure	Selon la réalisation des enquêtes ESPAD, ESCAPAD, « Baromètre Santé »
Dernier résultat connu	Voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	OFDT pour ESPAD et ESCAPAD et Inpes pour le Baromètre Santé
Disponibilité des données	Oui
Mode de collecte	Sur internet (http://www.odicer.ofdt.fr) ou directement auprès de l'OFDT et de l'Inpes
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Comme toutes données issues d'enquêtes, il s'agit de données subjectives qui peuvent être déformées par rapport à la réalité selon les sentiments des enquêtés et la méthodologie de l'enquête.
Modalités d'interprétation	NA
COMMENTAIRE (S)	
<p>Cette série d'indicateurs pourrait être régulièrement mise à jour en fonction de la reconduction des enquêtes de l'OFDT et notamment l'enquête ESPAD et des nouvelles éditions du Baromètre Santé. Les données seraient ensuite facilement accessibles en ligne.</p>	

1.1.2 Décès, pathologies, et recours aux soins dues à l'alcool

En dehors des diverses enquêtes menées auprès de la population guyanaise, il est possible d'utiliser des données issues des systèmes d'informations automatisés des services hospitaliers de soins, des assurances sociales ou d'autres structures.

Tableau 10 : Décès liés à l'alcool de 2009 -2011

	Psychose alcoolique et autres troubles mentaux liés à l'abus d'alcool (F10)	Cirrhose alcoolique ou sans précision (K70 et K74.6)	Cancer des VADS (C00 à C15 et C32)	Accidents de la circulation (V01 à V99)	Part des accidents mortels attribuables à l'alcool
France hors outre-mer *	4,57	11,35	14,49	6,35	30,5 %
Guyane	3,46	9,86	10,44	11,67	40 %
Guadeloupe	7,71	8,52	11,59	14,36	30,8 %
Martinique	6,41	6,29	8,40	6,84	50 %
Réunion	10,54	14,61	16,34	5,79	36,4 %

Sources : Inserm CépiDc ; Insee ; ONISR : Unité : taux standardisés /100 000 habitants * Pop ref. 2011

Exploitation : ORSG-CRISMS

L'ensemble des décès et leurs causes connues sont recensés dans un fichier national du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm. Un certain nombre de ces décès est attribuable, soit totalement soit partiellement, à la consommation excessive d'alcool.

Les causes de décès généralement retenues comme directement en lien avec l'alcool sont les psychoses alcooliques (Code CIM-10 : F10) et les cirrhoses alcooliques ou autres (Codes CIM-10 : K70 et K74.6). Les autres causes de décès sont les cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS) qui comprennent les lèvres, la cavité buccale, le pharynx, l'œsophage et le larynx (Codes CIM-10 : de C00 à C15 plus C32) qui peuvent aussi être causés par la consommation de cigarettes et de cannabis et l'exposition à certaines pollutions domestiques et environnementales, et les accidents de transport qui sont en partie attribuables à la consommation d'alcool suite aux problèmes d'ivresse au volant. Pour une interprétation plus facile des données, seules les causes principales de décès de la base du CépiDc sont retenues ici.

Les données disponibles montrent que 13 Guyanais sont décédés entre 2009 et 2011 suite à des psychoses alcooliques ou d'autres troubles mentaux liés à l'abus d'alcool. En moyenne, on comptait 3,46 décès par an sur la période 2009-2011 pour 100 000 habitants. Pour comparaison, sur la même période, les taux standardisés de décès de ces pathologies pour 100 000 habitants étaient de 6,41 en Martinique, de 7,71 en Guadeloupe, de 10,54 à la Réunion, pour 4,57 en France hors outre-mer.

Concernant les cirrhoses alcooliques, en incluant les cirrhoses d'origine inconnues, on décomptait 10 décès en moyenne en Guyane sur 2009-2011. Le taux standardisé de décès était de 9,86 individus pour 100 000 habitants contre 8,52 en Guadeloupe, 6,29 en Martinique, 14,61 à la Réunion et 11,35 en France hors outre-mer.

Pour les cancers des VADS qui peuvent aussi être causés par les inhalations de fumées et autres polluants, les taux standardisés de décès pour 100 000 habitants sur 2009-2011 étaient de 10,44 en Guyane, de 8,40 en Martinique, de 11,59 en Guadeloupe, de 16,34 à la Réunion, pour 14,49 en France hors outre-mer.

En ce qui concerne les accidents de la circulation, 27 décès en moyenne sont survenus en Guyane en 2009-2011, soit un taux standardisé de décès de 11,67 pour 100 000 habitants. Pour comparaison, ce taux sur la même période était de 14,36 en Guadeloupe, 6,84 en Martinique, 5,79 à la Réunion et 6,35 en France hors outre-mer.

L'Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière (ONISR) estimait en 2011 à 40 % la part des accidents mortels liée à l'alcool parmi les accidents mortels où l'alcoolémie a été mesurée en Guyane contre en moyenne 30,98 % sur la période 2009-2013. Pour comparaison, ces pourcentages étaient estimés à 30,8 % en 2011 en Guadeloupe (35,52 % en moyenne entre 2009 et 2013), à 50 % en Martinique en 2011 (48,62 % en moyenne entre 2009 et 2013), à 36,4 % à la Réunion (35,44 % en moyenne entre 2009 et 2013), et à 30,25 % dans la France hors outre-mer en 2011 (29,91 % en moyenne entre 2009 et 2013).

De nombreuses autres pathologies sont liées à la consommation d'alcool comme par exemple les maladies cardio-vasculaires. L'OMS estime que l'alcool est un facteur de risque de plus de 200 maladies et qu'il est responsable de 3,3 millions de décès chaque année dans le monde. Il existe des formules permettant de calculer la part de ces troubles liés à la consommation d'alcool. Toutefois, ces estimations reposent sur des méthodes complexes [42]. De plus, ces formules sont élaborées dans des contextes donnés comme la France hors outre-mer et ne sont pas forcément pertinentes pour la Guyane qui connaît des risques spécifiques, par exemple

dans le cas des troubles cardiovasculaires, liés à l'hypertension artérielle observée dans la région.

Indicateur 2 : Fréquences des décès liés à l'alcool

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 2	Fréquences des décès liés à la consommation d'alcool
Objectif(s) de l'indicateur	Evaluer le nombre d'individus décédés de pathologie suite à leur consommation d'alcool
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de décès en lien avec l'alcool
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants
Sous-groupes possibles (strates)	Age, sexe
Décompositions	Par pathologies et causes de décès liées à l'alcoolisme
Niveau d'agrégation	Niveau communal, regroupements possibles
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Données 2011 ; voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Inserm, Base CépiDc
Disponibilité des données	Oui
Mode de collecte	Base complète disponible via la FNORS ou sur Internet sans les communes de décès (http://www.cepidc.inserm.fr)
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Indicateur disponible uniquement pour les individus de 15 ans et plus. Dépend des causes de décès identifiées par les médecins lors de la rédaction des certificats de décès. Il est possible de choisir les pathologies uniquement causées par la consommation d'alcool et celles pour lesquelles l'alcool constitue un facteur de risque. Comme l'alcool est un facteur de risque de très nombreuses pathologies, le risque serait d'attribuer à l'alcool des pathologies causées par un autre facteur de risque. Il est aussi possible de se baser uniquement sur les causes principales de décès ou d'intégrer aussi les causes secondaires. Dans un objectif de comparaison des résultats aux données d'autres territoires, les deux techniques restent valables.
Modalités d'interprétation	NA
COMMENTAIRES	
Cet indicateur peut être présenté de manière globale, peut distinguer les causes directes et indirectes, ou détailler les causes de décès. Les données intègrent les communes de résidence ainsi que les tranches d'âges et le sexe. Elles étaient jusque-là accessibles via la FNORS. La nouvelle loi de santé pourrait changer les modalités d'accès.	

En dehors des décès attribuables à l'alcool, il est possible de quantifier une part des maladies causées par la consommation excessive d'alcool qui sont recensées dans les fichiers des caisses d'assurance maladie. Il s'agit notamment des malades classés comme ayant une affection de longue durée (ALD) et qui bénéficient de remboursements supplémentaires pour la maladie en question. Les maladies liées à l'alcool et reconnues comme des ALD sont les cancers des VADS (Code CIM-10 : C00 à C15 et C32), les cirrhoses alcooliques (K70) ou sans précision (K74.6) et les psychoses alcooliques et autres troubles mentaux liés à l'abus d'alcool (F10).

Tableau 11 : Affections de longue durée liées à l'alcool

	Nombre de « psychose alcoolique et autres troubles mentaux liés à l'abus d'alcool » (F10)	Nombre de « cirrhose alcoolique ou sans précisions » (K70 et K74.6)	Nombre de « cancer des VADS » (C00 à C15 et C32)
France hors outre-mer	17,35	13,57	39,43
Guyane	5,71	1,22	8,98

Sources : Caisses de sécurité sociale ; Données 2012 / unité : taux standardisés pour 100 000 habitants

En ce qui concerne les cancers des VADS, on dénombrait 22 individus en ALD en Guyane en 2013 soit 8,98 cas pour 100 000 habitants contre 39,43 cas en France hors outre-mer. Pour les cirrhoses alcooliques, il y avait 3 individus en ALD en Guyane, soit 1,22 cas pour 100 000 habitants contre 13,57 cas en France hors outre-mer. Enfin, concernant les psychoses alcooliques, on comptait 14 individus en ALD en Guyane, soit 5,71 cas pour 100 000 habitants contre 17,35 cas pour la France hors outre-mer.

Indicateur 3 : Fréquences des ALD liées à l'alcool

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 3	Fréquences des ALD liées à la consommation d'alcool
Objectif(s) de l'indicateur	Evaluer le nombre d'individus classés en Affection de Longue Durée par leur caisse de sécurité sociale
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de classement en ALD en lien avec l'alcoolisme
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants
Sous-groupes possibles (strates)	Age, sexe
Décompositions	Par pathologies et causes de classement en ALD liées à l'alcoolisme
Niveau d'agrégation	Niveau régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Données 2012 ; voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Régimes de sécurité sociale (CNAMTS, CCMSA et RSI)
Disponibilité des données	Oui
Mode de collecte	Bases complètes disponibles via la FNORS
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Les déclarations d'ALD ont un impact sur les remboursements des patients et peuvent donc être influencées en fonction de leurs catégories sociales.
Modalités d'interprétation	NA
COMMENTAIRES	
Les données sont facilement accessibles et mises à jour chaque année par les organismes de sécurité sociale.	

Les données disponibles, concernant les recours aux soins des individus consommateurs d'alcool, proviennent des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) au nombre de 420 en France en 2010 dont 4 sont situés en Guyane (Cayenne, Kourou, Roura et Saint-Laurent).

Tableau 12 : Recours aux soins liés à l'alcool.

	Nombre de CSAPA	Nombre d'individus reçus au moins une fois pour 10 000 habitants
France hors outre-mer	420	34,1
Guyane	4	25,9
<i>Sources : DGS, Rapports d'activité CSAPA</i>		

En 2010, on dénombrait 25,9 individus pour 10 000 habitants ayant été reçu au moins une fois en consultation cette année en Guyane. Dans la France hors outre-mer, la même année, ce taux était de 34,1 individus pour 10 000 habitants.

Indicateur 4 : Recours aux soins en CSAPA pour addiction à l'alcool

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 4	Recours aux soins en CSAPA pour addiction à l'alcool
Objectif(s) de l'indicateur	Evaluer le taux de recours aux soins en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPSA) pour addiction à l'alcool en Guyane
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de personnes reçues au moins une fois en consultation en CSAPA pour addiction à l'alcool
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants
Sous-groupes possibles (strates)	NA
Décompositions	NA
Niveau d'agrégation	Niveau régional ou par établissement
Périodicité de la mesure	Selon les rapports d'activités standardisés des CSAPA et leur exploitation par l'OFDT
Dernier résultat connu	Données 2010 ; voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	OFDT
Disponibilité des données	Non
Mode de collecte	Via les rapports de l'OFDT
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Indicateur basé sur les rapports d'activité standardisés des CSAPA qui peuvent être incomplets ou manquants.
Modalités d'interprétation	NA
COMMENTAIRES	
Les données peuvent être mises à jour irrégulièrement en fonction des rapports d'activité des CSAPA, elles seront accessibles sur Internet. Il est aussi possible d'interroger directement les CSAPA guyanais mais il n'y aurait plus de comparaison possible avec d'autres territoires.	

Il existe des données disponibles concernant les interpellations pour ivresse sur la voie publique. En Guyane, on dénombrait 4,8 individus interpellés pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans et 16,5 en moyenne sur la période 2006-2012. Pour la France hors outre-mer, on recensait un taux de 18 individus interpellés pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans et 19,9 en moyenne sur la période 2006-2012.

Tableau 13 : Interpellations liées à l'alcool

	Nombre d'interpellations pour ivresse sur la voie publique pour 10 000 habitants
France hors outre-mer	18
Guyane	4,8
<i>Sources : DGPN ; DGGN ; PP</i>	

Indicateur 5 : Interpellations pour ivresse sur la voie publique

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 5	Interpellations pour ivresse sur la voie publique
Objectif(s) de l'indicateur	Evaluer le taux d'interpellation pour ivresse sur la voie publique en Guyane
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de personnes interpellées pour ivresse sur la voie publique
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants
Sous-groupes possibles (strates)	NA
Décompositions	NA
Niveau d'agrégation	Niveau régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Données 2012 ; voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	DGPN, DGGN, PP
Disponibilité des données	Non
Mode de collecte	Via les rapports des organismes concernés
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Le nombre d'interpellations peut être influencé par des critères politiques propres à une année ou à la Guyane. Il est possible d'utiliser des moyennes sur plusieurs années pour évaluer la tendance et éviter les biais liés à la fluctuation des données d'une année sur l'autre.
Modalités d'interprétation	NA
COMMENTAIRES	
Les données peuvent fluctuer d'une année sur l'autre en fonction de facteurs sans rapports avec la consommation d'alcool. Il est possible de résoudre partiellement le problème en utilisant des moyennes sur plusieurs années. Les données sont mises à jour chaque année et disponibles sur Internet.	

A partir des données disponibles de la DGDDI, en omettant certaines productions locales comme la bière ou le cachiri et les variations de la production locale de rhum depuis 2005, il a été possible d'évaluer la consommation d'alcool des Guyanais à environ 1 560 327,8 litres d'alcool pur, soit 9,3 litres d'alcool pur par an et par individu de plus de 15 ans.

Tableau 14 : Volumes d'alcool distribués en Guyane et d'autres régions du monde

	Distribution d'alcool
Guyane	9,3
France entière	12,2
Europe	10,9
Brésil	8,7
Surinam	6,6
Guyana	8,1
Haïti	6,4

Sources : Direction Générale des Douanes et Droits Indirects ; OMS ; Données 2014 / Unité : litres d'alcool pur par habitant de plus de 15 ans

Cette quantité d'alcool pur provient pour environ 35 % de bière, 30 % de rhum, 15 % de vins et champagnes, et pour près de 10 % d'autres boissons fortement alcoolisées. Par ailleurs, au moins 12,5 % de la quantité d'alcool consommée serait produite localement.

A titre de comparaison, d'après les données de l'OMS en 2014 [43], la quantité d'alcool pur consommée par an et par individu de plus de 15 ans était de 12,2 litres en France, 8,7 litres au Brésil, 6,6 litres au Surinam, 8,1 litres au Guyana et 6,4 litres en Haïti. D'après les données de l'OFDT en 2013 et portant uniquement sur la France, 11,6 litres d'alcool pur seraient consommés par an et par individu de plus de 15 ans [44]. Rétrospectivement, en France dans les années 1960, on consommait en moyenne 26 litres d'alcool pur par habitant de plus de 15 ans [45]. La consommation est donc inférieure à celles observées en Europe et en France hors outre-mer mais supérieure à celles des pays environnants en Amérique du Sud.

Indicateur 6 : Quantité d'alcool distribuée en Guyane

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 6	Quantité d'alcool distribuée en Guyane
Objectif(s) de l'indicateur	Evaluer la quantité d'alcool effectivement distribuée en région de Guyane
DESCRIPTION	
Numérateur	Quantité produite en Guyane additionnée aux quantités importées et soustraites aux quantités exportées
Dénominateur	NA
Sous-groupes possibles (strates)	NA
Décompositions	Par type de boisson alcoolisée
Niveau d'agrégation	Niveau régional ; décompositions impossibles
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	DGDDI, Producteurs locaux
Disponibilité des données	Non
Mode de collecte	Contact direct
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	La quantité d'alcool a l'avantage d'être une donnée objective qui n'est pas soumise à certains biais d'évaluations individuels. Un effort particulier sera nécessaire pour récupérer les données des producteurs locaux qui sont peu nombreux. Cela n'a pas été possible pour la rédaction du présent rapport.
Modalités d'interprétation	NA
COMMENTAIRES	
Les données ne sont pas directement accessibles notamment en ce qui concerne la production locale. Les taux sont inconnus dans les autres départements d'outre-mer mais peuvent être calculés de la même manière à condition d'obtenir là encore les productions locales. L'alcool importé ou produit illégalement ne pourra pas être évalué. L'indicateur peut être mis à jour chaque année.	

1.1.3 Conclusion sur l'alcoolisme

En conclusion, il semble que la consommation d'alcool en Guyane soit inférieure en termes de quantité à ce que l'on observe dans la France hors outre-mer ou dans les autres DOM. Ce constat se retrouve pour les consommations occasionnelles ou fréquentes, pour les ivresses et les alcoolisations ponctuelles importantes, et pour les risques sanitaires et de dépendance. Il se retrouve aussi en ce qui concerne les décès liés à l'alcool et les pathologies causées par l'alcoolisme. Cette situation plutôt positive serait pourtant préoccupante notamment chez les adolescents qui consomment de l'alcool de plus en plus jeunes et en grande quantité.

Sur les 6 indicateurs définis à partir des sources recensées, 2 indicateurs sont disponibles via les rapports d'activités (indicateurs 5 et 6) ou en contactant directement les sources (indicateur 7). Pour les 3 autres (indicateurs 1, 2, 3), ils sont disponibles sur plusieurs années avec des sous-groupes et décompositions possibles. Ils permettent de suivre la consommation directe et indirecte, les comportements et leurs conséquences, les risques de dépendance, la morbidité et le recours aux soins, la mortalité.

Par contre, il n'y a pas de données sur les actions de sensibilisation et de prévention.

1.2 Les addictions au cannabis

1.2.1 Les consommations

Les données concernant la consommation de cannabis en Guyane sont rares et reposent principalement sur les enquêtes de l'ORSG, de l'OFDT ou encore sur le Baromètre Santé de l'Inpes. En ce qui concerne le Baromètre Santé, les données brutes seront bientôt disponibles, ce qui permettra des analyses approfondies. En ce qui concerne les données de l'OFDT, elles se basaient jusqu'ici sur de trop petits échantillons pour être vraiment fiables. Cependant, l'enquête ESPAD en cours auprès des lycéens cette année devrait permettre de résoudre ce problème.

Les critères les plus couramment utilisés pour décrire la consommation de cannabis sont le taux d'expérimentation, le taux de consommation occasionnelle et les taux de consommation fréquente et régulière. Les autres informations disponibles concernent les Affections de Longue Durée (ALD), les décès, les recours aux soins et les interpellations.

