

Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale

Rapport final
Rédigé par Anne Lovell

Nous tenons à remercier

**Madame Noëlle Escaffre,
Madame Chantal Mougin,
Mademoiselle Valérie Mazeau**

ainsi que toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette étude.

Sommaire

Synthèse	5
1. Introduction	9
2. Rappel des objectifs	9
2.1. Identification et définition des objectifs.....	9
2.2. Définition de la surveillance en santé mentale et de l'état de la santé mentale de la population	10
3. Méthodologie	10
3.1. Les méthodes utilisées	10
3.2. Rôle du comité de pilotage	12
4. Problèmes de définition et de délimitation de l'objet de la surveillance en santé mentale	12
4.1. Trouble mental et maladie mentale	12
4.2. Santé mentale et souffrance psychique	14
4.3. Les usages sociaux du trouble mental, de la santé mentale et de la souffrance psychique	16
4.4. Comment résoudre les problèmes définitionnels de la santé mentale ?	17
5. La place des déterminants sociaux de la santé mentale dans la surveillance	18
6. Les cadres d'interprétation des données de morbidité psychiatrique	20
6.1. Les étapes de la construction sociale d'un « cas »	20
6.2. Le repérage des cas par les outils de l'épidémiologie psychiatrique : des cas théoriques.....	22
6.3. Les problèmes du besoin	23
7. Les besoins d'informations identifiés par les acteurs et décideurs dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale et dans les champs connexes	24
7.1. Les écueils de la méthode de sollicitation des besoins	24
7.2. Les besoins évoqués.....	25
7.3. Les types de données à inclure dans la surveillance de la santé mentale	29
8. Les sources d'information ayant un intérêt pour la surveillance en santé mentale I : les données medico-administratives concernant les cas traités	30
8.1. Statistiques et enquêtes sur les établissements et les secteurs en psychiatrie	31
8.2. D'autres points d'observation des besoins, des demandes ou de la prise en charge des troubles mentaux et des problèmes de santé mentale	33

9. Les sources d'information ayant un intérêt pour la surveillance en santé mentale II : les équipes nationales menant des travaux épidémiologiques ou statistiques en santé mentale	35
9.1. Les laboratoires et les équipes de l'Inserm : évaluation des moyens disponibles et des besoins en matière de surveillance de la santé mentale de la population.....	35
9.2. L'Insee	37
9.3. Le Comité français d'éducation pour la santé	38
9.4. Le CreDES	39
9.5. Le Centre collaboratif français de l'OMS	40
9.6. La CnamTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés)	41
9.7. La fondation MGEN pour la santé publique	42
9.8. Les autres enquêtes	43
10. Les recommandations et les modèles européens et de l'Organisation mondiale de la santé	44
10.1. Réseau européen pour les indicateurs de la santé mentale dans les enquêtes sur la santé (EURO-HIS).....	45
10.2. Le projet « établissement des indicateurs pour la surveillance de la santé mentale en Europe »	45
10.3. Le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé	46
10.4. Organisation mondiale de la santé	46
11. Description analytique de la surveillance en santé mentale : mise en place au Royaume-Uni	46
11.1. Le programme "National Psychiatric Morbidity Surveys"	46
11.2. Le programme national de surveillance du suicide et des symptômes suicidaires (self-harm)	51
12. Les propositions d'orientations en matière de surveillance de santé mentale	52
13. Recommandations	52
13.1. Recommandation n° 1	52
13.2. Recommandation n° 2	55
13.3. Recommandation n° 3	56
13.4. Recommandation n° 4	56
13.5. Recommandation n° 5	57
13.6. Recommandation n° 6	57
Annexes	59
Annexe 1 - Membres du comité de pilotage	59
Annexe 2 - Liste des personnes interviewées	60
Annexe 3 - Liste d'études et d'enquêtes	62
Annexe 4 - Unités et Laboratoires Inserm travaillant dans les domaines de la santé mentale et/ou la psychiatrie en santé publique	65
Annexe 5 - Les domaines non pris en considération par cette mission	67
Bibliographie	69

Synthèse

Ce rapport est le fruit d'une étude commanditée par le Département des maladies chroniques et des traumatismes (DMCT) de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Elle fait suite à la deuxième consultation sur les priorités de veille sanitaire au cours de laquelle la santé mentale a été classée parmi les 10 priorités du DMCT. Cette étude a eu pour objectif l'établissement du bilan actuel de l'existant et des besoins de connaissance et d'information ainsi que la production de propositions concrètes pour la mise en œuvre d'un programme de surveillance en santé mentale à l'InVS, dans le cadre de la préparation du deuxième contrat d'objectifs et de moyens de l'InVS.

L'étude définit la surveillance en santé mentale comme étant la prise en compte, par des outils et des dispositifs valides, de l'état de santé mentale de la population et de son évolution. La surveillance suppose des indicateurs fiables et valables ainsi que des mesures prises de façon systématique et répétée. Les indicateurs incluent les mesures des différents aspects de la santé mentale ainsi que les déterminants sociaux et les autres facteurs ayant un rapport avec elle, par exemple, l'expression des besoins de soin ou l'utilisation des services (chapitres 1, 2).

