

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

Pour en savoir plus

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

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

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

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

Session thématique : Inégalités sociales et territoriales de santé mentale

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

S6A

Social inequalities in antidepressant treatment

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Further reading

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

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

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

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

S6B

Les disparités dans l'offre publique de soins en psychiatrie

M. Coldefy

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

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

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

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

S6C

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