Tableau 15 : Prévalence de l'expérimentation de cannabis

	ORSG 2003	ESCAPAD 2003	ESCAPAD 2005	ESCAPAD 2008
Guyane	12,3 %	31 %	30,2 %	27,5 %
Guadeloupe	NA	32 %	34,9 %	32,8 %
Martinique	NA	31 %	31,5 %	34,8 %
Réunion	NA	41 %	38,2 %	34 %
France hors outre-mer	NA	56 %	49,4 %	42,2 %

Sources : ORSG ; OFDT

D'après l'étude de l'ORSG réalisée en 2003 auprès de jeunes scolarisés au collège et lycée, 12,3 % des Guyanais avaient consommé du cannabis au cours de leur vie [35].

D'après les données de l'enquête ESCAPAD, l'expérimentation à 17 ans concernait 31 % des Guyanais en 2003, 30,2 % en 2005 et 27,5 % en 2008 [27-29]. Pour comparaison, dans les autres DOM, l'expérimentation en 2008 concernait 32,8 % des Guadeloupéens, 34,8 % des Martiniquais, 34 % des Réunionnais et 42,2 % des habitants de la France hors outre-mer.

1.2.2 La morbidité et la mortalité

Tableau 16 : Prévalence des consommations mensuelles, régulières ou quotidiennes de cannabis

	ESCAPAD 2005			ESCAPAD 2008		
	Mens.	Rég.	Quot.	Mens.	Rég.	Quot.
Guyane	18,3 %	6,2 %	5,1 %	13,7 %	4,7 %	2,9 %
Guadeloupe	17,6 %	6,7 %	3,1 %	16,1 %	5 %	3,3 %
Martinique	14,6 %	5,8 %	3,9 %	14 %	4 %	2,9 %
Réunion	17,4 %	4,2 %	2,6 %	16,9 %	4,3 %	2,5 %
France hors outre-mer	27,9 %	10,8 %	5,2 %	24,7 %	7,3 %	3,2 %

Source : OFDT ; Légende : Mens.=Mensuelle ; Rég.=Régulière ; Quot.=Quotidienne

Dans les enquêtes ESCAPAD de l'OFDT, la consommation était qualifiée de mensuelle à partir d'un usage dans le mois, de régulière à partir de 10 usages dans le mois, et de quotidienne à partir de 30 usages dans le mois.

Les consommations mensuelles étaient rapportées par 18,3 % des jeunes de 17 ans en Guyane en 2005 et par 13,7 % d'entre eux en 2008. Ces proportions étaient supérieures aux autres DOM en 2005 et supérieures en 2008, mais étaient toujours inférieures à la France hors outre-mer [28, 29].

Les consommations régulières étaient indiquées par 6,2 % des Guyanais en 2005 et 4,7 % en 2008. Ces proportions étaient semblables aux autres DOM mais étaient inférieures à la France hors outre-mer.

Enfin, les consommations quotidiennes en Guyane en 2005 étaient de 5,1 %, supérieures aux autres DOM et comparables à la France hors outre-mer. En 2008, les proportions étaient semblables dans tous les territoires.

Indicateur 7 : Fréquences de la consommation de cannabis

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 7	Fréquences de la consommation de cannabis
Objectif(s) de l'indicateur	Evaluer les consommations de cannabis en Guyane d'après des données d'enquête auprès des jeunes ou en population générale
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de consommateurs dans une population interrogée
Dénominateur	Population totale interrogée
Sous-groupes possibles (strates)	Age, sexe
Décompositions	Par type (expérimentations ou usages) ou fréquence (occasionnelle, fréquente, quotidienne) des consommations
Niveau d'agrégation	Niveau régional, décompositions impossibles
Périodicité de la mesure	Selon la réalisation enquêtes ESPAD, ESCAPAD et Baromètre Santé
Dernier résultat connu	Voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	OFDT pour ESPAD et ESCAPAD et Inpes pour le Baromètre Santé
Disponibilité des données	Oui
Mode de collecte	Sur Internet (http://www.odicer.ofdt.fr) ou directement auprès de de l'OFDT et de l'Inpes
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Comme toutes données issues d'enquêtes, il s'agit de données subjectives qui peuvent être déformées par rapport à la réalité selon les sentiments des enquêtés et la méthodologie de l'enquête.
Modalités d'interprétation	NA
COMMENTAIRES	
Cette série d'indicateurs pourrait facilement être régulièrement mise à jour en fonction des enquêtes de l'OFDT (ESPAD) et des Baromètre Santé dont les données sont accessibles en ligne.	

Différentes pathologies pouvant conduire à des décès ou affecter l'individu sur de longues durées sont liées à la consommation et à l'abus de cannabis. Ces pathologies comprennent les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (code CIM-10 : F12), les cancers des VADS partiellement attribuables à d'autres causes et présentés précédemment dans la partie alcool (codes CIM-10 : C00 à C15 et C32), et les cancers des bronches et du poumon (code CIM-10 : C34) qui sont aussi liés à la consommation de tabac, à l'inhalation d'autres substances et à l'exposition à la pollution domestique ou environnementale.

Tableau 17 : Prévalence des affections de longues durée et décès liés au cannabis

	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (F12)		Cancers des VADS (C00 à C15 et C32)		Cancers des bronches et du poumon (C34)	
	ALD	Décès	ALD	Décès	ALD	Décès
Guyane	0	0	8,98	1,26	11,79	5,47
France hors outre-mer	0,17	0	39,43	5,32	34,81	47,38

Sources : Caisses de sécurité sociale : Données 2012 / Inserm CépiDc : Données 2011 ; unité : taux pour 100 000 habitants

En ce qui concerne les troubles mentaux liés à l'utilisation de cannabis, on ne trouvait en 2012, aucune personne en ALD en Guyane, contre 110 en France hors outre-mer (soit 0,17 pour 100 000 habitants), et aucun décès en Guyane en 2011 contre 2 en France hors outre-mer (soit 0,003 pour 100 000 habitants). En moyenne, sur la période 2007-2011, on ne décomptait que 12 décès en France hors outre-mer soit 2,4 par an en moyenne.

Pour les cancers des bronches ou du poumon, on dénombrait 28 personnes en ALD en 2012 en Guyane, soit 11,79 individus pour 100 000 habitants contre 34,81 en France hors outre-mer. Pour les décès, 13 personnes en Guyane sont décédées en 2011 des suites d'un cancer des bronches ou du poumon. Le taux de décès pour 100 000 habitants était de 5,47 contre 47,38 en France hors outre-mer. Les cancers des VADS ont déjà été commentés dans la partie précédente dédiée aux effets de la consommation d'alcool.

Ces dernières données ne sont pas assez spécifiques pour en faire un indicateur.

Indicateur 8 : Fréquences des ALD liées au cannabis

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 8	Fréquences des ALD liées à la consommation de cannabis
Objectif(s) de l'indicateur	Evaluer le nombre d'individus classés en Affection de Longue Durée par leur caisse de sécurité sociale
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de classement en ALD en lien avec la consommation de cannabis
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants
Sous-groupes possibles (strates)	Age, sexe
Décompositions	NA
Niveau d'agrégation	Niveau régional, recompositions impossibles
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Données 2012 ; voir l'état des lieux page 43
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Régimes de sécurité sociale (CNAMTS, CCMSA et RSI)
Disponibilité des données	Oui
Mode de collecte	Bases complètes disponibles via la FNORS
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Les déclarations d'ALD ont un impact sur les remboursements des patients et peuvent donc être influencées en fonction de leurs catégories sociales.
Modalités d'interprétation	NA
COMMENTAIRES	
Les données sont facilement disponibles et mises à jour chaque année.	

1.2.3 Recours aux soins et interpellations

Les autres statistiques disponibles concernent les recours aux soins et les données des services de répression chargés des substances illégales.

En 2010, 17,4 individus pour 100 000 habitants ont été reçus au moins une fois en consultation en Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA/4 centres en Guyane/420 en France) en Guyane, contre 16,4 individus pour 100 000 habitants dans la France hors outre-mer.

Enfin, les données de l'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants (OCRTIS) montrent que le nombre d'interpellations d'usagers est en augmentation en Guyane comme dans la France hors outre-mer. En Guyane, on comptait en moyenne 12,21 individus pour 100 000 habitants entre 1997 et 2005, contre 20,98 individus en moyenne entre 2006 et 2010. Dans la France hors outre-mer, la tendance était aussi à la hausse avec 30,4 individus pour 100 000 habitants en moyenne entre 1997 et 2005, contre 44,2 individus pour 100 000 habitants entre 2006 et 2010.

Indicateur 11 : Recours aux CSAPA pour addiction au cannabis

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 12 : Interpellation pour détention, usage ou trafic de cannabis

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 9	Recours aux soins en CSAPA pour addiction au cannabis
Objectif(s) de l'indicateur	Evaluer le taux de recours aux soins en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour addiction au cannabis en Guyane
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de personnes reçues au moins une fois en consultation en CSAPA pour addiction au cannabis
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants
Sous-groupes possibles (strates)	NA
Décompositions	NA
Niveau d'agrégation	Niveau régional ou par établissement
Périodicité de la mesure	Selon les rapports d'activité standardisés des CSAPA et leur exploitation par l'OFDT
Dernier résultat connu	Données 2010 ; voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	OFDT
Disponibilité des données	Non
Mode de collecte	Via les rapports de l'OFDT
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Indicateur basé sur les rapports d'activité standardisés des CSAPA qui peuvent être incomplets ou manquants.
Modalités d'interprétation	NA
COMMENTAIRES	
Les données peuvent être mises à jour en fonction des rapports d'activité des CSAPA, elles sont accessibles sur Internet. Il est aussi possible d'interroger directement les CSAPA mais il n'y aurait plus de comparaison possible avec d'autres territoires.	

Indicateur 10	Interpellations pour détention, usage ou trafic de cannabis
Objectif(s) de l'indicateur	Evaluer le taux d'interpellation pour détention, usage ou trafic de cannabis en Guyane.
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de personnes interpellées
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants
Sous-groupes possibles (strates)	NA
Décompositions	Par type de délit (détention, usage ou trafic)
Niveau d'agrégation	Niveau régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Données 2010 ; voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	OCRTIS ou les services en charge de la répression
Disponibilité des données	Non
Mode de collecte	Via les rapports des organismes concernés
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Le nombre d'interpellations peut être influencé par des critères politiques propres à une année ou à la Guyane. Il est possible d'utiliser des moyennes sur plusieurs années pour évaluer la tendance et éviter les biais liés à la fluctuation des données d'une année sur l'autre.
Modalités d'interprétation	NA
COMMENTAIRES	
Les données fluctuent d'une année sur l'autre en fonction de facteurs sans rapports avec la consommation de cannabis. Il est possible de résoudre partiellement le problème en utilisant des moyennes sur plusieurs années. Les données existent mais ne sont pas directement accessibles.	

1.2.4 Conclusion sur la dépendance au cannabis

Les sources de données disponibles concernant la consommation de cannabis en Guyane montrent que les usagers de cette substance sont plutôt moins nombreux que dans la France hors outre-mer et aussi nombreux que dans les autres DOM. Il est possible en revanche que les gros consommateurs, souvent dépendants au cannabis, soient aussi nombreux que dans la France hors outre-mer et que les demandes de soins soient aussi légèrement plus élevées.

Des études locales spécifiques quantitatives et/ou qualitatives seraient nécessaires pour vérifier la réalité de ce constat notamment auprès des gros consommateurs.

Des sources existantes, 4 indicateurs ont été définis : 1 sur la consommation à condition que les enquêtes ESPAD et Baromètre Santé soient reconduites en Guyane ; 1 sur la mortalité, 1 sur le recours aux soins dont la source d'information potentielle doit être confirmée (OFDT), d'autant plus que d'autres indicateurs pourraient en être extraits. Enfin, 1 indicateur sur les interpellations qui reflètent plus particulièrement la programmation de la politique de lutte des instances concernées.

Comme l'alcool, les indicateurs de dépistage et prévention sont absents.

1.3 Les addictions au crack et à la cocaïne

1.3.1 Les consommations au crack et à la cocaïne

La cocaïne est majoritairement produite en Amérique du Sud (Colombie, Bolivie, Pérou et dans les pays environnants). Elle transite pour partie par la Guyane et/ou les Antilles avant de parvenir aux lieux de distribution (Etats-Unis, Europe, ...). Historiquement, ce trafic a débuté à la fin des années 1970 et s'est fortement développé dans les années 1990 avec un report des consommations locales pour l'export vers les pays développés. On observe donc une disponibilité accrue des substances concernées sur les lieux de transit qui s'accompagne consécutivement de hausses des consommations [46].

La cocaïne issue des feuilles de coca peut être consommée sous forme chlorhydrate qui donne une poudre blanche souvent onéreuse et réservée aux personnes des milieux sociaux élevés. Elle peut aussi être mélangée avec le plus souvent du bicarbonate de sodium qui donne des «cailloux» blanc à jaunâtre. Cette forme plus facile à produire est communément appelée «crack», coûte moins chère et est le plus souvent consommée dans des milieux défavorisés.

Les observations qualitatives sur le terrain montrent une forte disponibilité du produit sous forme de crack et de nombreux consommateurs réguliers le plus souvent en situation d'exclusion [26].

Tableau 18 : Prévalence des expérimentations de crack et de cocaïne

	ESCAPAD 2005		ESCAPAD 2008		Baromètre santé 2014	
	Cocaïne	Crack	Cocaïne	Crack	Cocaïne	Crack
Guyane	0 %	0 %	2,3 %	0,9 %	2 %	< à 1 %
Guadeloupe	0,3 %	0,4 %	1,5 %	0,6 %	NA	NA
Martinique	0,5 %	0,2 %	0,3 %	0 %	NA	NA
France hors outre-mer	2,5 %	0,7 %	3,3 %	1 %	5 %	NA

Sources : OFDT ; Inpes

Les données chiffrées disponibles indiquent des niveaux d'expérimentation supérieurs aux autres DOM mais inférieurs à ceux de la France hors outre-mer pour la cocaïne comme pour le crack sauf dans l'enquête ESCAPAD 2005 [28], où aucun consommateur n'était rapporté pour ces substances en Guyane.

En dehors de l'expérimentation, le Baromètre Santé inclut aussi des données sur les fréquences de consommation. Toutefois, à l'heure actuelle, ces données n'ont pas été exploitées de manière approfondie.

Indicateur 11 : Fréquences des expérimentations de crack et de cocaïne

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 11	Fréquences de la consommation de crack et de cocaïne
Objectif(s) de l'indicateur	Evaluer les consommations de crack et de cocaïne en Guyane d'après des données d'enquête auprès des jeunes ou en population générale
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de consommateurs dans une population interrogée
Dénominateur	Population totale interrogée
Sous-groupes possibles (strates)	Age, sexe
Décompositions	Par type (expérimentations ou usages) ou fréquence (occasionnelle, fréquente, quotidienne) des consommations, ivresses et alcoolisations ponctuelles importantes.
Niveau d'agrégation	Niveau régional, décompositions impossibles
Périodicité de la mesure	Selon la réalisation enquêtes ESPAD, ESCAPAD et Baromètre Santé
Dernier résultat connu	Voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	OFDT pour ESPAD et ESCAPAD et Inpes pour le Baromètre Santé
Disponibilité des données	Oui
Mode de collecte	Sur Internet (http://www.odicer.ofdt.fr) ou directement auprès de l'OFDT et de l'Inpes
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Comme toutes données issues d'enquêtes, il s'agit de données subjectives qui peuvent être déformées par rapport à la réalité selon les sentiments des enquêtés et la méthodologie de l'enquête.
Modalités d'interprétation	NA
COMMENTAIRES	
Cette série d'indicateurs pourrait être régulièrement mise à jour en fonction des enquêtes de l'OFDT et des Baromètre Santé dont les données sont facilement accessibles en ligne.	

1.3.2 La morbidité et la mortalité

Tableau 19 : ALD et décès liés à la consommation de cocaïne ou d'autres stimulants

	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne (F14)		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants (F15)	
	ALD	Décès	ALD	Décès
Guyane	0	0	0	0
France entière	4,75	0,31	3,68	0

Sources : Caisses de sécurité sociale : Données 2012 / Inserm CépiDc : Données 2011 ;
unité : taux pour 10 0 00 000 habitants

Les pathologies attribuables à la consommation de cocaïne ou d'autres produits stimulants sont essentiellement des troubles mentaux identifiés comme liés à l'utilisation des substances.

En Guyane, on n'observait aucun individu classé en ALD ni aucun décès identifiés comme causés par la cocaïne ou d'autres produits stimulants.

En France entière, on décomptait 31 ALD et 2 décès liés à la consommation de cocaïne et 24 ALD liés à la consommation d'autres produits stimulants correspondant à des taux de 4,75 ; 0,31 et 3,68 cas pour 10 000 000 habitants.

Les nombres de décès et ALD liés aux stimulants sont donc très faibles, voire inexistantes. Ils n'incluent, cependant, pas les dommages économiques et sociaux importants pour la société causés par ces produits.

Indicateur 12 : Fréquences des ALD liées au crack et à la cocaïne

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 12	Fréquences des ALD liées à la consommation de crack et de cocaïne
Objectif(s) de l'indicateur	Evaluer le nombre d'individus classés en Affection de Longue Durée par leur caisse de sécurité sociale
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de classement en ALD en lien avec la consommation de crack et de cocaïne
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants
Sous-groupes possibles (strates)	Age, sexe
Décompositions	Entre le crack et la cocaïne
Niveau d'agrégation	Niveau régional, recompositions impossibles
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Données 2012 ; voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Régimes de sécurité sociale (CNAMTS, CCMSA et RSI)
Disponibilité des données	Oui
Mode de collecte	Bases complètes disponibles via la FNORS
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Les déclarations d'ALD ont un impact sur les remboursements des patients et peuvent donc être influencés en fonction de leurs catégories sociales.
Modalités d'interprétation	NA
COMMENTAIRE	
Les données sont facilement disponibles et mises à jour chaque année.	

1.3.3 Conclusion sur le crack et la cocaïne

Les enquêtes qualitatives rapportent de très nombreux consommateurs de crack dans la région [26], ce qui n'apparaît pas dans les différentes enquêtes quantitatives. En 2004, ces substances représentaient en effet 75,5 % des saisies de substances illicites (66,5 % pour la cocaïne et 9 % pour le crack).

Des sources existantes, deux indicateurs ont pu être définis, un sur la consommation et l'autre sur la morbidité. Il n'y a pas d'indicateur sur la mortalité, les causes de décès n'étant pas assez spécifiques d'une consommation de cocaïne ou de son dérivé.

2 STATISTIQUES SUR LES PATHOLOGIES MENTALES DES GUYANAIS

On trouve peu de statistiques disponibles sur la santé mentale des Guyanais parce que la plupart des enquêtes en population générale ne traite que de la France hors outre-mer ou parce qu'elle n'intègre pas un échantillon suffisant de Guyanais pour être considérée comme représentative (Depres (1996) ; ESPS (1996-1997) ; SMPG, (1999-2003) ; ESEMeD (2001-2003) ; Baromètre santé (2005-2010) ; Anadep (2005) ; ESPAD (2011) ; ESCAPAD (2005 et 2008) ; ...).