Pour réaliser cette mission, quatre méthodes ont été mobilisées : (1) des entretiens avec des décideurs et des acteurs du champ de la santé mentale, (2) l'identification et l'analyse de la littérature scientifique, des rapports d'enquêtes et d'études, (3) l'identification de systèmes de recueil d'information médico-administratifs et d'enquêtes ; (4) l'examen du système de surveillance en santé mentale au Royaume-Uni. En tout, 57 personnes ont été interviewées en France et à l'étranger et 12 autres ont fait l'objet d'un échange par courrier. Suite aux recherches bibliographiques, une analyse a été faite sur un corpus assez complet de la littérature scientifique et de la littérature « grise » dans les domaines connexes à la surveillance en santé mentale : santé publique, épidémiologie psychiatrique, sociologie et anthropologie de la santé mentale. Le comité de pilotage nommé par l'InVS a joué un rôle essentiel de consultation et de ressource tout le long du déroulement de l'étude (chapitre 3).

Malgré la transition en France d'une politique de la psychiatrie vers une politique de santé mentale – transition appuyée par le législateur – la délimitation du champ de la santé mentale reste insuffisamment précise. L'ambiguïté des notions de « trouble mental » et de « santé mentale », la sensibilisation croissante du grand public aux problèmes de santé mentale, la tendance à exprimer toute une série de troubles et difficultés, y compris sociaux, en termes de « souffrance psychique », ont pour effet de créer une population-cible potentielle pour la psychiatrie et pour les professions connexes qui est en expansion constante et indéfinie. Ces problèmes de définition, ainsi que ceux attenants aux indicateurs de mesure, fragilisent la fiabilité que l'on peut accorder y compris aux plus importantes enquêtes d'épidémiologie psychiatrique dont nous disposons par ailleurs.

Ceci étant dit, une partie des définitions de la santé mentale proposées aujourd'hui en France intègrent un ensemble de déterminants relatifs aux interactions entre les individus et leur environnement. Elles mettent l'accent sur la dimension collective de l'état de détresse, en cherchant les conditions sociales qui en sont à l'origine. Cette approche rejoint les grandes lignes de la santé publique moderne et son approche plus axée sur les populations que sur l'individu. A travers la surveillance, il est actuellement possible de repérer le trouble mental, la santé mentale et la souffrance psychique (a) avec des outils de mesure standardisés, (b) en prenant compte des déterminants sociaux, et (c) en cherchant, à travers des perspectives sociologiques, à mieux comprendre le sens de l'apparition de ces phénomènes dans la société d'aujourd'hui (chapitre 5). Mais aucun critère scientifique ne peut résoudre le problème de la délimitation des phénomènes, des états, des conditions à prendre en compte dans une politique de santé mentale. L'objet d'une telle politique relève nécessairement d'un consensus et d'une décision politique. Ce rapport vise à fournir des éléments essentiels pour éclairer la constitution d'un tel consensus et les prises de décision.

Avant de pouvoir hiérarchiser les problèmes devant faire l'objet d'une surveillance et apprécier l'intérêt des différentes sources d'information pour la surveillance en santé mentale, il est nécessaire de comprendre les étapes par lesquelles se manifeste un problème de santé mentale. Différentes étapes existent, en effet, entre le moment de la reconnaissance par les sujets (ou leur entourage) d'un problème de santé mentale, l'expression d'un besoin d'aide ou de soin ou encore la demande, d'une part, et le

recours à un traitement ou à un service, de l'autre (chapitre 6). Or, souvent les mêmes indicateurs de santé mentale utilisés dans les enquêtes codent des informations qui renvoient à ces différentes étapes, et ainsi écrasent les différences de nature et de signification entre les données récoltées. Et on ne différencie pas toujours les origines d'un indicateur de santé mentale par rapport à un autre. Au contraire, il nous paraît que la conscience de la diversité des stades auxquels se fixe la définition d'une maladie ou d'un problème de santé mentale, amène à différencier, par exemple, un « cas traité » d'un « cas non-traité » par le système de soins, ou encore à interpréter des besoins en santé mentale (besoins perçus par les sujets, objectivés par les cliniciens ou les chercheurs, sous-estimés ou surestimés, l'objet et les référentiels du besoin ...). La surveillance en santé mentale se doit de prendre en compte ces différences, lesquelles sont signalées dans ce rapport.

Face à l'ampleur du domaine de la santé mentale, les entretiens avec des personnes ressources et l'analyse de la littérature ont servi à préciser les domaines que devraient a minima recouvrir la surveillance en santé mentale en France. Ils ont aussi aidé à déterminer des partenariats éventuels pour une telle surveillance (chapitre 7). Cinq pathologies ou problèmes de santé mentale ont été évoqués comme nécessitant une surveillance : la dépression, les troubles mentaux graves et durables (par exemple : les psychoses), le suicide, la santé mentale et la souffrance psychique (sans définition plus précise), ainsi que les conséquences en santé mentale des catastrophes et des accidents collectifs. Parmi les populations à cibler, les enfants et les adolescents, d'une part, les détenus, les personnes connues des services interstitiels, les groupes exposés à des conditions de travail nocives, les « aidants naturels », l'entourage des personnes souffrant de troubles mentaux ou encore les endeuillés, les victimes et les auteurs d'agressions sexuelles, d'autre part, ont été cités. Enfin, la qualité de vie et les besoins sont deux types de données que les personnes-ressources considèrent comme indispensables dans le cadre de la surveillance de la santé mentale.

Cette liste est toutefois à nuancer, et ceci pour deux raisons. La première tient à la nature nécessairement tautologique de notre approche. Les besoins formulés lors des entretiens sont nécessairement le reflet de la position de l'interviewé dans un domaine de spécialisation. L'addition des besoins évoqués n'équivaut pas une vue d'ensemble ou une représentativité quelconque. En second lieu, on notera que les besoins d'information ne peuvent pas se réduire à une liste de troubles psychiatriques ou de problèmes de santé mentale. Ils nécessitent tout d'abord une hiérarchisation. Dans une société où de plus en plus de formes de mal-être, de souffrances sociales, de conflits, de besoins, de précarité de toutes sortes sont traduites dans le langage de la santé mentale ou encore de la souffrance psychique, un programme de surveillance de la santé mentale se doit d'établir une hiérarchie de priorités. En même temps, il est nécessaire de procéder à une analyse globale qui mette en relation les différents troubles et les différents problèmes.

Avant de suggérer les grandes lignes éventuelles d'un programme de surveillance en santé mentale, il est nécessaire de connaître les ressources existantes et en particulier les sources de données pertinentes. L'état des lieux des sources d'information ayant un intérêt pour la surveillance en santé mentale en France est présenté dans les chapitres 8 et 9. Il montre une grande diversité de données médico-administratives, d'études et d'enquêtes ayant une pertinence pour la santé mentale. En dehors du système de soin, la France bénéficie d'enquêtes en population générale sur la santé qui incluent, souvent ou régulièrement, la santé mentale. Il existe aussi quelques études entièrement consacrées à la santé mentale. Mais en général, malgré la richesse de ces sources, ces études présentent des problèmes méthodologiques, des outils minimes ou des données trop limités pour appréhender de façon adéquate les problèmes psychiatriques et plus généralement de santé mentale. En outre, ces défauts empêchent l'utilisation de ces données comme support *baseline*, c'est-à-dire comme point de référence initial sur lequel on pourrait s'appuyer pour mettre en évidence l'évolution de la santé mentale de la population, pour déceler l'émergence de nouveaux problèmes et les facteurs qui contribuent à ces changements.

L'OMS et l'Union Européenne préconisent que la santé mentale fasse partie de tout système de surveillance de la santé. Les modèles et recommandations internationaux et européens sont présentés dans le chapitre 10.

Enfin, pour avoir une idée de ce que pourrait être concrètement un programme de surveillance en santé mentale, nous présentons, dans le chapitre 11, une description analytique de celui qui a été mis en place au Royaume-Uni.

Ces réflexions ainsi que les analyses exposées dans les différents chapitres de ce rapport aboutissent à une série de propositions d'orientations pour l'InVS en matière de santé mentale. Elles prennent en compte la plupart des priorités mises en avant dans ce rapport. Ces recommandations et préconisations ne dispensent pas d'un travail de réflexion, notamment sur la hiérarchisation des catégories de troubles ou de problèmes à prendre en compte, et s'appuie sur les éléments et les arguments présentés.

Enfin, ces recommandations reflètent l'importance :

- d'évaluer la santé mentale de la population à partir d'enquêtes réalisées en dehors du système de soin (où se retrouvent la plupart des personnes souffrantes) ;
- de créer une base à partir d'un échantillon national (au lieu de régional ou local, même si ces deux autres niveaux sont importants en soi) ;
- de prêter une attention à l'interprétation sociologique des données.

• **Recommandation n° 1**

Développement et mise en place d'un programme d'enquêtes nationales sur la morbidité psychiatrique.

• **Recommandation n° 2**

Développement d'une enquête utilisant des méthodes de "basse prévalence" sur la prise en charge, le suivi et les conditions de vie des troubles psychotiques graves et durables.

• **Recommandation n° 3**

Etat des lieux sur les outils de mesure des troubles mentaux et de la santé mentale.

• **Recommandation n° 4**

Développement des indicateurs sociaux pertinents pour la santé mentale.

• **Recommandation n° 5**

Ouvrir la discussion sur des modes de surveillance possible en médecine générale, et éventuellement, auprès d'autres intervenants de première ligne.

• **Recommandation n° 6**

Etablir un dispositif de surveillance des conséquences des catastrophes naturelles et des accidents et traumatismes collectifs.

Un programme de surveillance de la santé mentale en France présuppose la création d'un noyau de compétence en épidémiologie psychiatrique à l'InVS ainsi qu'un partenariat et/ou une mise en réseau des institutions et des instances ministérielles identifiées dans les trois chapitres précédents.

1. Introduction

En 2000, lors de la deuxième consultation sur les priorités de veille sanitaire réalisée par le Département des maladies chroniques et des traumatismes (DMCT) de l'Institut de veille sanitaire (InVS), le thème de la santé mentale a été classé parmi les 10 premières priorités. Dans le cadre de la préparation du deuxième contrat d'objectifs et de moyens de l'Institut, le département a décidé de réaliser une étude préalable afin de disposer des éléments nécessaires à la mise en place d'un programme de surveillance en santé mentale à l'InVS. Cette étude a été confiée à Anne Lovell, sociologue de la santé, spécialisée en épidémiologie psychiatrique, à la fin du mois de novembre 2002.