L'autre limite des données disponibles concerne les systèmes d'information des hôpitaux et des professionnels de santé qui n'ont pas été mis en place comme en France hors outre-mer et ne permettent donc pas d'évaluer le volume de soins ou les pathologies traitées.

La mise en place du «Projet territorial de santé mentale» prévu dans la nouvelle loi de modernisation du système de santé permettra d'avoir une autre source d'information à un niveau infrarégional. Le CRPV a commencé ce travail avec le Conseil Local en Santé Mentale (CLSM).

Nous tenterons, toutefois, de dresser un tableau le plus fidèle possible de la santé mentale en Guyane en fonction des informations disponibles.

2.1 Pathologies

2.1.1 La morbidité

Les pathologies mentales recensées en Guyane, outre les addictions, reposent essentiellement sur la base des affections de longue durée de l'assurance maladie.

Ces bases sont séparées selon le régime d'assurance sociale (CNAMTS, CCMSA et RSI) et ont été réunies pour les présentes statistiques.

Tableau 20 : Prévalence des affections de longue durée pour pathologies mentales

	Guyane	France hors outre-mer
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (F00-F09)	26,93	49,47
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-F19)	7,34	21,95
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (F20-F29)	18,77	47,54
Troubles de l'humeur (F30-F39)	28,56	154,48
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F49)	1,63	17,86
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F50-F59)	0	2,86
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69)	3,26	33,15
Retard mental (F70-F79)	6,94	13,63
Troubles du développement psychologique (F80-F89)	3,67	15,36
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F90-F98)	0,82	3,38
<i>Sources : CNAMTS ; CCMSA ; RSI / unité : taux pour 100 000 habitants</i>		

Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (F00-F09)

En 2013, on comptait 66 individus en ALD pour maladie d'Alzheimer ou autres démences (Chapitre F00 à F09). Cela correspond à un taux de 26,93 cas pour 100 000 habitants, inférieur à celui enregistré dans la France hors outre-mer de 49,47 cas pour 100 000 habitants. Rappelons, toutefois, que ces pathologies et en particulier la maladie d'Alzheimer sont fortement liées à l'âge et que la jeunesse de la population guyanaise pourrait expliquer cette différence.

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-F19)

En 2013, 18 Guyanais étaient en ALD pour troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives dont 14 suite à la consommation d'alcool, 1 suite à la consommation d'opiacés et 3 suite à l'usage de multiples substances. Le taux de patients en ALD pour troubles suite à l'absorption de substances psychoactives en Guyane était donc de 7,34 pour 100 000 habitants

contre 21,95 pour 100 000 habitants en France entière. Les taux spécifiques pour l'alcool sont précisés dans la partie dédiée de ce rapport.

Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (F20-F29)

En 2013, 46 patients Guyanais étaient en ALD suite à une schizophrénie, un trouble schizotypique, ou des troubles délirants. Ces malades se décomposaient principalement entre 32,6 % de schizophrènes (codes F20 et F21) et 50 % de psychotiques sans autres précisions (F29). Le taux de malades en ALD pour 100 000 habitants était donc de 18,77. Pour comparaison, ce taux était de 47,54 pour 100 000 habitants en France entière en 2013 dont 33,63 % de schizophrènes et 36,46 % de psychotiques sans autres précisions.

Troubles de l'humeur (F30-F39)

Ce chapitre de la classification internationale des maladies comprend principalement les manies, les troubles bipolaires, les dépressions et les autres troubles de l'humeur. En 2013, en Guyane, 70 personnes étaient enregistrées en ALD pour ces pathologies. La dépression concernait 88,57 % d'entre eux, les autres étant suivis pour des troubles bipolaires. En Guyane, en 2013, le taux pour 100 000 habitants était de 28,56 personnes contre 154,48, au même moment, dans la France entière.

Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F49)

En 2013, on comptait peu de patients en ALD pour trouble névrotique en Guyane, il s'agissait de 3 troubles anxieux (F41) et d'1 seul trouble obsessionnel compulsif (TOC) (F42). Pour comparaison, les taux pour 100 000 habitants étaient donc de 1,22 pour les troubles anxieux, de 0,41 pour les TOC, et donc au total de 1,63 pour l'ensemble des troubles névrotiques. Au même moment, dans la France entière, on dénombrait 14,54 personnes pour 100 000 habitants en ALD pour un trouble anxieux, 1,76 personne pour 100 000 habitants en ALD pour TOC, et 17,86 personnes pour 100 000 habitants en ALD pour un trouble névrotique.

Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F50-F59)

Aucun patient en ALD pour trouble du comportement n'était recensé en Guyane en 2013. Le taux de prévalence pour 100 000 habitants en France entière était de 2,86 personnes.

Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69)

En 2013, on enregistrait 8 Guyanais atteints de troubles de la personnalité et plus particulièrement par des troubles spécifiques de la personnalité (F60), soit un taux de 3,26 malades pour 100 000 habitants. En France entière, au même moment, on comptait 33,43 personnes atteintes de troubles de la personnalité dont 33,15 pour 100 000 habitants atteints de troubles spécifiques de la personnalité.

Retard mental (F70-F79)

En Guyane, en 2013, on dénombrait 21 patients en ALD à la suite de retard mental de diverses gravités soit un taux de 6,94 personnes pour 100 000 habitants. En France entière en 2013, ce taux était de 13,63 personnes pour 100 000 habitants.

Troubles du développement psychologique (F80-F89)

En Guyane, en 2013, il y avait 9 individus classés en ALD pour troubles du développement psychologique qui comprend notamment l'autisme. Cela correspond à un taux de 3,67 personnes pour 100 000 habitants. En France, la même année, ce taux était de 15,36 personnes pour 100 000 habitants.

Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F90-F98)

En Guyane, en 2013, on dénombrait 2 personnes en ALD pour des « troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence », soit un taux de 0,82 personne pour 100 000 habitants. Ce taux était mesuré à 3,38 personnes pour 100 000 habitants la même année en France entière alors que la population y est nettement plus âgée.

Indicateur 13 : Fréquences des ALD pour troubles mentaux

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 13	Fréquences des Affections de Longue Durée (ALD) liées aux troubles mentaux
Objectif(s) de l'indicateur	Evaluer le nombre d'individus classés en Affection de Longue Durée par leur caisse de sécurité sociale pour chaque pathologie ou famille de pathologie
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de classement en ALD en lien avec les pathologies mentales ou nombre de nouveaux classements
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants
Sous-groupes possibles (strates)	Age, sexe
Décompositions	- Par type d'ALD psychiatriques (ALD n°9 : formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ; ALD n°15 : maladie d'Alzheimer et autres démences ; ALD n°16 : maladie de Parkinson, ALD n°23 : affections psychiatriques de longue durée) - Par pathologie précise (en utilisant les codes CIM-10)
Niveau d'agrégation	Niveau régional, recompositions impossibles
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Données 2012 ; voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Régimes de sécurité sociale (CNAMTS, CCMSA et RSI)
Disponibilité des données	Oui
Mode de collecte	Bases complètes disponibles via la FNORS
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Les déclarations d'ALD ont un impact sur les remboursements des patients et peuvent donc être influencés en fonction de leurs catégories sociales.
Modalités d'interprétation	NA
COMMENTAIRES	
En l'absence de base RIM-P fiable, cette série d'indicateurs est la seule permettant de connaître la répartition entre les différentes pathologies mentales dans la région. Les données sont facilement accessibles et mises à jour chaque année.	

2.1.2 La mortalité

En 2011, on dénombrait 6 décès en Guyane liés à des troubles mentaux et du comportement (F00 à F99 hors F10, F11 à F16, F18, et F19). Ces décès représentaient un taux de 2,53 décès pour 100 000 habitants. En 2011, en Guyane, aucun décès n'était attribuable à la toxicomanie et la pharmacodépendance hors alcool (F11 à F16, F18, et F19).

Tableau 21 : Décès liés aux pathologies mentales 2009-2011

	Troubles mentaux et du comportement	Toxicomanie et pharmacodépendance
Guyane	17,40	0,12
Guadeloupe	13,37	0,52
Martinique	14,52	0,58
Réunion	18,60	0,12
France hors outre-mer *	24,09	0,31

Source : Inserm CépiDc ; Insee : Unité : taux standardisés / 100 000 habitants * Pop réf. 2011

Pour comparaison, le taux standardisé de décès dû aux troubles mentaux et du comportement était plus élevé en Guyane (17,40 pour 100 000 habitants) qu'aux Antilles Françaises (14,52 pour la Martinique et 13,37 pour la Guadeloupe) et inférieur à la Réunion (18,6) et à la France hors outre-mer (24,09). Les décès dus à la toxicomanie et la pharmacodépendance étaient rares dans les autres départements d'outre-mer comme dans la France hors outre-mer.

Les décès liés directement et indirectement à la consommation d'alcool (psychose alcoolique et autres troubles mentaux liés à l'abus d'alcool, cirrhose alcoolique, cancer des VADS, et accident de la circulation) sont décrits dans la partie dédiée ci-dessus.

Indicateur 14 : Fréquences des décès pour troubles mentaux

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 14	Fréquences des décès liés aux pathologies mentales
Objectif(s) de l'indicateur	Evaluer le nombre de personnes décédées de pathologies mentales
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de décès
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants
Sous-groupes possibles (strates)	Age, sexe
Décompositions	Par pathologie mentale (correspondant à des codes CIM-10)
Niveau d'agrégation	Niveau communal, recompositions possibles
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Données 2011 ; voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Inserm, Base CépiDc (Code CIM-10 : F00 à F99)
Disponibilité des données	Oui
Mode de collecte	Base complète disponible via la FNORS ou sur Internet sans les communes de décès (http://www.cepidc.inserm.fr)
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Indicateur disponible uniquement pour les individus de 15 ans et plus. Il est aussi possible de se baser uniquement sur les causes principales de décès ou d'intégrer aussi les causes secondaires. Dans un objectif de comparaison des résultats aux données d'autres territoires, les deux techniques restent valables.
Modalités d'interprétation	NA
COMMENTAIRES	
Les données sont facilement accessibles et mises à jour chaque année.	

2.2 Statistiques sur les suicides et tentatives de suicide

2.2.1 Les suicides

Entre 2006 et 2011, le CépiDc recensait entre 13 et 21 suicides par an dans la région de Guyane, soit des taux standardisés pour 100 000 habitants compris entre 7,49 et 9,83. Ces taux étaient moins élevés que ceux de la Réunion et de la France hors outre-mer. Cependant, en 2011, les différences entre DOM ont diminué.

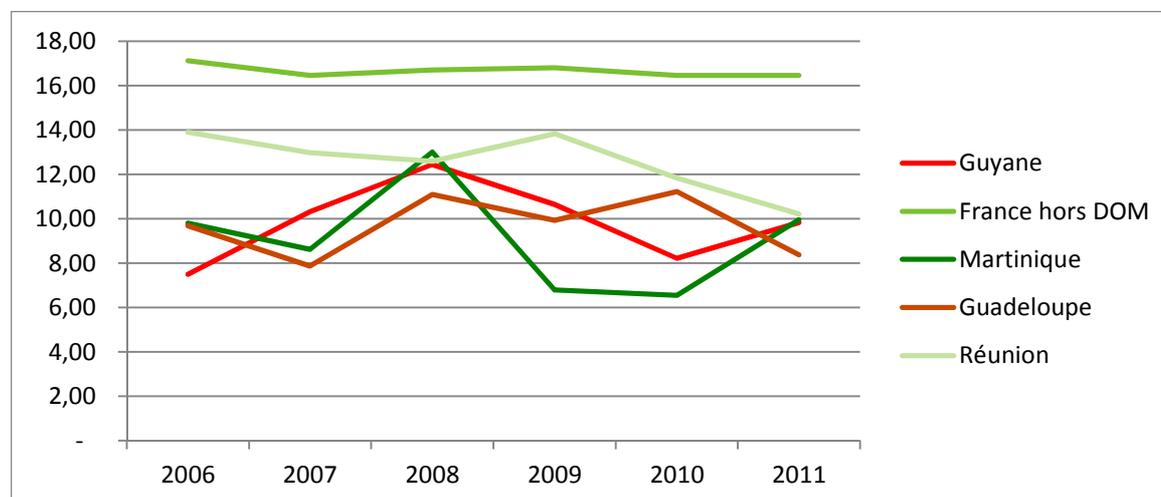
Ces décès déclarés comme des suicides lors des décès sont cependant réputés être sous-estimés d'environ 20 % en métropole [48] et cette erreur de mesure pourrait varier d'une région à une autre et diminuer la fiabilité des comparaisons de cet indicateur entre la Guyane et d'autres territoires.

Tableau 92 : Décès par suicide entre 2006 et 2007 en France hors outre-mer et dans certains départements ultramarins

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Guyane	7,49	10,31	12,44	10,65	8,21	9,83
Guadeloupe	9,68	7,87	11,09	9,93	11,22	8,37
Martinique	9,80	8,61	13,01	6,79	6,55	9,96
Réunion	13,90	12,98	12,59	13,83	11,83	10,21
France hors outre-mer *	17,11	16,46	16,70	16,80	16,45	16,46

Source : Inserm CépiDc ; Insee : taux standardisés pour 100 000 habitants * Pop réf. 2011

Figure 1 : Evolution des décès par suicide entre 2006 et 2011 (taux pour 100 000)



Indicateur 15 : Fréquences des décès par suicide

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 15	Fréquences des décès par suicide
Objectif(s) de l'indicateur	Recenser le nombre de personnes décédées par suicide
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de décès par suicide
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants
Sous-groupes possibles (strates)	Age, sexe
Décompositions	Par cause de décès (moyen utilisé pour se suicider, si disponible)
Niveau d'agrégation	Niveau communal, recombinaisons possibles
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Données 2011 ; voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Inserm, Base CépiDc (Code CIM-10 : X60 à X84 et Y87.0)
Disponibilité des données	Oui
Mode de collecte	Base complète disponible via la FNORS ou sur Internet sans les communes de décès (http://www.cepidc.inserm.fr)
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Indicateur disponible uniquement pour les individus de 15 ans et plus. Il est aussi possible de se baser uniquement sur les causes principales de décès ou d'intégrer aussi les causes secondaires. Dans un objectif de comparaison des résultats aux données d'autres territoires, les deux techniques restent valables.
Modalités d'interprétation	NA
COMMENTAIRES	
Disponible uniquement pour les 15 ans et plus. L'Observatoire National des Suicides estime à 10 % la sous-évaluation des suicides liés à l'utilisation de la base CépiDc [18], car seules les personnes dont le médecin a su la cause du décès ont pu être classées comme des suicides dans cette base, «près de 90 % des personnes qui se suicident étaient atteintes d'un trouble mental ou du comportement ». Les données sont facilement accessibles et mises à jour chaque année.	

2.2.2 Les tentatives de suicide

Les sources concernant les tentatives de suicide sont plus rares et difficiles à exploiter car celles-ci ne sont pas toujours recensées de manière fiable. De plus, les données issues de l'activité hospitalière en psychiatrie, en médecine générale, ou dans les services des urgences ne sont pas disponibles de manière satisfaisante.

L'OMS estime pour sa part que pour chaque suicide réalisé, il y aurait plus de vingt tentatives [49].

Une des données disponibles provient d'une intervention du Dr. J-M Fontanella, chef de service des urgences au Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne (CHAR) lors d'un colloque sur le suicide organisé en 2005 par l'ORSG. D'après celui-ci, 130 patients avaient été reçus au service des urgences suite à des tentatives de suicide entre début janvier 2003 et fin juin de la même année. Cela représenterait 0,65 % de l'activité du service et un taux annuel de 145,78 recours aux urgences pour tentative de suicide pour 100 000 habitants, à condition de négliger le fait que certains patients aient pu faire plusieurs tentatives de suicide sur la période de 6 mois étudiée.

Tableau 23 : Tentatives de suicide selon les données médicales

	2001	2003
Guyane	2,16	1,46
France hors outre-mer	2,28	2,85
<i>Sources : CHAR ; InVS / unité : taux pour 1 000 habitants</i>		

Pour comparaison, on dénombrait en France hors outre-mer 176 708 passages aux urgences pour tentatives de suicide en 2007, soit un taux annuel de 285,96 recours pour 100 000 habitants. Le Dr Fontanella citait aussi des chiffres de la Drees introuvables aujourd'hui selon lesquels les taux pour la Guyane seraient de 2,16 recours aux urgences pour tentative de suicide pour 1 000 habitants, et 2,28 en France hors outre-mer en 2001.

La deuxième principale source concernant les tentatives de suicide en Guyane provient des enquêtes auprès des jeunes réalisées par l'ORSG en 2003, 2005 et 2006 [35-37] et le Baromètre Santé dont les données sont en cours d'exploitation. D'après les études de l'ORSG, les idées suicidaires concernaient entre 12 % et 28 % des jeunes Guyanais et les tentatives de suicide

ente 11 % et 20 % d'entre eux. D'après le Baromètre Santé, 5% des 15-75 ans avaient eu des idées suicidaires dans l'année précédant l'enquête, et 5% d'entre eux ont déclaré une ou des tentatives de suicide au cours de leurs vies.

Tableau 24 : Tentatives de suicide selon les données des enquêtes

	ORSG 2003	ORSG 2005	ORSG 2006	Baromètre Santé 2014
Idées suicidaires	28 %	14,9 %	11,8 %	5%
Tentatives de suicide	14 %	19,7 %	11,3 %	5%
Récidives de tentatives de suicide	4 %	NA	NA	NA

Source : ORSG ; Inpes

Pour comparaison, une enquête réalisée en 2012 chez les jeunes scolarisés en Poitou-Charentes a montré des taux de prévalence de 6,2 % pour les idées suicidaires dans l'année précédente, de 7,3 % pour les tentatives de suicide l'année précédente, et de 15,1 % pour les tentatives de suicide au cours de la vie. Toujours chez les jeunes, l'enquête ESCAPAD de l'OFDT en 2008 a montré un taux de 8,2 % des individus ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de leur vie.

Chez les adultes, le Baromètre Santé 2010 en France hors outre-mer montrait des taux proches de la Guyane avec une prévalence de 5 % des pensées suicidaires dans l'année et un taux de 7% pour les tentatives de suicide au cours de la vie.

Indicateur 16 : Fréquences des tentatives de suicide déclarées

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 16	Fréquence des tentatives de suicides
Objectif(s) de l'indicateur	Recenser le nombre de personnes ayant déclaré avoir fait une ou plusieurs tentatives de suicide (TS)
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de personnes ayant fait des tentatives de suicide
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants
Sous-groupes possibles (strates)	Age, sexe
Décompositions	<ul style="list-style-type: none"> - Par cause de décès (moyen utilisé pour se suicider, si disponible) - Par type de prise en charge (hospitalisation de nuit, hospitalisation de jour, atelier thérapeutique et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) - Par localité de résidence et éventuellement suivant la composition ethnique du lieu en question (voir suicides chez les Amérindiens)
Niveau d'agrégation	Niveau régional ou local selon la source de données
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	2014
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Inpes : Enquête Baromètre Santé (à partir de 2014)
Disponibilité des données	Oui 2014
Mode de collecte	Enquête
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Des enquêtes de ce type
Modalités d'interprétation	
COMMENTAIRES	
Le Baromètre Santé de l'Inpes inclut également des données sur les pensées suicidaires. Il n'était jusqu'ici disponible que pour la France hors outre-mer mais sera étendu aux DOM en 2014.	