Le présent rapport résulte de six mois d'étude en France et à l'étranger. Il fait état de l'existant en matière d'informations recueillies régulièrement ou ponctuellement et ayant un intérêt pour la surveillance en santé mentale. Il s'appuie sur les besoins d'information identifiés par les acteurs et décideurs rencontrés – en allant des soignants, administrateurs et chercheurs jusqu'aux usagers – en matière de santé mentale. Il est éclairé par les débats scientifiques et éthiques dans les domaines de la santé publique et de la santé mentale quant aux meilleures manières d'appréhender l'état de la santé mentale et ses déterminants, de la définir et de la surveiller. Il s'appuie sur les recommandations d'instituts et d'organismes français et internationaux.

Ce rapport restitue les résultats de l'étude et termine avec une série de recommandations concernant les orientations que l'InVS pourrait prendre pour mettre en place un programme de surveillance en santé mentale. Enfin, il présente des thèmes non-prioritaires par rapport à cette mission mais qui pourraient être étudiés dans un deuxième temps, suite à la mise en œuvre d'un programme de surveillance.

2. Rappel des objectifs

2.1. Identification et définition des objectifs

L'objectif principal de cette mission était *"d'établir le bilan actuel de l'existant et des besoins de connaissance et d'information, afin de définir les orientations d'un programme de surveillance en santé mentale de l'InVS pour les 3 ans à venir"*.

Pour ce faire, plusieurs sous-objectifs avaient été identifiés :

- la définition et délimitation du champ dans lequel doit s'exercer la surveillance en santé mentale ;
- l'identification des besoins d'informations dans ce domaine de la part des différents acteurs et décideurs : directions centrales et services déconcentrés du ministère de la Santé, assurance maladie, professionnels de santé, chercheurs, malades et familles de personnes atteintes de troubles psychiatriques ou d'handicaps psychiques ;
- l'identification des sources d'informations existantes ayant un intérêt pour la surveillance en santé mentale : études, recueils systématiques de données et données médico-administratives ;
- l'identification de l'ensemble des équipes nationales menant des travaux épidémiologiques ou statistiques en santé mentale et l'évaluation de leur intérêt à participer à un réseau de veille sanitaire dans le domaine ;
- l'identification des travaux ayant un intérêt pour la surveillance en santé mentale, réalisés au niveau européen ;
- l'identification des travaux ayant un intérêt pour la surveillance en santé mentale, réalisés par l'Organisation mondiale de la santé ;
- la description analytique de la surveillance mise en place dans au moins un pays européen (outils, productions, équipes...);
- la production, en conclusion, de propositions concrètes pour la mise en œuvre d'un programme de surveillance en santé mentale à l'InVS. Ces propositions devant définir les axes de développement sur trois ans, les moyens et les outils à mettre en œuvre, ainsi que les partenariats à développer, elles devraient servir de base pour les orientations discutées dans le cadre du deuxième COM de l'InVS.

2.2. Définition de la surveillance en santé mentale et de l'état de la santé mentale de la population

Par surveillance, nous entendons la prise en compte, par des outils et des dispositifs valides, de l'état de santé mentale de la population et de son évolution. La surveillance suppose des indicateurs fiables et valables et des mesures prises de façon systématique et répétée. Les indicateurs se réfèrent non seulement à la santé mentale (que nous définissons ci-dessous), mais aussi à ses déterminants sociaux et aux autres phénomènes ayant un rapport avec elle, par exemple, l'expression d'un besoin de soin, l'utilisation des services¹.

Au début de cette mission, nous avons élaboré une définition préalable (*working definition*) de la surveillance en santé mentale afin qu'elle recouvre des thèmes spécifiques à son égard. Elle pourrait comprendre, au minimum :

1. Des études et des enquêtes épidémiologiques descriptives faisant état d'une part, des troubles mentaux et de leurs conséquences (handicaps, incapacités, désavantages sociaux) et d'autre part, de la santé mentale des populations (par exemple, les troubles mentaux majeurs, comme la dépression, les troubles psychotiques ; la détresse psychologique, la santé mentale dite « positive », comme le bien-être).
2. Des études et des enquêtes sur les déterminants des troubles mentaux et des problèmes de santé mentale.
3. Des indicateurs plus généraux de l'état de la santé mentale de la population (par exemple, échelles courtes et autres items d'auto-questionnaire), qui font partie des enquêtes de santé régulièrement menées (enquêtes décennales, etc.).
4. La détection des états émergents de la santé mentale qui "font menace" (par exemple, l'augmentation des suicides dans un groupe ou dans une tranche d'âge particulière, les séquelles psychologiques de catastrophes naturelles ou d'autres situations d'urgence, voir **infra**).
5. La surveillance peut aussi porter sur une population ciblée parce que les conditions de vie ou les situations communes aux personnes qui la constitue sont associées à des taux élevés de troubles mentaux ou de problèmes de santé mentale. Par exemple, l'épidémiologie psychiatrique a souvent ciblé les personnes en situation de grande précarité sociale comme ayant des taux particulièrement élevés de détresse psychologique.

Nous verrons que l'approche que nous proposons part de la définition générale de la surveillance en santé mentale telle qu'elle est mentionnée dans les guidelines de l'OMS, de l'Union Européenne et de la littérature scientifique. Mais elle intègre une spécificité, que nous présentons ici, élaborée à partir des personnes ressources et de la littérature que nous avons consultées.

3. Méthodologie

Cette mission s'est réalisée en utilisant quatre méthodes principales. Le comité de pilotage a joué un rôle essentiel tout le long du déroulement de l'étude.

3.1. Les méthodes utilisées

Quatre grandes approches ou méthodes ont été mobilisées dans la réalisation de cette étude.

3.1.1. Les entretiens avec des décideurs et des acteurs du champ

L'entretien a été le moyen le plus utilisé pour solliciter les informations venant des personnes impliquées dans le domaine de la santé mentale.

L'identification des personnes à interviewer s'est faite à partir des recommandations du comité de pilotage associé à cette mission et du Département des maladies chroniques et des traumatismes.

¹ Nous utilisons le terme "trouble mental" pour rester en harmonie avec la terminologie communément utilisée dans la recherche en psychiatrie en France. Dans ce rapport on peut considérer que ce terme est synonyme de "trouble psychique" et "trouble psychiatrique", utilisés par certains auteurs cités ici.

Certaines personnes ont été suggérées lors des entretiens ou ont été identifiées lors de la lecture des rapports ou de la littérature scientifique. La liste s'est ainsi modifiée et enrichie au fur et à mesure de l'avancée de la mission. Le recueil d'informations a été réalisé auprès de différents acteurs et décideurs des domaines pour lesquels la surveillance en santé mentale se révèle utile : directions centrales et services déconcentrés du ministère de la Santé ; professionnels de santé ; associations de personnes souffrant de troubles mentaux graves et durables, de leurs familles et amis ; assurance maladie ; systèmes d'information médicale ; experts en psychiatrie adulte et infantile ; chercheurs et acteurs dans des domaines pour lesquels la santé mentale prend une importance (école, travail, dispositifs de réponse à la précarité, justice...) ; missions nationales.

Des entretiens ont aussi été menés auprès des équipes françaises réalisant des travaux épidémiologiques ou statistiques en santé mentale ou auprès d'équipes de dispositifs de type « sentinelle » ayant un intérêt à participer à un réseau de veille sanitaire dans le domaine.

La plupart du temps, ces entretiens ont été menés en face-à-face. Occasionnellement – pour certaines personnes localisées à l'étranger (bureaux de l'OMS de Genève et de Copenhague, contacts avec « Mental Health – Europe », ou encore contacts régionaux en France) – ces entretiens ont eu lieu par téléphone. Une grille d'entretien a été préparée préalablement. La plupart du temps, l'entretien a évolué de façon plus ouverte et les personnes ressources ont fourni des éléments de littérature (rapports, articles, protocoles) en appui aux éléments de l'entretien.

Au total, 43 personnes ont été interviewées, la plupart en face-à-face. En plus, des directeurs et/ou chercheurs d'unités de recherche de l'Inserm ont été contactés et interviewés par téléphone. Pour ces contacts, une stagiaire en santé publique a été mise à la disposition de l'étude. Enfin, 12 autres personnes ont été contactées par courrier ou, à plusieurs reprises, par téléphone, mais n'ont pas pu être interviewées. La liste de toutes les personnes ressources se trouve en annexe de ce rapport.

Dans l'idéal, la liste des personnes ressources aurait dû inclure plus d'acteurs travaillant aux niveaux régional et local. Mais les contraintes de temps n'ont pas permis une telle extension des entretiens.

3.1.2. L'identification et l'analyse de la littérature scientifique, des rapports, des enquêtes et des études

La littérature identifiée et analysée comprend plusieurs types. Tout d'abord, et très généralement, nous avons passé en revue une grande partie de la littérature scientifique publiée et de la littérature « grise » (rapports et travaux de synthèses non diffusés) présentant un intérêt pour la surveillance en santé mentale et recensés au niveau européen ou au niveau international. A cela, se sont ajoutés les rapports des projets de promotion de la surveillance de la santé mentale de l'Union Européenne et de l'Organisation mondiale de la santé.

Nous avons identifié la littérature scientifique en consultant les bases de données bibliographiques (PubMed, BIR, etc.). Pour cette phase, une documentaliste de l'InVS a été mise à notre disposition.

La littérature grise (une grande composante de la littérature examinée) a été identifiée au fur et à mesure par contact avec les institutions et lors des entretiens. L'identification des recherches en cours et celles en projet s'est avérée plus compliquée. Dans la mesure où une grande partie n'est pas publiée et où les financements sont instables, la liste de ces recherches peut s'avérer incomplète.

3.1.3. L'identification de systèmes de recueil d'information et d'enquêtes

Cette étude a essayé d'identifier les sources d'informations existant en France et ayant un intérêt pour la surveillance en santé mentale. Celles-ci comprennent trois catégories principales :

- a. les recueils systématiques de données médico-administratives ;
- b. les enquêtes, études ou recueils plus ponctuels ;
- c. les enquêtes de recherche en épidémiologie psychiatrique, en santé mentale ou dans le domaine de la santé lorsqu'elles comportent un volet santé mentale (récentes, en cours ou en projet).

Une liste des études en cours et en projet se trouve en annexe (annexe 3). L'analyse de la littérature scientifique et de la littérature « grise » ainsi que les systèmes de recueil identifiés apparaissent dans les sections qui suivent.

3.1.4. L'examen du système de surveillance en santé mentale (ou de quelques unes de ces composantes) au Royaume-Uni (outils, productions, équipes...)