2.3 Conclusion sur les pathologies mentales

La prévalence des pathologies mentales est bien inférieure à ce que l'on observe dans l'hexagone (écarts de 2 à plus de 10) qui ne peut s'expliquer par la seule sous déclaration des ALD. Cependant, s'agissant des troubles mentaux organiques dont la maladie d'Alzheimer, on peut s'inquiéter de l'écart qui est de 1,5 alors que la population en Guyane est bien plus jeune.

L'autre aspect de la santé mentale plus souvent d'origine sociale que sont les tentatives de suicides (TS) et les suicides est dans le même registre de discrétion. Les chiffres sur les TS demandent un suivi régulier avec une attention particulière de la population scolaire.

Les indicateurs répertoriés couvrent la morbidité (sous-estimée) et la mortalité.

Compte tenu des conséquences de ces pathologies en termes de potentiel décès, comme les TS, l'impact sur la famille et le système de soins, des indicateurs sur les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge seraient intéressants à définir, les premiers indicateurs relevant du domaine médicosocial.

Deux indicateurs ont pu être définis à partir des sources existantes : 1 indicateur sur la morbidité et 1 sur la mortalité.

D'autres sources doivent être recherchées notamment hospitalière afin d'affiner la connaissance et le suivi de ces pathologies.

De même, d'autres sources existent pour les TS comme le PMSI ou les données OSCOUR (Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences par l'Institut de Veille Sanitaire). L'exploitation du PMSI demande une formation spécifique et devrait permettre la définition de nouveaux indicateurs. Pour les données OSCOUR, en Guyane, elles ne concernent aujourd'hui que les urgences du CHAR mais devraient s'étendre à tous les hôpitaux.

Enfin, des certificats de santé notamment du 8^{ème} jour pourraient être exploités. Bien qu'il n'existe pas d'information sur la santé mentale des nouveaux nés, des variables «prédictives» existent (résultats de l'Apgar, etc.). Des indicateurs pourraient être recherchés à partir de ces données pour des estimations indirectes de l'état de santé mentale des enfants.

3 STATISTIQUES SUR LES SOINS ET PRISES EN CHARGE

3.1 Equipement hospitalier

L'équipement hospitalier est la mesure la plus simple de la disponibilité des services hospitaliers. Il s'agit de calculer le nombre de lits ou places par rapport à la population des usagers potentiels, et de l'exprimer pour un nombre fixe d'habitants, ce qui permet de faciliter les comparaisons entre territoires. Ces données peuvent aussi être détaillées en fonction du type de prise en charge (complète, partielle, ambulatoire), des âges des usagers du service (enfants, adolescents, ou adultes), ou d'autres critères.

Tableau 25 : Equipement hospitalier en psychiatrie infanto-juvénile

	Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle
Guyane	9,55	31,82
Ensemble des DOM	14,78	47,53
France hors outre-mer	22,63	67,02

Sources : SAE données administratives 2013, ministère chargé de la santé, Drees ; Insee, Recensement de la Population 2011, exploitation principale / Unités : nombre de lits et places pour 100 000 habitants de moins de 18 ans

Pour la psychiatrie infanto-juvénile, on décomptait au 1^{er} janvier 2013 en Guyane, 4 lits en hospitalisation complète, 5 places en placement familial thérapeutique, et 30 places en hospitalisation de jour. Cela correspond à des taux de 9,55 lits pour 100 000 habitants de moins de 18 ans pour l'hospitalisation complète (en incluant les placements familiaux), et de 31,82 places pour 100 000 habitants mineurs pour l'hospitalisation partielle.

Pour comparaison, dans l'ensemble des départements d'outre-mer, on dénombrait 79 lits et places en hospitalisation complète soit rapporté à la population des DOM, 14,78 lits et places pour 100 000 habitants et 47,53 lits et places en hospitalisation partielle pour 100 000 habitants de moins de 18 ans. On trouvait également 5 structures organisant des ateliers thérapeutiques dans l'ensemble des départements d'outre-mer.

Toujours pour comparaison, on dénombrait en France hors outre-mer 2 208 lits en hospitalisation complète, 721 placements familiaux thérapeutiques, 51 places en centre de crise et accueil des urgences, et 196 en hospitalisation à domicile, soit 22,63 lits et places en hospitalisation complète pour 100 000 habitants de moins de 18 ans. En hospitalisation partielle, on comptait 9 238 places en hospitalisation de jours et 166 places en hospitalisation

de nuit, soit 67,02 places pour 100 000 habitants mineurs auxquelles il faut ajouter 183 structures organisant des ateliers thérapeutiques.

Tableau 26 : Equipement hospitalier en psychiatrie générale

	Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle
Guyane	61,01	13,26
Ensemble des DOM	97,49	25,13
France hors outre-mer	121,46	37,91

Sources : SAE données administratives 2013, ministère chargé de la santé, Drees ; Insee, Recensement de la Population 2011, exploitation principale / Unités : nombre de lits et places pour 100 000 habitants

Pour la psychiatrie générale qui concerne les adultes, on dénombrait 92 lits en hospitalisation complète en Guyane et 20 places en hospitalisation de jour, soit 61,01 lits en hospitalisation complète pour 100 000 habitants et 13,26 places en hospitalisation partielle pour 100 000 habitants de plus de 18 ans.

Pour comparaison dans l'ensemble des DOM, on comptait 1 315 lits et places en hospitalisation complète, soit 97,49 lits et places en hospitalisation complète pour 100 000 habitants ; et 339 lits et places en hospitalisation partielle, soit 25,13 places en hospitalisation partielle pour 100 000 habitants.

Enfin, en France hors outre-mer, on dénombrait 60 276 lits et places en hospitalisation complète, soit 121,46 lits et places en hospitalisation complète pour 100 000 habitants ; et 18 813 lits et places en hospitalisation partielle, soit 37,91 places en hospitalisation partielles pour 100 000 habitants.

Tableau 27 : Equipement hospitalier en psychiatrie en milieu pénitentiaire

	Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle
Guyane	0,00	0,00
Ensemble des DOM	0,00	4,53
France hors outre-mer	5,54	3,27

Sources : SAE données administratives 2013, ministère chargé de la santé, Drees ; Direction de l'Administration Pénitentiaire / Unités : nombre de lits et places pour 1 000 habitants

Concernant la psychiatrie en milieu pénitentiaire, il n'y avait aucune prise en charge recensée en Guyane contre 23 places en hospitalisation partielle dans l'ensemble des DOM et 406 lits en hospitalisation complète et 240 places en hospitalisation partielle en France hors outre-mer. Soit rapporté à la population carcérale de 2014 des taux pour 1 000 habitants de 0,00 lit et place dans les deux catégories en Guyane ; de 0,00 et 4,53 lits et places dans l'ensemble des DOM ; et de 5,54 et 3,27 lits et places en France hors outre-mer.

Indicateur 17 : Taux d'équipement hospitalier en psychiatrie

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 17	Taux d'équipement hospitalier en psychiatrie
Objectif(s) de l'indicateur	Evaluer le nombre de lits ou places en psychiatrie existants dans la région pour les comparer avec d'autres régions françaises ou suivre les évolutions au cours du temps
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de lits ou places existants en psychiatrie
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants
Sous-groupes possibles (strates)	Aucun
Décompositions	<ul style="list-style-type: none"> - Par type de prise en charge (hospitalisation de nuit, hospitalisation de jour, atelier thérapeutique et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) - Par public visé (jeunes/adultes, public spécifique/général, ...) - Par type de spécialités médico-sociales exercées (psychiatre, psychologue, psychothérapeute, psychomotricien, orthophoniste éducateur, ...)
Niveau d'agrégation	Niveau des établissements ou régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Données 2013 ; voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Drees : SAE (Statistique Annuelle des Etablissements)
Disponibilité des données	Oui
Mode de collecte	Base complète disponible sur Internet (http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr) ou via l'ARS.
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Comparaisons régionales : plus le nombre de places (lits) disponibles est élevé, plus le niveau d'équipement régional est bon. - Comparaisons longitudinales : si le nombre de places augmente ou diminue cela peut être lié à des fluctuations de la demande de soins mais aussi à des contextes économiques et politiques.
COMMENTAIRE	
Les données sont facilement accessibles via les données de l'enquête SAE et sont mises à jour chaque année.	

Taux d'occupation hospitalier

Un autre indicateur intéressant concernant l'activité hospitalière porte sur la disponibilité hospitalière à travers le taux d'occupation apparent des lits pour l'hospitalisation complète et le ratio du nombre de venues par place pour l'hospitalisation partielle.

Tableau 28 : Taux d'occupation en hospitalisations complètes

	Centre Hospitalier de Cayenne			Centre Hospitalier Franck Joly		
	Nombre de journées	Nombre de lits	Taux d'occupation des lits	Nombre de journées	Nombre de lits	Taux d'occupation des lits
Hospitalisations complètes adultes						
2013						
Hospitalisations complètes enfants						
2013						
Hospitalisations complètes adultes	24 736	84	84,71 %	3 097	8	106,06 %
Hospitalisations complètes enfants	1 198	5	65,64 %	506	4	34,66 %

Sources : SAE données administratives 2013, ministère chargé de la santé, Drees

Note 1 : Les taux d'occupation sont calculés par : $nb \text{ journées} / (nb \text{ lits} \times 365) \times 100$

Note 2 : Les hospitalisations des enfants à Cayenne sont des placements thérapeutiques familiaux

Sur les deux établissements guyanais possédant des services de psychiatrie, les taux d'occupation s'établissaient en 2013 à 82,89 % pour la psychiatrie adulte et 51,87 % en psychiatrie infanto-juvénile. Pour comparaison, le même calcul mené sur l'ensemble des établissements français sur les hospitalisations à temps plein en excluant les autres formes d'hospitalisations complètes donnait des taux de 89,57 % pour la psychiatrie adulte et 60,11 % en psychiatrie infanto-juvénile.

Ces résultats sont conformes aux chiffres de la Drees qui indiquaient un taux moyen d'occupation des lits en France en 2010 de 89,5 % [51], dans un contexte de saturation des services hospitaliers liés aux nombreuses fermetures de lits d'hospitalisation complète (plus de 50 %) organisées depuis la fin des années 1980 [52]. Cependant, d'après la Drees [51], il n'y aurait pas de lien statistique entre le nombre de lits disponibles et le taux d'occupation des lits au niveau régional, les territoires les mieux dotés en lits et places ayant aussi des taux d'occupation élevés. Il semblerait même, selon une typologie des services de psychiatrie réalisée par l'Irdes [53], que les faibles taux d'occupation des lits soient le plus souvent observés dans les services les moins bien dotés en personnel de soins.

Tableau 29 : Taux d'occupation en hospitalisations partielles

	Centre Hospitalier de Cayenne			Centre Hospitalier Franck Joly		
	Nombre de venues	Nombre de places	Nombre de venues par place	Nombre de venues	Nombre de places	Nombre de venues par place
Hospitalisations partielles adultes 2013	1 436	10	143,6	1 292	10	129,2
Hospitalisations partielles enfants 2013	1 716	15	114,4	676	15	45,07

Sources : SAE données administratives 2013, ministère chargé de la santé, Drees

Note 1 : Les taux d'occupation sont calculés par : $nb_jours / (nb_lits \times 365) \times 100$

Le nombre de venues par place pour l'hospitalisation partielle en Guyane était donc de 136,4 pour la psychiatrie générale et de 79,73 pour la psychiatrie infanto-juvénile. En comparaison, dans la France hors outre-mer pour l'hospitalisation de jour uniquement, ces taux étaient de 189,06 en psychiatrie adulte et 142,78 en psychiatrie enfants.

Indicateur 18 : Taux d'occupation hospitalier en psychiatrie

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 18	Taux d'occupation des lits et places en psychiatrie
Objectif(s) de l'indicateur	Evaluer le nombre de lits ou places disponibles dans la région et vérifier la saturation éventuelle des services hospitaliers spécialisés en psychiatrie
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de lits ou places occupés à un instant donné en psychiatrie
Dénominateur	Nombre de lits existants au total en psychiatrie
Sous-groupes possibles (strates)	Aucun
Décompositions	Par type de prise en charge (hospitalisation de nuit, hospitalisation de jour, atelier thérapeutique et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel)
Niveau d'agrégation	Niveau des établissements ou régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Données 2013 ; voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Drees : SAE (Statistique Annuelle des Etablissements)
Disponibilité des données	Oui
Mode de collecte	Base complète disponible sur Internet (http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr) ou via l'ARS.
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Si le taux d'occupation est continuellement proche de 100 % alors le nombre de séjour n'est pas un bon révélateur de la santé mentale de la population.
COMMENTAIRES	
<p>Cette mesure est possible seulement pour les hospitalisations complètes. Sinon, il faudrait déterminer un nombre normal quotidien de consultation par place qui doit correspondre au nombre de soignants disponibles.</p> <p>Cette mesure permet de vérifier que le nombre d'hospitalisation ne dépend pas uniquement du nombre de lits disponibles dans un contexte de saturation de l'activité hospitalière en psychiatrie, et donc de vérifier l'intérêt et la cohérence de l'indicateur « <i>Nombre de places (lits) existantes dans les services de psychiatrie</i> ».</p> <p>Les données sont facilement accessibles et mises à jour chaque année mais sont difficiles à interpréter. L'indicateur peut néanmoins être sélectionné pour être suivi dans le temps ou faire des comparaisons régionales.</p>	

Durée moyenne des séjours, hospitalisations sous contrainte et file active

Il est aussi possible d'utiliser d'autres données issues de l'enquête SAE : la durée moyenne des séjours en psychiatrie qui peut être utilisée pour évaluer les pathologies des patients reçus dans le service hospitalier ; le taux de patients hospitalisés volontairement ou sous contrainte qui présente de fortes disparités régionales [51] ou encore la file active qui est le nombre de patients effectivement reçus en une année.

Tableau 30 : Durées moyennes des séjours en psychiatrie

	Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto-juvénile
Guyane	32,88	36,14
Ensemble des DOM	27,43	26,08
France hors outre-mer	19,55	13,50

Sources : SAE données administratives 2013, ministère chargé de la santé, Drees / Unités : jours

La durée moyenne des séjours peut être calculée pour les hospitalisations à temps complet en comparant le nombre de journées et le nombre de séjours fournis par l'enquête SAE. En Guyane, la durée moyenne des séjours en 2013 était de 32,88 jours pour la psychiatrie adulte et 36,14 jours pour la psychiatrie infanto-juvénile contre 27,43 jours et 26,08 jours dans l'ensemble des DOM et 19,55 jours et 13,50 en France hors outre-mer.

Indicateur 19 : Durée moyenne des séjours en psychiatrie

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 19	Durée moyenne des séjours en psychiatrie
Objectif(s) de l'indicateur	Evaluer la durée moyenne des séjours en psychiatrie dans la région
DESCRIPTION	
Numérateur	Durée moyenne des séjours en psychiatrie en Guyane
Dénominateur	NA
Sous-groupes possibles (strates)	Aucun
Décompositions	Par type de prise en charge (hospitalisation de nuit, hospitalisation de jour, atelier thérapeutique et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel)
Niveau d'agrégation	Niveau des établissements ou régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Données 2013 ; voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Drees : SAE (Statistique Annuelle des Etablissements)
Disponibilité des données	Oui
Mode de collecte	Base complète disponible sur Internet (http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr) ou via l'ARS.
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	
COMMENTAIRES	
Les données sont accessibles et mises à jour chaque année.	

Les soins psychiatriques libres concernaient 57 % des patients en Guyane en 2013 tandis que ce pourcentage était de 87 % dans l'ensemble des DOM et de 94 % en France hors outre-mer. Cette très faible proportion de soins libres en Guyane, par rapport au reste du territoire, était en baisse par rapport aux données rapportées par la même enquête en 2012 qui donnait un taux de 66,6 %. Cette différence pourrait s'expliquer par des erreurs dans les réponses des établissements hospitaliers lors du recueil de l'enquête SAE, par un engorgement des services de soins conduisant à la nécessité d'une hospitalisation sous contraintes pour obtenir une place, ou encore par une certaine distance pour les soins psychiatriques peut-être plus marquée culturellement en Guyane.

Tableau 31 : Modes légaux de soins (soins libres ou sous contraintes)

	Soins libres	Soins sur décision du représentant de l'état	Soins d'office pour les détenus	Soins à la demande d'un tiers	Soins pour péril imminent
Guyane	57 %	4 %	3 %	19 %	16 %
Ensemble des DOM	87 %	2 %	0 %	8 %	2 %
France hors outre-mer	94 %	1 %	0 %	4 %	1 %

Source : SAE données administratives 2013, ministère chargé de la santé, Drees / Unité : proportion de l'activité en fonction du mode légal de soin

Pour 100 000 habitants, le nombre de soins sous contraintes en Guyane était de 134,66 contre 212,97 dans l'ensemble des DOM et 147,82 en France hors outre-mer. Le taux de soins sous contrainte apparaît donc dans les normes nationales et inférieures aux autres départements d'outre-mer. La Guyane se caractérise donc à la fois par un fort taux d'hospitalisation sous contrainte mais aussi au contraire par un très faible taux d'hospitalisations libres.

Un patient faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement, pour des troubles mentaux, est dit en soins psychiatriques libres. Un patient admis en soins psychiatriques sous contrainte conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés, à l'issue de ces soins.

Indicateur 20 : Modes légaux de soins en psychiatrie

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 20	Modes légaux de soins en psychiatrie
Objectif(s) de l'indicateur	Evaluer la répartition des différents modes légaux de soin en psychiatrie
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre d'hospitalisations libres, d'office, à la demande d'un tiers, ou selon une autre classification
Dénominateur	Nombre total d'hospitalisation
Sous-groupes possibles (strates)	Aucun
Décompositions	Par type de prise en charge (hospitalisation de nuit, hospitalisation de jour, atelier thérapeutique et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel)
Niveau d'agrégation	Niveau des établissements ou régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Données 2013 ; voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Drees : SAE (Statistique Annuelle des Etablissements)
Disponibilité des données	Oui
Mode de collecte	Base complète disponible sur Internet (http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr) ou via l'ARS.
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	
COMMENTAIRES	
Les données sont accessibles et mises à jour chaque année.	

La file active déclarée par les centres hospitaliers de la région Guyane correspond à des taux de 8,68 patients pour 1 000 habitants en psychiatrie générale et 31,24 patients pour 1 000 habitants en psychiatrie infanto-juvénile.

Tableau 32 : File active en Psychiatrie

	Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto-juvénile
Guyane	8,68	31,24
Ensemble des DOM	22,89	27,94
France hors outre-mer	32,80	36,59

Sources : SAE données administratives 2013, ministère chargé de la santé, Drees / Unité : nombre de patients reçus au moins une fois pour 1 000 habitants

Les écarts avec les autres DOM ou avec la France hors outre-mer apparaissent aussi importants que les données sur l'équipement hospitalier pour la psychiatrie générale soit des taux par habitant entre deux et trois fois supérieurs hors de la Guyane. Pour la psychiatrie infanto-juvénile par contre, les écarts entre les dotations en lits et places des services hospitaliers dans les différents territoires étaient plus importants que ceux de la file active.