Plusieurs pays ont été proposés comme pouvant fournir un modèle de surveillance en santé mentale. Les limites de temps n'ont pas permis la visite de tous ces pays. Finalement, après consultation du DMCT et du comité de pilotage, le Royaume-Uni a été sélectionné comme fournissant un bon modèle. La visite en Angleterre a permis de rencontrer des experts en épidémiologie et en surveillance de la santé mentale, et en particulier les personnes qui ont développé et mené le programme d'enquêtes sur la morbidité psychiatrique du National Health Service (en collaboration avec l'Office of National Statistics).

3.2. Rôle du comité de pilotage

Le comité de pilotage mis en place par l'InVS dans le cadre de cette mission est constitué de personnes représentant les différentes directions du ministère de la Santé, la planification au niveau régional, la psychiatrie, la pédopsychiatrie, les usagers et leurs familles, la sociologie et d'autres aires d'expertise pertinentes pour la santé mentale (voir annexe 1). Le comité de pilotage a eu pour objectif d'assurer que les orientations issues de l'étude soient les plus adaptées possibles aux besoins des uns et des autres et qu'elles soient partagées collectivement. En premier lieu, il a validé le cahier des charges du travail. Il a ensuite contribué à identifier les personnes à rencontrer, les lieux à voir et les pays à visiter. Ses membres ont été des personnes ressources tout le long de l'étude, ils ont validé le rapport intermédiaire et le travail de conclusion de la mission.

4. Problèmes de définition et de délimitation de l'objet de la surveillance en santé mentale

Une des premières tâches de cette mission a été de dessiner plus clairement le contenu et les frontières du domaine de la surveillance en santé mentale. Ce chapitre présente les problèmes de définition et de délimitation de ces frontières. La santé mentale est devenue aujourd'hui une valeur, dans le sens où le terme désigne un idéal vers lequel l'individu doit tendre et sur lequel doivent s'axer les pratiques de la psychiatrie publique et les orientations en matière de santé publique. Ainsi, les derniers rapports commandités par le ministre de la Santé font tous état, au niveau des politiques publiques, du passage d'une perspective psychiatrique à une vision plus large en termes de santé mentale. La circulaire ministérielle du 14 mars 1990 donne à la psychiatrie la mission non seulement de traiter les maladies mentales, mais encore de promouvoir la santé mentale. Le plan sur la santé mentale le plus récent se réfère à la santé mentale et non plus uniquement à la psychiatrie [1].

Toutefois, la santé mentale (terminologie assez récente en France) et le trouble psychiatrique ou la maladie mentale (termes plus communément utilisés en psychiatrie) continuent à être confondus. Par exemple : les versions préliminaires de la future loi d'orientation de la santé publique introduit le concept de santé mentale mais glisse très rapidement dans ses indications pratiques vers les troubles psychiatriques. En fait, il y a plus de dix ans, le constat de cette confusion avait déjà été fait : bien que le passage du concept de psychiatrie à celui de santé mentale était depuis longtemps annoncé, les instances « dites de santé mentale » en psychiatrie publique concernaient essentiellement la prévention secondaire (ou les interventions autour de la maladie) et l'organisation du dispositif de soins [2].

Dans les parties qui suivent, nous présentons, d'abord, les problèmes de définition autour des troubles mentaux. Nous montrerons en quoi, les ambiguïtés des définitions contribuent à la confusion entre type de trouble et problèmes de santé mentale. Ensuite, nous présenterons la profusion de définitions de la santé mentale et celle d'un concept connexe, la souffrance psychique. Enfin, nous nous arrêterons sur les usages sociaux qui sont faits de ces catégories en montrant en quoi ces usages entretiennent le flou quant aux frontières du domaine sur lequel devrait s'exercer la surveillance en santé mentale.

4.1. Trouble mental et maladie mentale

La définition du trouble mental soulève plusieurs problèmes, notamment l'instabilité nosologique et la variabilité des critères nécessaires pour faire un diagnostic (en épidémiologie).

En dépit des avancées nosologiques, les définitions du trouble psychiatrique ou de la maladie mentale sont changeantes. Elles sont assujetties aux controverses d'école (psychodynamique vs. cognitiviste, par ex), entre professions (psychanalystes vs. neurologistes, psychiatres vs. psychologues), entre cultures (tradition française de psychiatrie vs. allemande ou encore américaine ; différences locales dans la définition des maladies ou syndromes, etc.). Aujourd'hui, le peu de correspondance entre les conditions constitutives des « maladies mentales » et les marqueurs biologiques nourrit le manque de consensus autour des définitions, des étiologies et des traitements. Le problème de la définition et de la délimitation de ce que constitue un état pathologique existe dans d'autres domaines de la médecine², mais il est particulièrement marqué en psychiatrie. La difficulté essentielle pour cette dernière vient en partie de l'absence de mesures de référence, ou de critères de validité extérieurs et absolus.

Toutefois, les architectes de l'épidémiologie psychiatrique reconnaissent cette difficulté au sens où ils ne se réfèrent pas aux « étendards d'or » absolus, comme ils disent, mais plutôt à une forme de validation « processuelle » ou à un processus de définition, dont la validation est présupposée instable (car menée par rapport à des critères extérieurs qui sont eux-mêmes évolutifs). Ces problèmes sont reflétés dans une partie des débats et des critiques menés autour des outils de mesure à visée diagnostique utilisés dans la surveillance en santé mentale. Ces outils sont nombreux, souvent imparfaits et rendus rapidement désuets.