Indicateur 21 : File active en psychiatrie

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 21	File active en psychiatrie
Objectif(s) de l'indicateur	Recenser le nombre de patients reçus en service de psychiatrie en une année
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de patients reçus en service de psychiatrie en une année
Dénominateur	Aucun
Sous-groupes possibles (strates)	Aucun
Décompositions	Par type de prise en charge (générale, infanto-juvénile et pénitentiaire)
Niveau d'agrégation	Niveau des établissements ou régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Données 2013 ; voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Drees : SAE (Statistique Annuelle des Etablissements)
Disponibilité des données	Oui
Mode de collecte	Base complète disponible sur Internet (http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr) ou via l'ARS.
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Le nombre de consultations peut être plus lié au nombre de médecins disponibles qu'au nombre de patients concernés.
Modalités d'interprétation	
COMMENTAIRES	
Les données sont accessibles et mises à jour chaque année.	

3.2 Equipement médicosocial

Le relevé d'indicateurs régionaux de la Drees publié en 2014 [7] fournit des statistiques sur différents types d'établissements accueillant des handicapés physiques ou mentaux pour l'année 2013.

Tableau 33 : Institutions médico-sociales pour adultes

	Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)	Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)	Foyers de vie	Etablissement de Service d'Aide par le Travail (ESAT)
Guyane	0,3	0,0	0,3	1,5
Guadeloupe	0,6	0,2	1,3	2,8
Martinique	0,7	0,7	0,3	2,5
France hors outre-mer	0,8	0,7	1,5	3,5

Sources : Drees, ARS, FINESS ; Insee, Recensement de la Population 2014, exploitation principale / Unité : taux d'équipement pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans.

Pour tous les types de structures, on observe qu'en 2013, les taux d'équipement pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans étaient nettement supérieurs dans les autres départements d'outre-mer et encore plus largement supérieurs en France hors outre-mer.

Tableau 34 : Institutions médico-sociales pour enfants

	Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD)	Autres structures d'accueil
Guyane	4.2	1.7
Guadeloupe	5,9	5.5
Martinique	3.0	7.6
France hors outre-mer	2.9	6.5

Sources : Drees, ARS, FINESS ; Insee, Recensement de la Population 2014, exploitation principale / Unité : taux d'équipement pour 1 000 enfants de moins de 20 ans.

Le taux d'équipement en Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD) est plus élevé dans les DOM notamment en Guyane et en Guadeloupe. Pour les autres structures d'accueil il est environ 3 fois moins important en Guyane que sur le reste du territoire national.

D'autres sources existent dont l'objet est le dépistage des pathologies mentales et sont généralement unique. Il s'agit de :

- Autisme
- Alzheimer

Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

Indicateur 22 : Taux d'équipement en structure médico-sociale

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 22	Taux d'équipement en structures médico-sociales
Objectif(s) de l'indicateur	Recenser le nombre de professionnels exerçant dans le champ de la santé mentale pour les comparer avec d'autres régions françaises ou suivre les évolutions au cours du temps
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de structures
Dénominateur	NA
Sous-groupes possibles (strates)	Aucun
Décompositions	Par type de structure de prise en charge médico-sociale (MAS, FAM, Foyers de vie, ESAT, SESSAD, ou autres)
Niveau d'agrégation	Niveau régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Données 2013 ; voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Répertoire FINESS
Disponibilité des données	Oui
Mode de collecte	Base complète disponible sur Internet (http://finess.sante.gouv.fr/)
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	
COMMENTAIRES	
Les données proviennent de travaux antérieurs de la Drees, à condition d'accéder à la base FINESS. Elles pourront être mises à jour chaque année.	

3.3 Statistiques sur l'offre de soins et les professionnels de santé

Il est possible, en utilisant les listes et répertoires des médecins et professionnels de santé (ADELI et RPPS) répertoriés par la Drees et les ordres professionnels, de connaître le nombre de soignants exerçant dans un territoire donné.

Au 1^{er} janvier 2015, on dénombrait 13 médecins psychiatres équivalant à 4,39 médecins psychiatres exerçant de manière salariée pour 100 000 habitants et 0,8 médecins psychiatres exerçant de manière mixte libérale pour 100 000 habitants. Ces deux taux sont bien plus faibles que ceux observés en France hors outre-mer (respectivement 12,89 et 10,23 psychiatres pour 100 000 habitants) et dans les autres départements d'outre-mer hors Mayotte (respectivement entre 10,9 et 13,6 pour les salariés et entre 1,7 et 4,5 pour les psychiatres mixtes ou libéraux).

Il était aussi possible de compter les médecins possédant une capacité en addictologie clinique ou en toxicomanie et alcoologie (psychiatres ou autres). En 2015, 1 psychiatre exerçait en tant que salarié à Cayenne, ceci correspond à 0,40 spécialiste pour 100 000 habitants. Ce taux est proche des autres DOM et inférieur de moitié à la France hors outre-mer.

Les infirmiers psychiatriques sont tous des travailleurs salariés. Au 1^{er} janvier 2015, ils étaient 10,4 pour 100 000 habitants contre entre 2 et 3 et demi fois plus dans les autres DOM hors Mayotte et contre près de 5 fois et demi plus en France hors outre-mer.

On dénombrait aussi 30 orthophonistes en Guyane au 1^{er} janvier 2015. Les taux pour 100 000 habitants étaient de 8,39 pour les libéraux ou mixtes et 3,59 pour les salariés.

Le taux d'orthophonistes salariés était conforme aux autres DOM hors Mayotte et près de deux fois inférieurs au taux observé dans la France hors outre-mer. La différence était encore plus importante pour les orthophonistes mixtes ou libéraux avec des taux environ deux fois inférieurs aux autres DOM (hors Mayotte) et à la France hors outre-mer.

Les psychomotriciens étaient la profession la plus disponible en Guyane avec des taux de 1,6 et 10,4 pour les mixtes ou libéraux comparables à ceux observés dans les autres DOM et la France hors outre-mer.

Tableau 35 : Densités des médecins et professionnels de santé

	Densité de médecins psychiatres		Densité de médecins addictologues	Densité d'infirmiers psychiatriques	Densité d'orthophonistes		Densité de psychomotriciens		Densité de psychologues	
	Lib. ou mix.	Sal.	Lib., mix. ou sal.	Sal.	Lib. ou mix.	Sal.	Lib. ou mix.	Sal.	Lib. ou mix.	Sal.
Guadeloupe	1,73	10,90	0,00	34,67	22,79	2,97	0,99	12,38	12,63	48,05
Martinique	2,62	13,64	0,79	28,85	21,24	3,15	3,93	10,23	9,44	41,43
Guyane	0,80	4,39	0,40	10,38	8,39	3,59	1,60	10,38	5,59	48,33
Réunion	4,50	11,24	0,47	21,54	50,41	3,67	0,71	11,12	8,99	42,01
Mayotte	0,00	3,18	0,45	5,00	3,18	1,36	0,00	1,36	2,27	9,09
France hors outre-mer	10,23	12,89	0,97	54,03	28,77	6,94	2,77	12,89	25,04	57,69

Sources : Drees, ADELI, Estimations au 1^{er} janvier 2015 ; Insee, Recensement de la Population 2012, exploitation principale/Unité : nombre de professionnels pour 100 000 habitants/Légende : Lib. : libéraux ; mix. : mixtes ; sal. salariés/Note : Les médecins addictologues sont ceux ayant une capacité en addictologie clinique ou toxicologie-alcoologie

Enfin, selon la base RPPS, on comptait 135 psychologues exerçant en Guyane au 1^{er} janvier 2015. Cela correspond à des taux de 5,6 psychologues libéraux ou mixtes et 48,3 salariés pour 100 000 habitants. En comparaison, les taux observés dans les autres régions ultramarines étaient relativement équivalents tandis que les taux hors outre-mer étaient plus de 50 % supérieurs.

Indicateur 23 : Densités des psychiatres, psychologues, orthophonistes et/ou autres professions médico-sociales

Données : disponibles indisponibles

Indicateur 23	Densités des psychiatres, addictologues, orthophoniste et/ou autres professions exerçant dans le champ de la santé mentale
Objectif(s) de l'indicateur	Recenser le nombre de professionnels exerçant dans le champ de la santé mentale pour les comparer avec d'autres régions françaises ou suivre les évolutions au cours du temps
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de professionnels exerçant dans le champ de la santé mentale
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants
Sous-groupes possibles (strates)	Aucun
Décompositions	<ul style="list-style-type: none"> - Par type de spécialités médico-sociales (psychiatre, psychologue, psychothérapeute, psychomotricien, orthophoniste éducateur...) - Par type de structure de prise en charge (hôpital, hôpital de jour, centre de consultation, cabinet libéral) - Par public visé (jeunes/adultes, public spécifique/général...) - Par durée d'installation en Guyane (pour analyser les évolutions)
Niveau d'agrégation	Niveau régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Données 2011 ; voir l'état des lieux
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Répertoire ADELI-RPPS
Disponibilité des données	Oui
Mode de collecte	Base complète disponible sur Internet (http://annuaire.asipsante.fr/) ou via l'ARS.
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	
COMMENTAIRES	
Les données sont mises à jour chaque année dans les bases ADELI et RPPS, auxquelles l'Agence Régionale de Santé a accès.	

3.4 Conclusion sur l'offre de soins

Les sources sur les équipements hospitaliers et médicosociaux sont bien répertoriées et accessibles. Elles montrent le retard important de la Guyane en matière d'équipements quelque soit le domaine de santé. Il en est de même pour les ressources humaines ou les écarts sont encore plus élevés.

Des structures de dépistage des pathologies mentales existent. Elles sont généralement uniques sauf pour le CAMPS et pourraient être sources de données sans possibilité de comparaison avec les autres régions.

Une réflexion pourrait être menée à partir des informations émanant des certificats de santé du 8^{ème} jour, 9^{ème} et 24^{ème} mois qui recueillent des données pouvant être prédictives de pathologies mentales.

7 indicateurs ont ainsi été définis dont 2 pour le médicosocial. Les données sur l'activité des établissements pour le secteur médicosocial n'étant pas accessibles.

4 PROPOSITIONS D'INDICATEURS SUPPLEMENTAIRES

A la suite des sources et des indicateurs proposés précédemment, d'autres possibilités pour l'instant indisponibles ont été recensées. Ces indicateurs s'appuient sur des données provenant de structures dont les renseignements ne sont pas accessibles ou sur des systèmes d'information n'ayant pas encore été mis en place en Guyane. Leur réalisation nécessiterait donc un travail supplémentaire parfois important des fournisseurs de données potentiels listés ci-après.

Indicateur 24	Taux de patients hospitalisé par praticien hospitalier exerçant en psychiatrie
Objectif(s) de l'indicateur	Obtenir des informations sur le rythme de l'activité hospitalière et sur la disponibilité des soignants comparables géographiquement ou longitudinalement
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre total de patients hospitalisés (ou nombre d'actes réalisés en ambulatoire)
Dénominateur	Nombre total de médecins exerçant en hospitalisation complète dans les services de psychiatrie (ou en ambulatoire)
Sous-groupes possibles (strates)	Age, sexe
Décompositions	- Par hôpital/service hospitalier - Par type de spécialités médico-sociales exercées (psychiatre, psychologue, psychothérapeute, psychomotricien, orthophoniste éducateur, ...) - Par public visé (jeunes/adultes, public spécifique/général ...)
Niveau d'agrégation	Niveau établissement ou régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Aucun
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Drees : SAE (Statistique Annuelle des Etablissements)
Disponibilité des données	Oui
Mode de collecte	Base complète disponible sur Internet (http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr) ou via l'ARS.
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	
COMMENTAIRES	
Indicateur proche de l'équipement hospitalier (nombre de lits pour 100 000 habitants), le nombre de lits ou places étant lié au nombre de praticiens dans un service hospitalier.	

Indicateur 25	Fréquences des séjours en psychiatrie
Objectif(s) de l'indicateur	Recenser le nombre de patients hospitalisés, leurs pathologies et les niveaux de gravité associés
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre total de patients hospitalisés (ou nombre d'actes réalisés en ambulatoire)
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants
Sous-groupes possibles (strates)	Age, sexe, localité de résidence, établissement hospitalier concerné
Décompositions	<ul style="list-style-type: none"> - Par pathologie précise (selon le classement CIM-10) - Par niveau de gravité (utilisation des sous-groupes de morbidité, ou des groupes homogènes de malade, ou des durées d'hospitalisation pour une même pathologie) - Par source d'hospitalisation (libre, sur demande d'un tiers, ou d'office) - Par type de prise en charge (hospitalisation de nuit, hospitalisation de jour, atelier thérapeutique, et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel)
Niveau d'agrégation	Niveau régional
Périodicité la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Aucun
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	<ul style="list-style-type: none"> - ATIH : RIM-P ou PMSI Base PSY - Directement auprès des établissements hospitaliers
Disponibilité des données	Non
Mode de collecte	Aucun
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Le nombre d'hospitalisations peut être plus lié au nombre de lits disponible qu'au nombre de patients ayant besoin d'une hospitalisation.
Modalités d'interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Plus le nombre d'hospitalisations est élevé, plus la santé mentale est mauvaise. - Si les patients sont de plus en plus nombreux à être classés dans des groupes de malades sévères, cela indique une détérioration de la santé mentale moyenne. Au contraire, si les malades sont classés dans des groupes moins lourds, cela indique une amélioration globale de l'état de santé mentale de la population. - Les autres sous-groupes et décompositions peuvent aussi être interprétés en fonction des chiffres observés ou de leur évolution.
COMMENTAIRES	
Indicateur proche de l'équipement hospitalier (nombre de lits pour 100 000 habitants), le nombre de lits ou places étant lié au nombre de praticiens dans un service hospitalier.	

Indicateur 26	Remboursements de la sécurité sociale pour des soins psychiatriques
Objectif(s) de l'indicateur	Recenser le nombre de patients hospitalisés, reçus en consultation externe ou reçus en cabinet libéral
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de patients hospitalisés ou reçus en consultation externe ou reçus en cabinet libéral
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants
Sous-groupes possibles (strates)	Age, sexe, localité de résidence
Décompositions	<ul style="list-style-type: none"> - Par type de soins reçus (hospitalisations, consultations externes, consultations en cabinet libéral) - Par hôpital/service hospitalier - Par type de spécialités médico-sociales exercées (psychiatre, psychologue, psychothérapeute, psychomotricien, orthophoniste éducateur...) - Par public visé (jeunes/adultes, public spécifique/général...)
Niveau d'agrégation	Niveau régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Aucun
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Données de la Sécurité sociale-SNIIR-AM-Population générale ou Echantillon des bénéficiaires (EGB)
Disponibilité des données	Non
Mode de collecte	Aucun
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Ces indicateurs sont similaires à ceux du PMSI décrits plus haut sauf qu'ils incluent les consultations en cabinet libéral pour les spécialités remboursées par la sécurité sociale.
Modalités d'interprétation	
COMMENTAIRES	

Indicateur 27	Volume de médicaments neurologiques et/ou psychoactifs remboursés par l'assurance maladie
Objectif(s) de l'indicateur	Recenser le volume de médicaments liés au traitement des pathologies mentales remboursés par l'assurance maladie en Guyane
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de médicaments
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants ou autres
Sous-groupes possibles (strates)	Age, sexe, localité de résidence
Décompositions	- Par médicaments précis - Par types de médicaments (voir codage ATC code Nxx: somnifères, antipsychotiques, anxiolytiques, antidépresseurs...)
Niveau d'agrégation	Niveau régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Aucun
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Données de la Sécurité sociale-SNIIR-AM-Population générale ou Echantillon des bénéficiaires (EGB)
Disponibilité des données	Non
Mode de collecte	Aucun
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	
COMMENTAIRES	
<p>La délivrance et la consommation de médicaments psychoactifs sont en théorie conditionnées à leur prescription préalable par un médecin. Cependant, le médecin peut être un généraliste auquel cas l'indicateur n'est pas redondant avec les indicateurs précédents.</p> <p>Cet indicateur permet de décomposer les produits pharmaceutiques suivant le type de pathologie et peut être utilisé pour vérifier les tendances et évolutions au cours du temps.</p>	

Indicateur 28	Volume de médicaments neurologiques et/ou psychoactifs distribués par les grossistes en pharmacie en Guyane
Objectif(s) de l'indicateur	Recenser le volume de médicaments liés au traitement des pathologies mentales distribués par les grossistes en pharmacie en Guyane
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de médicaments
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants ou autres
Sous-groupes possibles (strates)	Age, sexe, localité de résidence
Décompositions	- Par médicaments précis - Par types de médicaments (voir codage ATC code Nxx ; somnifères, antipsychotiques, anxiolytiques, antidépresseurs...)
Niveau d'agrégation	Niveau régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Aucun
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	Grossistes et fournisseurs en pharmacie
Disponibilité des données	Non
Mode de collecte	Aucun
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Ces indicateurs sont similaires à ceux de la sécurité sociale décrits ci-dessus. A comparer pour choisir la source de donnée la plus fiable et accessible.
Modalités d'interprétation	
COMMENTAIRES	
Ces médicaments peuvent être prescrits par les médecins généralistes et ne dépendent pas de l'offre et de la disponibilité de psychiatres et neurologues.	

Indicateur 29	Hospitalisations et soins reçus à la suite de tentatives de suicide
Objectif(s) de l'indicateur	Recenser le nombre de personnes ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide (TS)
DESCRIPTION	
Numérateur	Nombre de personnes ayant fait des tentatives de suicide
Dénominateur	Population totale divisée par 100 000 habitants pour obtenir un taux pour 100 000 habitants
Sous-groupes possibles (strates)	Age, sexe
Décompositions	<ul style="list-style-type: none"> - Par cause de décès (moyen utilisé pour se suicider, si disponible) - Par gravité des pathologies (utilisation du classement CCMU pour Oscour et des GHM ou des durées de séjour si hospitalisation pour le PMSI PSY ou MCO) - Par type de prise en charge (hospitalisation de nuit, hospitalisation de jour, atelier thérapeutique et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) - Par localité de résidence et éventuellement suivant la composition ethnique du lieu en question (voir suicides chez les Amérindiens)
Niveau d'agrégation	Niveau régional ou local selon la source de données
Périodicité de la mesure	Annuelle
Dernier résultat connu	Aucun
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s) des données	<ul style="list-style-type: none"> - ATIH : PMSI Base MCO (Code CIM-10 : X60 à X84 en diagnostics associés) - ATIH : PMSI Base PSY-RIM-P (mêmes codes) - InVS : Base Oscour (passages aux urgences) - CDPS
Disponibilité des données	Non
Mode de collecte	Aucun
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	<p>Difficultés de recueil vu la séparation en plusieurs bases des personnes hospitalisées suivant leur passage dans un service de soins classique, dans un service d'urgence ou en psychiatrie.</p> <p>De plus, toutes les personnes ayant fait une TS ne sont pas nécessairement soignées à l'hôpital. Dans le cas où ils le sont, il y a un risque que les diagnostics associés ne soient pas indiqués.</p>
Modalités d'interprétation	
COMMENTAIRES	
Pour les sources du CHAR (base Oscour et CDPS), les données ne concernent que la population fréquentant le CHAR.	

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS



Synthèse de l'état des lieux

Concernant les addictions, l'alcool apparaît comme la première cause de dépendance aux produits psychoactifs en Guyane causant des troubles de longue durée et des décès dans des proportions moindres que dans la France hors outre-mer ou dans les autres départements d'outre-mer. Ce résultat est relativement cohérent à travers les multiples indicateurs recherchés, par exemple la quantité d'alcool distribuée en Guyane. Il reste toutefois des points d'inquiétude notamment les populations des territoires de l'intérieur dits «isolés», mais également sur la consommation des plus jeunes.

En comparaison, la consommation de cannabis, de crack ou de cocaïne n'entraînerait, selon les données disponibles, aucun décès direct et les taux de recours aux soins en CSAPA étaient 33 % moins importants pour le cannabis que pour l'alcool. Les niveaux de consommation relevés pour ces substances sont encore une fois inférieurs à ceux de la France hors outre-mer et aux autres départements d'outre-mer, de même pour le crack. Au regard des études réalisées en Guyane et plus particulièrement les études TREND de l'OFDT, il semble que les données collectées dans les enquêtes concernant l'usage de stimulants ne soient pas fiables.

Si les résultats obtenus sur les addictions dans le présent rapport sont plutôt rassurants pour la Guyane par rapport aux chiffres de la France hors outre-mer, de nouvelles études quantitatives et/ou qualitatives pourraient permettre d'obtenir de données actualisées sur les sujets les plus préoccupants ou ceux dont on ne dispose pas de données fiables. Il s'agit surtout de la consommation d'alcool chez les jeunes, dans les zones de l'intérieur et de la consommation de stimulants.

Pour la santé mentale, les données disponibles sur la Guyane montrent une prévalence des pathologies mentales inférieure par rapport à la France hors outre-mer. Cette différence est

surtout observable au niveau des affections de longue durée (ALD) qui sont pourtant généralement plus fréquentes en Guyane que dans la France hors outre-mer.

La fréquence des suicides est également inférieure à celle observée dans les autres départements d'outre-mer et la France hors outre-mer, dans des proportions largement plus importantes pour cette dernière.

Il serait intéressant de pouvoir vérifier ce constat avec les données des établissements hospitaliers qui sont jusqu'ici indisponibles. Ces informations permettraient de pouvoir étudier la répartition des patients entre les différentes pathologies mentales. Ainsi, cela permettrait de surveiller le fait qu'une pathologie précise ne soit pas anormalement répandue, mais également de mieux recenser les tentatives de suicides, par exemple.

D'autre part, la Guyane connaît des problèmes d'équipements médicaux importants en psychiatrie avec un très faible nombre de lits et de places disponibles pour l'ensemble des habitants. Ce manque de moyens est observé dans tous les types de services et de prises en charge (enfants ou adultes ; hospitalisation de jour ou complète). Des résultats inattendus ont été observés, notamment au niveau des modes légaux de soins qui montrent un très important taux de soins réalisés sous contraintes en comparaison de ce que l'on observe dans les autres DOM ou en France hors outre-mer.

Ce déficit d'équipements hospitaliers est observé avec un autre phénomène : la difficulté d'obtenir une prise en charge pour certaines spécialités médicales ou médico-sociales (psychiatres, psychologues, orthophonistes...). Il pourrait être intéressant de mettre en place un protocole précis permettant de mesurer et comparer la disponibilité de ces soignants par exemple à l'aide de la date de prochaine consultation disponible pour un nouveau patient. Cet indicateur pourrait constituer une base pour un suivi dans le temps de l'accès aux soins des Guyanais (hospitaliers voire en ville).

Il est probable que le déficit en professionnels et en équipements hospitaliers appropriés en Guyane influence non seulement la qualité de l'accès aux soins mais aussi la fréquence des diagnostics en psychiatrie. Une partie des indicateurs proposés et notamment ceux basés sur les ALD pourrait être biaisée du fait de la difficulté à consulter un professionnel par exemple et d'obtenir un diagnostic et sous-estimée ainsi une partie importante de la population étant prise en charge à 100%.

Cet état des lieux, à partir des données existantes, donne une première vision relativement complète des problématiques de la santé mentale en Guyane.

Pour l'élaboration des volets précédents de la BDSG, la 1^{ère} étape de la méthodologie consistait à une première recherche d'indicateurs existants généralement à l'échelle nationale, recueillis en routine, qui servaient de base au travail du Groupe Experts.

Dans un 2^{ème} temps, après validation des indicateurs du volet - généralement nombreux - les données permettant leur calcul étaient recherchées. Et, c'est à cette étape, lors de l'évaluation de la BDSG en 2012, qu'on a mis en évidence la difficulté du recueil de données, pour des raisons variables, d'une partie trop importante de la liste des indicateurs, recueillis en routine ou calculés à l'échelle régionale à partir des sources locales.

Cette étude de faisabilité confirme ce premier constat en montrant que les indicateurs proposés se basent sur des données existantes mais potentiellement indisponibles ou prochainement disponibles.

Second constat : si pour de nombreux indicateurs, il existe des sous-groupes ou des décompositions, la désagrégation infrarégionale des données est possible que pour un nombre peu important d'indicateurs comme les causes médicales de décès.

La nouvelle loi de santé a rendu ce niveau infrarégional indispensable. Des travaux dans ce sens sont initiés par le Centre de Ressources de la Politique de la Ville (CRPV) qui pourrait initier « *Le projet territorial de santé mentale qui est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire* » [56].

De même, l'antériorité n'existe pas pour tous les indicateurs. Pour certains d'entre eux, il est possible de retrouver les données des années antérieures et apprécier immédiatement l'évolution dans le temps de la situation régionale. Pour les autres, il faudra attendre un certain délai après leur intégration dans la BDSG.

Troisième constat : si les aspects « prise en charge », « morbidité », « mortalité » et « offre de soins » sont disponibles, ce n'est pas le cas pour les aspects « prévention » et « dépistage ». Quand ils existent, ils ne concernent qu'une ou deux sources dont la zone territoriale desservie n'est pas définie et surtout ne couvre pas tout le territoire. C'est le cas des CAMSP et du Centre de ressources de l'Autisme.

C'est là également que réside l'intérêt des études régulières comme l'enquête ESPAD qui concerne les jeunes en milieu scolaire et leur consommation de produits addictifs ou le Baromètre Santé qui concerne les personnes âgées de 15 à 75 ans sur leur consommation et leur état de santé.

Quatrième constat : Il s'agit de la difficulté d'accès aux sources de données existantes. Elle se manifeste de plusieurs façons :

- Les sources existent, de par la réglementation, mais elles ne sont pas exhaustives en Guyane comme les certificats de santé du 8^{ème} jour et du 9^{ème} et 24^{ème} mois, ou elles n'organisent pas régulièrement la collecte de l'information comme les bilans de santé scolaires.
- Un autre frein est l'aspect payant de certaines sources d'informations comme ES Handicap soit de l'investissement dans une formation spécifique pour exploiter les bases de données comme le PMSI.
- Enfin, la réalisation et le maintien de ces bases de données sont « personnes dépendantes », à titre d'exemple la déclaration obligatoire des ALD par les médecins qui doit être remplie quelque soit le taux de prise en charge du patient. Le facteur humain est important dans l'accès et la qualité des informations à collecter.

Cinquième constat : un manque de données concernant les pathologies réellement traitées à l'hôpital ou en libéral. Les déclarations en affections de longue durée sont d'abord prévues pour une liste restreinte de pathologies et les chiffres qui y sont relatifs peuvent être biaisés par de nombreux facteurs. Il est donc opportun d'organiser une étude avec un recueil de données auprès des services de psychiatrie hospitalière et/ou des professionnels de santé exerçant en libéral pour vérifier la prévalence des maladies psychiatriques en Guyane et la comparer aux données issues des ALD.

Sixième constat : la question des indicateurs relatifs aux activités et au public reçu par les établissements médicosociaux. Les informations existent (rapports d'activités annuels remis aux ARS). Cependant, qu'en est-il de la connaissance des données disponibles, de leur homogénéisation, du type de données disponibles, etc. Aujourd'hui, peu d'informations sont exhaustives en dehors du nombre de places par établissement et du type d'établissement.

Quelques recommandations sont nécessaires à ce stade.

- Améliorer le processus de recueil de données par la sensibilisation des médecins sur leur rôle fondamental dans ce processus et l'intérêt de ces données notamment concernant les certificats de santé et les ALD.
- S'assurer de la conduite ou la reconduction d'études permettant d'estimer les besoins notamment les études ESPAD en partenariat avec l'OFDT, le Baromètre Santé avec l'INPES prévu en 2016 et les bilans scolaires avec la DREES.
- Avoir accès aux sources payantes comme le PMSI, celle de l'OFDT ou de ES Handicaps.
- Les indicateurs médicosociaux sont de plus en plus essentiels à la compréhension des phénomènes de santé. Les compétences des décideurs interviennent sur les champs sanitaire et médicosocial. La recherche d'informations régulièrement disponibles doit être menée. Des expériences intéressantes sont initiées dans d'autres régions.
- Cartographier la répartition des structures qui sont nombreuses et diverses sur le territoire pour une meilleure vision de leur distribution géographique/couverture pour anticiper sur l'installation des futures entités et mieux maîtriser le territoire.
- Etablir un groupement d'Experts.

La composition du Groupe Experts devra tenir compte des éléments suivants :

- Psychiatre et/ou Neurologue et/ou Pédiatre
- Professionnel de secteur de la santé scolaire
- Professionnel du secteur médicosocial
- Association de prise en charge
- Association de dépistage
- CACL, CCOG, CCEG, CCDS, sinon des 8 sections de la CTG
- ARS
- ORSG – CRISMS

Ce regroupement aura pour missions, en dehors de la validation des indicateurs proposés et de la proposition de nouveaux, de réfléchir sur un découpage pertinent pour le projet territorial de santé mentale et de travailler sur les données indirectes du handicap et sur les indicateurs médicosociaux et leur recueil.



Cette étude de faisabilité a donc permis de lister une première sélection d'indicateurs disponibles sur le thème des addictions et de la santé mentale.

Elle a permis de cadrer la problématique, de s'assurer de la disponibilité effective ou non des indicateurs existants et pertinents, de constater la prise en compte des différents aspects de la santé mentale pour justifier l'intégration de ce nouveau volet dans la BDSG.

Cette première étape devra être intégrée dans la méthodologie de la BDSG et s'appliquer pour les nouveaux volets.

Elle a permis aussi de mettre en évidence des sources de données potentielles très importantes et « simplement » mobilisables, par la régularité pour le suivi des addictions et de l'incitation forte à mettre en œuvre pour remplir correctement et exhaustivement des certificats ou autres formulaires. Un travail devra être réalisé dans ce sens.

Cette nouvelle méthode doit faciliter l'approfondissement du Groupe d'Experts qui aura déjà une base de réflexion pour commencer son exercice.

De plus, ce type d'étude offre l'opportunité de réaliser des états des lieux exhaustifs sur le sujet et permet d'identifier des problèmes spécifiques à surveiller particulièrement.

La faisabilité d'un volet « santé mentale » a été démontrée. Il s'agit de la poursuivre avec la mise en place du Groupement d'Experts dont les missions seront : la validation d'une liste d'indicateurs et le découpage territorial pertinent pour le prochain projet territorial de santé.



ADELI	Automatisation DEs Listes
ALD	Affection de Longue Durée
ANADEP	Enquête ANADEP sur la dépression en France
APGAR	American Pediatric Groos Assesment Record
API	Alcoolisations Ponctuelles Importantes
ARS	Agence Régionale de Santé
ASA CAARUD	Enquête sur l'Administration des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des risques pour Usagers de Drogues
ATC	Anatomique, Thérapeutique et Chimique
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AUDIT C	Acronyme de Alcohol Use Disorders Test
BDSG	Banque de Données Sanitaires de Guyane
CA	Conseil d'Administration
CAARUD	Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des risques pour Usagers de Drogues
CACL	Communauté d'Agglomération du Centre Littoral de Guyane
CAMPS	Centre d'action Médico-Sociale Précoce
CCDS	Communauté de Communes Des Savanes
CCEG	Communauté de Communes de l'Est Guyanais
CCMSA	Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
CCMU	Classification Clinique des Malades aux Urgences
CCOG	Communauté des Communes de l'Ouest Guyanais
CDPS	Centre Délocalisé de Prévention et de Soins
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CGSS	Caisse Générale de Sécurité Sociale
CHAR	Centre Hospitalier Andrée Rosemon
CIM-10	Classification Internationale des Maladies n°10
CLSM	Conseil Local en santé Mentale
CM2	Cour Moyen 2ème année
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CRPV	Centre de Ressources pour la Politique de la Ville
CS	Conseil Scientifique
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CTG	Collectivité Territoriale de Guyane
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DEPRES	Depression Research in European Society
DETA	Diminuer Entourage Trop Alcool
DGD	Direction Générale des Douanes
DGDDI	Direction Générale des Douanes et Droits Indirects

DGGN	Direction Générale de la Gendarmerie Nationale
DGPN	Direction Générale de la Police Nationale
DGS	Direction Générale de la Santé
DOM	Département d'Outre Mer
DRD	Direction Régionale des Douanes
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSPAG	Directeur Adjoint, Chargée de la Solidarité et de la Prévention
EDS	Enquête Décennale de Santé
EGB	Échantillon Généraliste des Bénéficiaires
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ENA CAARUD	Enquête Nationale biennale auprès des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des risques pour Usagers de Drogues
ES Handicaps	Etablissements et Services pour Enfants et Adultes Handicapés
ESAT	Etablissement de Service d'Aide par le travail
ESCAPAD	Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense
ESEMed	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
ESPAD	European School Project on Alcohol and other Drugs
ESPS	Enquête Santé et Protection Sociale
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FINESS	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
FNORS	Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé
GHM	Groupe Homogène de Malade
HID	Handicaps Incapacités Dépendance
INHESJ	Institut national des hautes études de la Sécurité et de la Justice
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVs	Institut de Veille Sanitaire
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
ISO 9001	International Organization for Standardization 9001
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCO	Médecine Chirurgie et Obstétrique
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
NA	Non Attribuable
OCRTIS	Office Centrale pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONISR	Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière
ORSG - CRISMS	Observatoire Régional de la Santé de Guyane - Centre de Ressources de l'Information Sanitaire et Médico-Sociale
OScour	Organisation de la Surveillance COrdonnée des URgences
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PMSI MCO	Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
PP	Perfectionnement Passif
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
RAPSY	Rapports d'Activité de Psychiatrie
RIMP-P	Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie

RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RSI	Régime Social Indépendants
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements
SESSAD	Service d'Education Spécialisé et de Soins à Domicile
SMPG	Santé Mentale en Population Générale
SNIIR-AM	Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
TOC	Trouble Obsessionnel Compulsif
TREND	Tendances Récentes et Nouvelles Drogues
TS	Tentatives de Suicide
UNAPEI	Union Nationale des Associations de Parents, de Personnes Handicapées Mentales
VADS	Voies-Aéro-digestives Supérieures



Annexe 1 : Bibliographie du rapport

1. Direction de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DAAF), *Orientations Régionales Forestières de la Guyane*. DAAF, 2005.
2. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), *L'état de santé de la population en France - Édition 2015*. DREES, 2015.
3. Institut National de Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE), *Recensement de la Population, Exploitation Principale*. INSEE, 2011.
4. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), *La fécondité est le premier moteur de la croissance démographique en Guyane*, B. Gagnic, INSEE Antilles-Guyane; Antianéchos n°27, Janvier 2013.
5. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), *Projections de population à l'horizon 2040 : Plus d'un demi-million de Guyanais*. H. Horatius-Clovis, Insee Antilles-Guyane; Premiers résultats n°71, Janvier 2011.
6. Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS), *Inégalités socio-sanitaires dans les départements d'outre-mer - Analyses infra-régionales et comparaisons avec le niveau national*, N. Thomas, A. Trugeon, F. Michelot, et al., FNORS, Novembre 2014.
7. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), *Recueil d'indicateurs régionaux - Offre de soins et état de santé, Edition 2014*. T. Prost, D. Raynaud, A. Delanoy, et al., DREES, 2014.
8. Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG), *Banque de données sanitaires de Guyane - Actualisation indicateurs de Santé Publique : Cancers – Diabète – IST – Périnatalité*, ORSG, 2013.
9. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *10 faits sur la santé mentale* [en ligne]. 2014, Disponible sur : http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/ (consulté le 22/07/2015).
10. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), *Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France*. M. Coldefy, DREES, Etudes et Résultats n°443, Novembre 2005.
11. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*, OMS, 2013.
12. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, *Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011.
13. Agence Régionale de Santé (ARS) de Guyane, *Plan Stratégique Régional de Santé 2011-2015*. ARS Guyane, 2011.