Le renouvellement ou perfectionnement de critères de diagnostic vont de pair avec une nosographie psychiatrique en expansion constante et que l'on peut observer à travers l'évolution des deux grands systèmes nosologiques : la classification internationale des maladies (Cim) de l'OMS et le manuel diagnostic et statistique (D.S.M.) du American Psychiatric Association. De nouvelles catégories prennent une place importante (l'exemple le plus étudié est le syndrome du "stress post traumatique"), et si d'autres disparaissent de la nosologie (par exemple, l'homosexualité en tant que trouble psychiatrique), les nouveaux candidats ne cessent pas de voir le jour (voir par exemple, la pléthore de troubles de la personnalité).

En dépit du flou qui entoure les catégories du trouble mental, la prise en compte ou non de certaines dimensions des troubles influe sur leurs définitions. Pour la clinique comme pour la recherche, l'attestation de l'existence ou pas d'une véritable maladie ou d'un trouble psychiatrique dépend en particulier de deux critères : (1) la temporalité et (2) la gravité, ou retentissement, des symptômes dans la vie quotidienne. Sans la prise en compte de la durée des symptômes, des états transitoires et/ou « normaux » se confondent avec des véritables troubles, comme dans le cas d'un deuil limité dans le temps par rapport à un autre qui évolue vers une dépression à long terme. En l'absence d'un retentissement dans la vie quotidienne, d'une douleur psychique importante ou d'un effet incapacitant, les symptômes peuvent tout autant relever de la palette des émotions ordinaires (la tristesse, la joie, etc.), de malaises, de mal-être que de véritables signes de trouble. Cependant, des aspects de la santé mentale – par exemple, la capacité à faire face aux stress ou encore le sens subjectif d'une qualité de vie qui laisse désirer mieux – peuvent être présents chez quelqu'un atteint d'une maladie grave, comme un trouble bipolaire ou une dépression clinique chronique. Mais devant l'absence de critères de durée et de sévérité, il est difficile de séparer le trouble des problèmes (ou troubles subcliniques), ce qui a des implications importantes pour les politiques de santé publique et pour la surveillance.

La prise en compte de ces dimensions est au centre des controverses autour des résultats des deux grandes enquêtes de la "troisième génération" d'épidémiologie psychiatrique³, menées aux Etats-Unis. Dans la littérature scientifique, les taux de troubles mentaux – 30 % (actuels) et 50 % (sur la vie) – utilisés pour estimer le besoin de soin étaient tirés des résultats de la première de ces études, l'Epidemiological Catchment Area (ECA), menée dans cinq aires géographiques des Etats-Unis à l'aide du Diagnostic Interview Schedule (DIS). Les taux venant de la deuxième étude, National Comorbidity Study (NCS), basés sur un échantillon représentatif des Etats-Unis et utilisant le Composite International Diagnostic Interview (CIDI) de l'OMS, étaient encore plus élevés. Or, récemment ces résultats ont été critiqués : ils présenteraient des surestimations importantes [3]. Les problèmes de la définition et de l'opérationnalisation des critères de gravité ou de « signification clinique » seraient à l'origine d'une partie de cette surestimation.

² Pour les maladies cardiovasculaires, par exemple, on peut penser aux problèmes de la définition et l'interprétation de l'hypertension, de la douleur de poitrine ou encore des facteurs à risque, telle la "personnalité type A".

³ Cette typologie vient de B.P et B.S. Dohrenwend. Les études de la première génération (1880s – 1940) reconnaissaient que le recensement des patients institutionnalisés sous-estimait le taux de maladie mentale. Elles se servaient alors des estimations de cas faites par des interlocuteurs privilégiés (informateurs, médecins, police, etc). La deuxième génération (1945 – 1979) introduit des échantillons représentatifs des aires géographiques ou des quartiers urbains, utilise des entretiens faits par des cliniciens et des indicateurs globaux de psychopathologie mais pas d'outils de diagnostic. Les enquêtes descriptives en épidémiologie psychiatrique de la troisième génération sont caractérisées par des méthodes rigoureuses, des populations larges et l'utilisation d'outils standardisés, améliorés quant aux propriétés psychométriques et à visée diagnostique.

Quand des critères plus stricts de "signification clinique" – en bref, la présence d'incapacité et le retentissement du trouble mental sur le fonctionnement social du sujet – ont été intégrés dans la définition d'un "cas", la réanalyse des données ECA et NCS a produit des taux de prévalence nettement inférieurs concernant le fait d'avoir au moins un trouble mental. On observe alors une diminution de 17 % pour les données ECA et de 40 % pour celles du NCS [4]. Pour certains troubles, les taux supposés élevés étaient générés à partir d'algorithmes qui ne prenaient pas en compte la durée des symptômes, contrairement aux critères du DSM sur lesquelles ces algorithmes sont supposés être basés.

Des procédures semblables ont été menées dans le cadre d'enquêtes auprès des populations d'enfants et d'adolescents, elles ont, elles aussi, abouti à une diminution des taux de prévalence du trouble mental. Les critères de "signification clinique" réduisent plus particulièrement le taux de "cas" pour les troubles moins sévères (par ex, la phobie simple) par rapport aux troubles plus sévères (par ex, la dépression) [5].