14. Association Canadienne Pour la Santé Mentale (ACSMBF). *Quelques définitions importantes* [en ligne]. Disponible sur: http://www.acsmbf.com/def_SM.html. (consulté le 22/07/2015)
15. Larousse, *Psychiatrie*. 2015.
16. Direction Générale de la Santé (DGS). *L'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé*. Groupe de travail relatif à l'évolution des métiers en santé mentale, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Mai 2002.
17. Institut National de Veille Sanitaire (InVS). *Dossiers thématiques : Maladies chroniques et traumatismes : Santé mentale : Points sur les connaissances*. Mars 2014; Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Sante-mentale/Points-sur-les-connaissances>. (consulté le 22/07/2015)
18. C. Chan Chee; C. Gourier-Fréry; R. Guignard et F. Beck, *État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France*. Santé Publique, 2011, Vol.23 (Hors-Série).
19. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), *Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale à partir des rapports d'activité de psychiatrie 2008*. I. Leroux, P. Schultz, DREES, Avril 2011.
20. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010 - situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010*. C. Palle, M. Rattanatray, OFDT, Juin 2013.
21. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Résultats ENa-CAARUD 2010 - Profils et pratiques des usagers*. A. Cadet-Tairou, OFDT, Septembre 2012.
22. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Les CAARUD en 2010 - Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD*. A. Cadet-Tairou, S. Dambele, OFDT, Avril 2014.
23. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Rapport "Tendances récentes et nouvelles drogues" sur le site de Guyane*. M. Valart, R. Edme, P. Nogues, et al., OFDT, 2001.
24. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Rapport "Tendances récentes et nouvelles drogues" sur le site de Guyane*. M. Valart, R. Edme, P. Nogues, et al., OFDT, 2002.
25. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Rapport "Tendances récentes et nouvelles drogues" sur le site de Guyane*. M. Valart, R. Edme, P. Nogues, et al., OFDT, 2003.
26. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Rapport "Tendances récentes et nouvelles drogues" sur le site de Guyane*. M. Valart, R. Edme, OFDT, 2004.
27. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français - Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002-2003*. F. Beck, S. Legleye, S. Spilka, OFDT, 2002.
28. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France - Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD*. S. Legleye, F. Beck, S. Spilka, et al., OFDT, Mai 2007.
29. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Drogues à l'adolescence en 2008 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France - Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD*. S. Legleye, S. Spilka, O. Le Nezet, et al., OFDT, Tendances n°66, Juin 2009

30. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011*. S. Spilka, O. Le Nezet, M-L. Tovar, OFDT, Tendances n°95, Février 2012.
31. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Les drogues à 17 ans : situation dans les DOM*. M-L. Tovar, E. Janssen, S. Spilka, et al., OFDT, Tendances n°93, Juillet 2014.
32. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Les drogues à 17 ans : analyse régionale d'ESCAPAD 2011*. O. Le Nezet, S.Spilka, F. Beck, OFDT, Tendances n°95, Octobre 2014.
33. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Les drogues à 17 ans : analyse régionale d'ESCAPAD 2014*. O. Le Nezet, T. Gauduchon, S.Spilka, OFDT, Tendances n°102, Juillet 2015.
34. Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG), *L'alcoolisation des adolescents scolarisés dans le second degré en Guyane*. ORSG, Mars 1999.
35. Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG), *La santé des adolescents - Enquête réalisée en milieu scolaire en 2003*. ORSG, 2005.
36. Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG), *La santé des jeunes en démarche d'insertion sociale et professionnelle*.
37. Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG) *La santé des étudiants en Guyane*.
38. Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG), *Enquête de prévalence de l'alcool parmi les personnes ayant recours aux soins auprès des médecins généralistes en 2001*. ORSG, 2001.
39. Centre de Ressources Politique de la Ville (CRPV) *La "Démarche Jeunesse" en Guyane : Restitutions auprès des professionnels*. CRPV, Juin 2013.
40. Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS), *Les addictions dans les régions de France : Offre et production, Consommation, Conséquences sur la santé, Prévention et prise en charge, Conséquences judiciaires*. F. Imbert, I. Millot, C. Leclerc, et al., FNORS, 2008.
41. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), *Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné*. M-C. Mouquet, H. Hervé, DREES, Septembre 2002
42. Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons (IREB), *Mortalité attribuable à l'alcool pas de méthode sans failles*. Recherche & Alcoologie, La Lettre d'information de l'IREB n°45, G. Rey, Février 2014
43. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Global status report on alcohol and health 2014*. OMS, 2014
44. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Drogues, Chiffres clés*. A-C. Brisacier, A. Cadet-Tairou, et al., OFDT, Juin 2015.
45. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Alcool : évolution des quantités consommées par habitant*. Avril 2015; Disponible sur <http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant/>.(consulté le 22/07/2015).
46. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), *Les Antilles françaises (Martinique, Guadeloupe, Saint-Martin) et la Guyane : au coeur du trafic international de cocaïne*. M. Gandilhon, OFDT, Juin 2014.

47. A. Trugeon, N. Thomas, F. Michelet, et al., *Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton*. Col. Abrégés, Ed. E. Masson. 2010, 280p.
48. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), *Suicides et tentatives de suicide en France*. M-C. Mouquet, V. Bellamy, V. Carasco, DREES, Etudes et Résultats n°488, Mai 2006.
49. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Questions-réponses sur le suicide* [en ligne]. Septembre 2014, Disponible sur : <http://www.who.int/features/qa/24/fr/> (consulté le 23/07/2015).
50. Association "Actions pour le Développement l'Éducation et la Recherche" (ADER). *Programme de prévention communautaire du suicide et d'accès aux soins sur le Haut Maroni - Note de restitution finale du porteur de projet*. ADER, Mars 2014.
51. Cour des Comptes, *L'organisation des Soins psychiatriques : Les effets du plan « psychiatrie et Santé mentale » (2005-2010)*. Cour des comptes. Décembre 2011.
52. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), *La prise en charge de la santé mentale - Recueil d'études statistiques*. Magali COLDEFY, DREES, 2007.
53. M. Coldefy, P. Le Fur; V. Lucas-Gabrielli; J. Mousquès, *Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation*, in *Questions d'économie de la Santé*. 2009.
54. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Thèmes de santé : Troubles mentaux* [en ligne]. Disponible sur : http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/ (consulté le 27/10/2015)
55. Union Nationale des Associations de Parents, de Personnes handicapées mentales, et de leurs amis (UNAPEI). *Le handicap mental : sa définition* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.unapei.org/le-handicap-mental-sa-definition.html> (consulté le 27/10/2015)
56. LEGIFRANCE. *Projet de loi de modernisation de notre système de santé : article 3221-2* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=contenu&id=2&typeLoi=proj&legislature=14> (consulté le 25/11/2015)
57. ORSG. *Banque de données sanitaires : Diagnostic/État des lieux, recommandations et actualisation des informations*, Septembre 2012, 89 p.

Annexe 2 : Fiches pathologies

(F00-F09) Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques

Norm de la maladie	LA MALADIE D'ALZHEIMER
Type	Troubles mentaux organiques /Troubles neuro-dégénératifs
Classement	Code CIM-10 : F00.0 à F00.9
Description/ Symptômes	La maladie d'Alzheimer est causée par la dégénérescence de tissus cérébraux liée au vieillissement des patients et entraîne des pertes de mémoire et d'autres fonctions mentales et cognitives jusqu'à la mort des patients. Cette maladie qui touche essentiellement les personnes âgées a connu une grande augmentation des cas en lien avec le vieillissement de la population dans les pays développés.
Conséquences	La maladie provoque des amnésies de plus en plus profondes jusqu'à être totales.
Prévalence/ Incidence	On estime que 4 % ou 8 % des hommes et femmes de plus de 60 ans sont atteints par cette pathologie [1]. Dans les pays développés, cette maladie représente plus de un cas sur deux de démences.
Traitement	Plusieurs traitements sont actuellement en cours d'étude. A l'heure actuelle, seules des activités de prévention et de réduction des dégradations causées par la pathologie (exercices cognitifs et/ou moteurs) sont proposées aux patients atteints.

Nom de la maladie	LA MALADIE DE PARKINSON
Type	Troubles mentaux organiques /Troubles neuro-dégénératifs
Classement	Code CIM-10 : F02.3
Description/ Symptômes	La maladie de Parkinson est un trouble neuro-dégénératif de certaines cellules du cerveau (neurones du locus niger). Cette maladie et ses symptômes évoluent lentement et régulièrement et débutent la plupart du temps après 65 ans. Elle se traduit en pratique par des tremblements, une rigidité musculaire et des difficultés à pratiquer des mouvements y compris la marche.
Facteurs de risque	Parmi les causes probables de cette maladie, on trouve des facteurs génétiques et environnementaux sans que ces derniers n'aient été définis de manière satisfaisante.
Conséquences	La maladie de Parkinson provoque diverses incapacités et peut constituer un handicap majeur pour les personnes atteintes.
Prévalence/ Incidence	Cette maladie touche jusqu'à 0,3 % de la population totale, 1 % des plus de 60 ans, et 4 % des plus de 80 ans [2].
Traitement	Il n'existe pas à l'heure actuelle de thérapie efficace pour guérir de cette pathologie même si de nombreuses recherches sont en cours. Des exercices psycho-cognitifs ou physiques peuvent néanmoins réduire le rythme d'aggravation de cette maladie.

(F10-F19) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives

Nom de la maladie	LES ADDICTIONS OU TROUBLES LIES A L'USAGE ABUSIF DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES
Type	Troubles mentaux et du comportement-Troubles liés aux substances addictives
Classements	Code CIM-10 : F10.0 à F19.9
Description/ Symptômes	La dépendance à des substances ou addiction est l'envie incontrôlée d'absorber par divers méthodes un ou des produits sur lesquelles se base l'addiction. Il existe une multitude de produits susceptibles de produire de tels effets chez les sujets (produits psychoactifs : alcool, tabac, médicaments, substances illicites...). Les symptômes comprennent : un phénomène de tolérance entraînant des doses de plus en plus élevées, un syndrome de sevrage en cas d'arrêt, une incapacité à gérer sa consommation, une place de plus en plus importante attachée au(x) produit(s), une dégradation des autres activités notamment sociales, et une absence d'arrêt malgré des impacts sanitaires compris et observés.
Facteurs de risque	Parmi les facteurs de risque, on peut citer les autres troubles mentaux et psychologiques, ou la consommation personnelle d'autres produits psychotropes, ou la consommation de psychotropes dans la famille et l'environnement social du sujet.
Conséquences	Les conséquences des addictions dépendent de la substance sur laquelle se porte la dépendance, elles peuvent être physiques, psychologiques, familiales et sociales. A titre d'exemple, les excitants comme l'alcool, la cocaïne, le crack et autres provoquent de la violence avec des sentiments de paranoïa pour les patients. Les hallucinogènes comme le LSD peuvent rendre les usagers schizophrènes. Enfin, les opiacés comme l'héroïne conduisent à des risques infectieux et notamment le sida et l'hépatite C. D'après l'Observatoire national des suicides, les personnes ayant une ou des addictions ont aussi un risque relatif 1,1 fois supérieur de décéder suite à un suicide par rapport aux autres causes de décès [3].
Comorbidité	Les comorbidités sont nombreuses car les substances addictives sont souvent utilisées pour masquer ou soulager d'autres problèmes que rencontre le patient. On peut notamment citer les autres addictions, les autres troubles mentaux et en particulier ceux qui relèvent de problèmes psychologiques et comportementaux.
Prévalence/ Incidence	L'évaluation de la prévalence des phénomènes dépend beaucoup de la définition et des critères d'évaluation retenus pour évaluer les addictions. A titre d'exemple, une étude focalisée sur 11 produits et comportements addictifs a montré une prévalence de 15 % à 61 % de la population des Etats-Unis [4]. Pour l'addiction à l'alcool, l'étude ESEMED menée en 2001 et utilisant comme outil diagnostique le CIDI 2000 a montré que près de 9 % des hommes et 2,5 % des femmes présenteraient, au cours de leur vie, une dépendance alcoolique et des troubles psychiatriques liés à l'abus d'alcool [5].
Traitement	Les traitements utilisés dépendent des substances et visent à parvenir à une situation d'abstinence. Des syndromes de manque plus ou moins graves pouvant apparaître, on peut utiliser des produits de substitution (méthadone, ...), ou des médicaments de type benzodiazépine (anxiolytiques, ...). Une prise en charge psychologique à travers les psychothérapies cognitivo-comportementales (TCC) ou la psychanalyse est aussi vivement recommandée.
Remarques	La prévalence est très liée à l'accessibilité des substances en question et leur acceptabilité au sein de la société. Les addictions ne sont pas forcément propres à une substance, on peut être dépendant aux jeux, au sexe et à d'autres comportements.

(F20-F29) Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants

Norm de la maladie	LA SCHIZOPHRENIE ET LES AUTRES TROUBLES PSYCHOTIQUES (PSYCHOSES)
Type	Troubles mentaux et du comportement-Troubles psychotiques
Classement	Code CIM-10 : F20.0 à F29
Description/ Symptômes	<p>Les malades atteints de psychoses perdent contact avec la réalité du monde qui les entoure. Ils peuvent souffrir de délires, d'hallucinations, de paranoïa, de violences incontrôlables, et de mauvaises perceptions d'eux-mêmes et de leur environnement.</p> <p>La schizophrénie est une forme de psychose. Le patient est en dehors de la réalité n'a pas conscience de la maladie et n'en souffre pas. Le patient a des hallucinations et des délires comme par exemple le fait d'entendre des voix ou d'interpréter de manière anormale les faits qu'elle observe. La maladie peut prendre plusieurs formes : simple, hétéroforme (qui touche les jeunes), paranoïde et catatonique (négativisme et passivité).</p>
Facteurs de risque	Certaines études montrent des prédispositions héréditaires et familiales, sans que cela soit vraiment reconnues. Les consommations de substances psychoactives comme le LSD et peut-être le cannabis et les événements émotionnels peuvent déclencher ou aggraver l'expression des symptômes de la maladie. Les troubles se déclenchent généralement lors du passage à l'âge adulte.
Conséquences	Le malade perd contact avec la réalité, a des difficultés à se concentrer, à s'organiser. Il connaît également des pertes de mémoire. Il devient donc incapable de mener la moindre action sociale de manière normale et se coupe progressivement de son environnement et de la société. Suivant la gravité des cas, les délires et hallucinations sont plus ou moins fréquents et peuvent conduire l'individu à adopter des comportements dangereux pour lui-même et/ou pour les autres. D'après l'ONS, les personnes étant atteintes de troubles psychotiques ont un risque relatif 3,3 fois supérieur de décéder suite à un suicide par rapport aux autres causes de décès [3]. Ce risque relatif atteint 11,5 pour les troubles psychotiques aigus. Pour les personnes schizophrènes, on estime que l'espérance de vie des personnes atteintes est diminuée de 12 à 15 ans en moyenne et d'après l'ONS, les personnes étant atteintes de schizophrénie connaissent un risque relatif 3,6 fois supérieur de décéder suite à un suicide [3].
Comorbidité	Comme comorbidités, on cite généralement la dépendance aux substances psychoactives, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les suicides et tentatives, et un fort handicap social.
Prévalence/ Incidence	On estime qu'entre 0,3 % et 0,7 % des individus développeront des formes plus ou moins sévères de schizophrénie au cours de leur vie [6].
Traitement	Dans les cas les plus graves, une hospitalisation avec ou sans consentement sera nécessaire pour protéger le sujet et son environnement. On utilise principalement les neuroleptiques (=antipsychotiques) et les hypnotiques. Dans les structures d'accueil, on organise des activités sociales pour contrer la solitude qui s'accompagne d'un suivi psychiatrique et/ou psychologique régulier.
Remarques	Maladie connue de la plupart des gens pas toujours de manière appropriée (forts stéréotypes) car elle a parfois conduit à des comportements violents et/ou criminels, dans des affaires médiatiques.

(F30-F39) Troubles de l'humeur (affectifs)

Nom de la maladie	LES TROUBLES BIPOLAIRES
Type	Troubles de l'humeur – Troubles maniaques
Classement	Code CIM-10 : F31.0 à F31.9
Description/ Symptômes	Les troubles bipolaires anciennement dénommés troubles maniaco-dépressifs sont des pathologies qui impliquent une oscillation des humeurs du sujet atteint qui oscille entre des périodes d'états d'excitation (hyperthymies) et des périodes avec des états dépressifs.
Conséquences	D'après l'ONS, les personnes étant atteintes de troubles bipolaires ont un risque relatif 8,1 fois supérieur de décéder suite à un suicide par rapport aux personnes non atteintes [3].
Comorbidité	Cette maladie peut être accompagnée d'autres troubles mentaux comme différentes formes d'anxiété, des addictions et des troubles de la personnalité.
Prévalence/ Incidence	On estime qu'entre 1 et 2 % de la population est atteinte par la maladie [7,8], avec des complications différentes chez les hommes (autres manies) et chez les femmes (dépression).
Traitement	Les traitements médicamenteux disponibles incluent le plus souvent des thymorégulateurs (médicaments régulateurs de l'humeur), des antiépileptiques (ou anticonvulsivants), des neuroleptiques (ou antipsychotiques) ou des antidépresseurs.

Nom de la maladie	LA DEPRESSION
Type	Troubles de l'humeur – Troubles dépressifs
Classement	Code CIM-10 : F32.0 à F33.9
Description/ Symptômes	La dépression est un trouble momentané ou continu se basant sur différents symptômes : des sentiments de tristesse pouvant aller jusqu'au désespoir ; des sentiments d'impuissance, de culpabilité, de haine envers soi-même, voire d'idées suicidaires ; des perceptions négatives de l'environnement ; des troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie...), de l'alimentation (perte d'appétit et de poids) et de la libido.
Conséquences	Cette maladie entraîne aussi des troubles sans liens évidents avec le psychisme comme des troubles digestifs ou des céphalées (migraines). D'autre part, d'après l'ONS, les personnes dépressives ont un risque relatif 48,6 fois supérieur de décéder suite à un suicide par rapport aux autres causes de décès [3].
Traitement	Les traitements disponibles à l'heure actuelle peuvent prendre différentes formes (psychothérapie, utilisation de médicaments antidépresseurs...) et sont généralement efficaces même si des rechutes fréquentes sont observées en cas d'événement difficile (deuil...).

(F40-F48) Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

Nom de la maladie	LES TROUBLES ANXIEUX
Type	Troubles névrotiques-Troubles anxieux
Classement	Code CIM-10 : F40.0 à F41.9 (sauf F40.1)
Description/ Symptômes	Les troubles anxieux qui peuvent être ponctuels ou continus sont une pathologie mentale qui consiste en des peurs et angoisses irrationnelles et envahissantes. Cette anxiété peut être spécifique de certaines situations comme par exemple pour la phobie sociale, les transports en commun, et plus ou moins généralisées. En cherchant à éviter les situations anxiogènes, les malades réduisent parfois significativement leurs activités sociales ou extérieures.
Conséquences	D'après l'ONS, les personnes étant atteintes de troubles anxieux ont un risque relatif 22,3 fois supérieur de décéder suite à un suicide par rapport aux autres causes de décès [3].
Comorbidité	Les patients sont couramment touchés par des comorbidités psychiques. Les pathologies les plus citées sont alors la dépression (58 % des sujets ²) et les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC).
Prévalence/ Incidence	Les troubles anxieux sont les troubles les plus courants parmi toutes les pathologies mentales et peuvent présenter des formes bénignes. La forme la plus grave de la maladie dite généralisée toucherait entre 3 % et 6 % de la population européenne ¹ .
Traitement	Les traitements disponibles actuellement comprennent les thérapies psychanalytiques et les thérapies cognitivo-comportementales. Dans les cas graves, des médicaments anxiolytiques et antidépresseurs peuvent être utilisés.
Remarques	Ces pathologies sont intéressantes à étudier car elles touchent une part importante de la population, ce qui rend les patients plus aisément accessibles et facilite le recueil des données. Elles sont particulièrement opportunes pour des études chez les adolescents.

Nom de la maladie	LES TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS (TOC)
Type	Troubles névrotiques-Troubles anxieux
Classements	Code CIM10 : F42
Description/ Symptômes	Les troubles obsessionnels compulsifs se caractérisent par des pensées récurrentes (obsessions) et des comportements répétés (compulsions) qui répondent à des phobies et des sujets d'anxiété continus. Ces pensées et comportements sont difficilement contrôlables et leur réalisation vise à contenir l'angoisse. Les malades ont pourtant conscience de l'inutilité et l'irrationalité de ces comportements. Les thèmes de ces obsessions et compulsions peuvent porter sur divers sujets comme la sexualité, la propreté des lieux, l'hygiène des corps, la sécurité...
Conséquences	Cette maladie est plus ou moins handicapante pour le patient selon le sujet de l'obsession. Toutefois, hors des risques de suicide et d'autres pathologies mentales, elle n'entraîne pas de risques particuliers.
Comorbidité	Cette pathologie est souvent associée à la dépression, au trouble anxieux et à la phobie sociale. On note aussi un fort lien avec les problèmes de dépendance, en particulier à l'alcool.
Prévalence/ Incidence	Un rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) publié en 2004 estimait à 2 % le taux de TOC dans la population française [9], avec un taux plus élevé chez les jeunes (3,6 %). Deux tiers des cas surviennent d'ailleurs avant l'âge de 25 ans. La pathologie se répartit équitablement entre les hommes et les femmes.

Traitement	Pour traiter les patients, on recommande une prise en charge psychologique de forme psychanalytique ou cognitivo-comportementale. Des médicaments sont aussi utilisés comme les antidépresseurs et les neuroleptiques (=antipsychotiques). Ces traitements guérissent totalement 1 patient sur 5 tandis que deux tiers voient leur situation s'améliorer. D'autres traitements comme les stimulations cérébrales profondes ou la sophrologie sont aussi proposés.
Remarques	Le patient est conscient de sa maladie, ce qui peut aider au diagnostic pour des enquêtes épidémiologiques.

Nom de la maladie	LES TROUBLES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE
Type	Troubles névrotiques-Troubles anxieux
Classement	Code CIM10 : F43.1
Description/ Symptômes	Le trouble de stress post-traumatique est un trouble anxieux majeur résultant d'un ou plusieurs événements traumatisants. Le patient souffre de sentiments de désespoir et d'horreur associés aux souvenirs des événements. Il est pris par ses souvenirs et revit les scènes traumatisantes. Il met en place des mesures d'évitement pour ne pas être confronté à ses souvenirs et il souffre d'une hypervigilance liée au sentiment d'insécurité qu'il ressent. Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est une forme particulière causée par des violences physiques, psychologiques ou morales qui sont répétées dans le temps et où le malade n'a pas eu la capacité de se défendre. Cette forme présente des symptômes spécifiques comme des problèmes de régulation des émotions, des troubles de l'attention, une perception négative de soi et positive de l'agresseur, des difficultés à éprouver de la confiance ou de l'espoir.
Facteurs de risque	L'exposition à un ou des événements traumatisants (guerre, agression...) est un élément nécessaire pour établir le diagnostic d'un TSPT. Parmi les autres facteurs de risque, on remarque les violences intrafamiliales, les dépendances aux substances psychoactives, et les chocs et traumatismes crâniens.
Conséquences	Les procédures d'évitement mises en place par le malade peuvent le conduire à une forme d'auto-exclusion sociale qui empire progressivement poussée par l'angoisse d'avoir peur.
Prévalence/ Incidence	Des études ont montré qu'en Europe, les taux de SSPT varient de 2,9 % chez les femmes et 0,9 % chez les hommes [10]. Ces résultats sont toutefois bien plus faibles que ceux observés aux Etats-Unis.
Traitement	Parmi les traitements disponibles, on trouve les psychothérapies et en particulier les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et les psychanalyses. On observe aussi des traitements plus originaux comme l'hypnose, l'EMDR, la méditation ou la ludothérapie. Enfin, au niveau médicamenteux, on utilise principalement des antidépresseurs, beta et alpha-bloquants et des antipsychotiques.

(F50-F59) Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques

Nom de la maladie	L'ANOREXIE MENTALE
Type	Troubles du comportement-Troubles de l'alimentation
Classement	Code CIM-10 : F50.0 et F50.1
Description/Symptômes	L'anorexie causée par des problèmes d'ordre psychologique est avec la boulimie un des troubles alimentaires le plus connus. Les patients connaissent de très fortes préoccupations liées à leur image et leur apparence physique qui entraînent une volonté de contrôler leur poids par une limitation de l'alimentation et des apports nutritifs. Elle peut s'accompagner de symptômes physiques intenses qui affaiblissent encore d'avantage les malades.
Facteurs de risque	Cette maladie est très liée à l'image du corps dans la culture et la société des individus. Le préjugé de la maigreur est une caractéristique plus ou moins valorisée.
Conséquences	Cette maladie provoque une maigreur anormale, des insuffisances et carences dans les apports nutritionnels provoquant une situation de faiblesse, et pouvant mener à d'autres troubles comme par exemple des dysfonctionnements hormonaux et des problèmes osseux.
Prévalence/Incidence	Cette maladie touche environ 1 % des femmes et 0,3 % des hommes essentiellement en France, on estime néanmoins que des formes atténuées ou d'autres troubles du comportement alimentaire concernent jusqu'à 25 % des femmes et jusqu'à 20 % des hommes de [11,12].
Traitement	Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique et les psychothérapies et les médicaments sont le plus souvent recommandés aux patients. Dans les cas les plus graves, on isole complètement le malade de son environnement y compris familial et on pousse le patient à l'effort.

Nom de la maladie	LA BOULIMIE
Type	Troubles du comportement-Troubles de l'alimentation
Classements	Code CIM-10 : F50.3
Description/Symptômes	La boulimie se caractérise par des crises fréquentes comprenant des prises alimentaires importantes et incontrôlées des patients qui agissent comme sous l'effet d'une addiction. Ces crises s'accompagnent souvent de fort sentiment de dégoût et de rejet de soi-même, et par une image négative de sa propre personne et de son corps ainsi qu'une faible estime de soi. Les crises peuvent s'accompagner de vomissements provoqués ou de régimes pour contrôler les apports caloriques. Les prises alimentaires en cause sont souvent du grignotage de produits sucrés et empêchent le respect d'un rythme alimentaire normal.
Facteurs de risque	Mauvaises habitudes alimentaires de l'enfance, mauvaise alimentation...
Conséquences	Les conséquences directes sont la prise ou la perte de poids, parfois dans des proportions extrêmes et dangereuses pour la santé (obésité, diabète, dénutrition, faiblesse...). Les vomissements répétés peuvent aussi causer des problèmes de santé et de sociabilisation.
Prévalence/Incidence	La prévalence de la boulimie a été estimée entre 1,5 % et 4 % des femmes avec un taux supérieur dans la tranche d'âge 15 et 35 ans avec très peu d'hommes atteints [11,12]. Une forme atténuée appelée "compulsion alimentaire" toucherait jusqu'à 8 % de la population totale.
Traitement	Il existe des cures spécifiques pour reprendre des bonnes habitudes alimentaires. On peut aussi utiliser des dispositifs empêchant les prises alimentaires importantes (voir l'anneau gastrique) et suivre une psychothérapie.

(F60-F69) Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte

[vide]

(F70-F79) Retard mental

[vide]

(F80-F89) Troubles du développement psychologique

Nom de la maladie	L'AUTISME OU TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE (TSA)
Type	Troubles du développement-Troubles envahissants du développement (TED)
Description/Symptômes	L'autisme ou le TSA est un trouble diagnostiqué lors des premières années de la vie des malades. Les critères d'évaluation de la maladie ne font pas l'objet d'un consensus et ont été révisés à de multiples reprises depuis sa découverte. D'après le DSM 5, la pathologie se manifeste par un déficit de qualité dans la communication verbale et gestuelle des patients, par un manque qualitatif de sociabilité, et par des centres d'intérêt restreints et répétitifs. Le manuel reconnaît plusieurs niveaux d'altération du spectre autistique classé par niveaux avec des appellations spécifiques.
Facteurs de risque	L'autisme serait un trouble multifactoriel aux origines contestées. Des facteurs génétiques ont été mis en cause et certaines trisomies. Les antécédents de la mère concernant les maltraitances pendant l'enfance ont été cités, tout comme les problèmes lors de la naissance (respiratoire, ou accouchement prématuré). Certaines études portent aussi sur des facteurs environnementaux comme les expositions anténatales à des substances psychoactives (médicaments, drogues), les problèmes nutritionnels de la mère pendant la gestation, ou la pollution atmosphérique. Le sujet ne fait pas l'objet d'un consensus auprès des spécialistes.
Conséquences	Parmi les conséquences de la maladie, on note une forte angoisse, le manque d'autonomie, le manque d'intégration sociale et professionnelle. Toutes ces conséquences peuvent être plus ou moins importantes selon le malade.
Prévalence/Incidence	On estime à environ 0,6 % de la population le ratio de personnes atteintes de TSA [13,14]. Par ailleurs, les hommes seraient 4 fois plus souvent atteints que les femmes.
Traitement	Selon l'avis du Conseil Consultatif National d'Ethique (CCNE) rendu le 8 novembre 2007 : « Il n'y a pas aujourd'hui de traitement curatif, mais une série de données indiquent depuis plus de quarante ans qu'un accompagnement et une prise en charge individualisés, précoces et adaptés, à la fois sur les plans éducatif, comportemental, et psychologique augmentent significativement les possibilités relationnelles et les capacités d'interaction sociale, le degré d'autonomie, et les possibilités d'acquisition de langage et de moyens de communication non verbale par les enfants atteints de ce handicap ».

(F90-F98) Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

Norm de la maladie	LES TROUBLES DU DEFICIT DE L'ATTENTION ET L'HYPERACTIVITE (TDA/TDAH)
Type	Trouble du comportement -TDA
Classement	Code CIM10 : F90
Facteurs de risque	Les causes du TDA/TDAH sont mal connues et ne font pas l'objet de consensus. Ils proviendraient surtout de facteurs génétiques et peut être environnementaux. Cette maladie présente un caractère héréditaire et plusieurs gènes ont été identifiés comme favorisant le risque de TDA. Au niveau environnemental, l'exposition à divers agents pathogènes favoriserait l'apparition de trouble de type TDA comme les métaux lourds et neurotoxiques, les additifs alimentaires et les pesticides organochlorés. Il a aussi montré qu'une grande part des sujets souffrent de manque de magnésium tandis que l'allaitement réduisait les risques à long terme chez les nourrissons.
Conséquences	Durant l'enfance, les symptômes précités peuvent conduire à des situations d'échec scolaire, à des problèmes sociaux liés à l'impulsivité des sujets et à une détérioration de l'estime de soi. La maladie régresse généralement à l'âge adulte avec un tiers des sujets guéris, un tiers ayant toujours des symptômes atténués et un tiers conservant la pathologie complète. Cependant, cette maladie n'est pas reconnue comme telle en France à l'âge adulte et outre les symptômes décrits ci-dessus les sujets s'exposent à des comportements à risque et à des risques d'autres pathologies mentales et notamment les conduites addictives.
Comorbidité	Parmi les comorbidités, on trouve des difficultés relationnelles et familiales, les troubles de la vision ou de l'audition, l'épilepsie, des comportements hostiles et provocateurs envers l'autorité (voir Trouble oppositionnel avec provocation ou TOP), les troubles anxieux, des troubles de la motricité, et enfin la dyslexie.
Prévalence/Incidence	Les différentes mesures de la prévalence du trouble du déficit de l'attention sont très différentes d'une étude à l'autre en fonction des méthodes d'évaluation de la maladie revenue, à titre d'exemple une étude américaine a évalué à 25 % [15], le taux d'enfants atteints tandis qu'en Europe la plupart des études évalue ce taux entre 2 % et 7 %. Cette variabilité s'explique par des définitions et des critères d'évaluation différents suivant le classement de référence utilisé.
Traitement	Le traitement conseillé contre les troubles du déficit de l'attention comprend une prise en charge multimodale : aide éducative et parfois rééducation, psychothérapie de type cognitivo-comportementale, et éventuellement des produits pharmaceutiques comme les psychostimulants.
Remarques	Définition et critères d'évaluation imprécis rendant difficile son exploitation statistique.

(F99-F99) Trouble mental, sans précision

[vide]

Autres troubles mentaux hors classification CIM-10 ou hors classification santé mentale dans la CIM-10

Nom de la maladie	LE VIEILLISSEMENT COGNITIF (OU DECLIN COGNITIF)
Type	Maladie neuro-dégénérative (biologique)-Démence
Classement	Code CIM10 : NA
Description/Symptômes	Perte de neurones et autres cellules cérébrales se traduisant par un affaiblissement et une détérioration des fonctions cognitives (le langage, la mémoire, le raisonnement, la coordination des mouvements, les reconnaissances, la planification, le jugement, l'organisation et les perceptions sensorielles).
Facteurs de risque	Présence de plaques amyloïdes néfastes dans le cerveau.
Conséquences	La maladie se manifeste par des pertes plus ou moins importantes dans les capacités motrices et psychiques des patients. Dans les cas extrêmes, impliquant d'autres types de démence plus graves, on peut observer une perte des fonctions primaires et le décès des patients.
Comorbidité	Autres maladies neuro-dégénératives (Alzheimer, Parkinson, ...)
Prévalence/Incidence	Toute la population est plus ou moins atteinte à partir de 45 ans [16], les troubles sont de plus en plus prononcés avec le vieillissement des patients.
Traitement	Aucun traitement efficace, possibilité de retarder la progression de la maladie avec des exercices de travail cognitifs.
Remarques	Cette pathologie est intéressante à étudier car elle touche une grande part de la population, ce qui rend les patients plus aisément accessibles et facilite le recueil des données. Cependant, elle touche en majorité les gens âgés qui sont peu nombreux en Guyane.

Nom de la maladie	LA DYSLEXIE
Type	Trouble cognitif : neuro-développemental (<i>dyslexie développementale</i>) ou apparu suite à une lésion cérébrale (<i>dyslexie acquise ou alexie</i>).
Classement	Code CIM10 : R48
Description/Symptômes	Difficultés pour la lecture (rapidité et qualité), problème de modélisation des objets dans leur espace environnement, difficultés à manipuler les concepts abstraits.
Facteurs de risque	Pas de consensus reconnu, facteurs génétiques identifiés, questionnement sur le rôle de la pédagogie et des facteurs psycho-sociaux. La langue utilisée peut aussi être considérée comme un facteur de risque avec certaines langues plus facilement lisibles par des individus dyslexiques.
Prévalence/Incidence	Pas de consensus sur la définition stricte de la dyslexie, entre 5 % et 10 % des enfants présentent des difficultés d'apprentissage de la lecture.
Traitement	Traitement orthophonique, suivi psychomoteur, ergothérapie.
Remarques	Cette pathologie est intéressante à étudier car elle touche une part importante de la population, ce qui rend les patients plus aisément accessibles et facilite le recueil des données. Elle est particulièrement opportune pour des études chez les enfants et les adolescents.

Nom de la maladie	LE STRESS
Type	Etat psychologique et nerveux.
Description/Symptômes	Le stress est un concept complexe et ambigu intégrant des situations de contrainte psycho-sociale et/ou physique et les processus physiologiques adaptatifs utilisés par l'organisme pour y faire face. Si pour certaines personnes, à court terme, cette contrainte peut être vue comme dynamisante et stimulante face à un obstacle, pour d'autres, le stress inhibe leurs capacités suite à l'état de fébrilité qu'il procure. A moyen et long terme néanmoins, le stress peut provoquer des troubles physiologiques (migraines, insomnies, nausées, hypertension, éruptions cutanées, mal de dos...) et psychologiques (irritabilité, angoisses, dépression, troubles sexuels, modifications des habitudes alimentaires...). De plus, la fatigue induite par le stress peut fragiliser l'organisme et augmenter les risques de développer diverses maladies.
Facteurs de risque	L'environnement de la vie de l'individu (situation de guerre, précarité sociale, situation économique ...).
Conséquences	A court terme et selon les individus, le stress provoque des troubles digestifs, des problèmes de sommeil, un état de fébrilité et des incapacités, mais aussi des problèmes cutanés et la perte de cheveux. A long terme, le stress peut entraîner de graves problèmes de santé. A titre d'exemple, l'hypertension parfois induite peut favoriser l'apparition de troubles cardiaques et vasculaires. Citons aussi, les dérèglements hormonaux pouvant diminuer la fertilité.
Traitement	Individuellement, il existe de nombreuses manières de réduire son stress. Hors, les remèdes naturels à base de plantes, on peut avoir recours à des psychothérapies permettant de se soulager par la parole et de se détacher des causes du stress pour y faire face (coping). Collectivement, la prévention des risques psycho-sociaux au travail a pour objet de diminuer le stress et les tensions au sein des équipes professionnelles.

Annexe 3 : Bibliographie des fiches pathologies

1. Ferri C.-P., Prince M., Brayne C., et al., *Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study*, The Lancet, Vol. 366, n°9503, Décembre 2005, pp. 2112-2117
2. De Lau L.-M., Breteler M.-M., *Epidemiology of Parkinson's disease*, The Lancet Neurology, Vol. 5, n°6, Juin 2006, pp. 525-535
3. Observatoire National du Suicide (ONS), *Suicide, État des lieux des connaissances et perspectives de recherche* [en ligne], ONS, Novembre 2014, Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf (consulté le 24/07/2015)
4. Sussman S., Lisha N., Griffiths M., *Prevalence of the Addictions: A Problem of the Majority or the Minority?* Eval Health Prof., Vol. 34, n°1, Mars 2011, pp.3-56. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134413/> (consulté le 24/07/2015)
5. Institut de Veille Sanitaire (InVS), *Indicateurs de la morbidité et de la mortalité liée à l'alcool en France*, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°34-35, Septembre 2006
6. Van Os J., Kapur S., *Schizophrenia*, Lancet, Vol. 374, n°9690, Aout 2009, pp. 635-645
7. ORPHANET. *Maladie maniaco-dépressive ou troubles bipolaires* [en ligne]. Chantal Henry, Christian Gay, Janvier 2004, Disponible sur : <https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-troublesbipolaires.pdf> (consulté le 24/07/2015)
8. De Zélicourt M., Dardennes R., Verdoux H., Et al., *Le trouble bipolaire en France : prévalence des épisodes maniaques et coût des hospitalisations pour ce motif*, L'Encéphale, vol. 29, n°3, pp. 248-53
9. Haute Autorité de Santé (HAS), *Troubles obsessionnels compulsifs résistants : prise en charge et place de la neurochirurgie fonctionnelle*, HAS, Rapport 2004, Mai 2005
10. Alonso J., Ferrer M., Romera B., Et al., *The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED/MHEDEA 2000) project: rationale and methods*. International Journal of Methods in Psychiatric Research, Vol. 11, n°2, 2002, pp.55-67
11. Godart N., Falissard B., *Troubles des conduites alimentaires : un adolescent sur quatre concerné*, La Santé De L'homme, n° 394, Mars-Avril 2008, pp.16-18
12. Hoek H., Van Hoeken D. *Review of prevalence and incidence of eating disorders*. International Journal Of Eatings Disorders, Vol. 34, n°4, Décembre 2003, pp. 383-396
13. C.J. Newschaffer, L.A. Croen, Daniels J., Et al., *The Epidemiology of Autism Spectrum Disorders*, Annual Review of Public Health Vol. 28, Avril 2007, pp. 235-258
14. Elsabbagh M., Divan G., Koh Y.-J., Et al. *Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders*, Autism Research, Vol. 5, n°3, pp. 160-179, Juin 2012, Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/aur.239/abstract;jsessionid=74C2CB0F5F0C15C3B03623DAC8083D7B.f04t04> (consulté le 24/07/2015)
15. Swanson J.-M., Sergeant J.-A., Taylor E., Et al., *Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder*. Lancet, Vol. 35, n°9100, Février 1998, pp. 429-433. Disponible sur : <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673697114507/fulltext> (consulté le 24/07/2015).
16. Singh-Manoux A., Kivimaki M., Glymour M.-M., Et al. *Timing of onset of cognitive decline: results from Whitehall II prospective cohort study*, BMJ, Vol. 344, Janvier 2012. Disponible sur : <http://www.bmj.com/content/344/bmj.d7622>



OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE GUYANE - CRISMS

CENTRE DE RESSOURCES DE L'INFORMATION SANITAIRE ET MEDICOSOCIALE

 : www.ors-guyane.org -  : Observatoire Régional de la Santé de Guyane

 : contact@ors-guyane.org  : 0594 29 78 00 – Fax: 0594 29 78 01