Une stratégie pour améliorer le comptage des troubles mentaux en épidémiologie serait de tendre moins vers le diagnostic – ou vers le diagnostic seul – que vers la gravité du trouble, le degré d'incapacité ou encore la "signification clinique". Le directeur de la section épidémiologique de l'OMS et ses collègues évoquent un changement de paradigme – dans la recherche et dans les systèmes de classification – qui fournirait le maillon manquant entre le diagnostic et le recours au soin : le retentissement social de la maladie [6]. Cet exercice n'est pas sans difficulté. Par exemple, la signification des symptômes "légers" ou sous-syndromaux n'est pas évidente. Ils peuvent indiquer un risque de maladie ou de comportement à risque (tentative de suicide, par exemple). Ils peuvent, au contraire, indiquer des symptômes gérables dans la vie quotidienne, ou qui disparaîtront tout seuls (l'analogie somatique serait ici le rhume) ou avec des soutiens "naturels" (de l'entourage, institutionnel). Enfin, ils peuvent aussi représenter l'appropriation par le sujet du langage de la santé mentale pour décrire des problèmes banals de la vie quotidienne. Eventuellement, des enquêtes longitudinales et des analyses sociologiques devraient permettre de tester ces différentes hypothèses.

4.2. Santé mentale et souffrance psychique

La notion plus récente de santé mentale, au moins dans son usage français, s'ancre dans plusieurs cadres de référence. Nous nous limitons ici à trois approches principales. La santé mentale relève très souvent d'une définition positive, et ceci dans au moins trois sens. Premièrement, elle peut se référer aux états ou phénomènes émotionnels et cognitifs perçus comme étant positifs, tels le bien-être, la joie, l'aspect émotionnel ou cognitif de la satisfaction avec sa vie. Deuxièmement, elle peut indiquer des « ressources psychologiques » « possédées » par un individu, tels la résilience, la capacité à « faire face » aux situations d'adversité, etc., ou encore des traits ou des dispositions de la personnalité, tels l'optimisme ou le sens de la cohérence élaboré par Antonovsky [7]. Troisièmement, la santé mentale peut être conçue comme étant le pôle positif d'un continuum d'états psychologiques. Cette définition recoupe les deux autres, car le pôle positif comprend le bien-être et les ressources censées permettre la gestion, de « façon satisfaisante », de sa propre vie, même face à l'adversité (les stress, les événements de vie et les conflits produits dans l'environnement et les relations sociales) [8]. Au pôle négatif du continuum, on inclurait les pathologies mentales. Entre les deux mais plus proche des pathologies se trouveraient des formes de détresse psychologique. Si le pôle positif comprend les ressources psychologiques et les capacités d'agir dans ses rôles sociaux (de parent, d'employé etc.), le pôle négatif peut inclure les invalidités et l'incapacité à fonctionner dans ces rôles. Cette notion dynamique de la santé mentale correspond à celle que l'on trouvera dans le dernier rapport sur la santé dans le monde de l'OMS, qui a d'ailleurs proposé des échelles pour la mesurer [9].

Enfin, la santé mentale se distingue de la santé plus généralement par sa spécificité supposée non corporelle, ou concernant plus l'esprit et la psyché que la santé physique [2]. Bien évidemment, cette distinction reflète une attitude culturelle (séparation du corps et de l'esprit) qui serait peut-être moins pertinente pour la psychiatrie biologique.

La santé mentale se réfère, dans d'autres cas, à un aspect de la santé publique. Comme pour les autres domaines de la santé publique, la santé mentale dans ce cadre référentiel concerne les populations (par opposition à l'individu) et elle est axée sur la prévention. Elle exprime une préoccupation d'intervention auprès de la population en amont de la maladie. Mais ceci n'est pas spécifique de la santé mentale, on peut aussi avoir une approche populationnelle et préventive des troubles psychiatriques et imaginer que la prévention en santé mentale comprend des politiques sanitaires et sociales visant à empêcher le développement des troubles psychiatriques. Un exemple souvent cité concerne les politiques d'aide aux mères seules pour prévenir la dépression [10].

Dans un cadre conceptuel connexe, la santé mentale est conçue comme intrinsèquement liée à un référent social : au minimum aux relations sociales, sinon au contexte social. A titre d'exemple, la

circulaire ministérielle sur la politique dans le domaine de la santé mentale énonce qu'on doit envisager les problèmes de santé mentale "sous un angle élargi et selon une conception positive et dynamique de la santé : en cherchant à promouvoir des facteurs de santé, en s'intéressant davantage aux aptitudes des individus et des groupes vis-à-vis de leur santé. Pour ce faire, trois niveaux sont à considérer : l'individu, la famille et le groupe social ou « communauté »⁴".

Enfin, et de façon similaire, une conception de la santé mentale inclut l'ensemble des déterminants relatifs aux interactions entre les individus et leur environnement [11]. Cette perspective dynamique ouvre la voie aux actions communautaires de prévention. En même temps, elle rejoint la perspective théorique de l'épidémiologie sociale. L'idée sous jacente est que non seulement les déterminants sont partagés par l'ensemble d'une population (à la différence d'un facteur de risque, qu'on réfère à un individu), mais l'expression même des problèmes de santé mentale peut être collective ou diffuse. Une telle approche souligne donc à la fois la dimension collective de l'état de détresse, et les conditions sociales qui en sont à l'origine. Dans leurs travaux sur les différentes échelles psychologiques qui mesurent ce qu'ils appellent la "détresse non-spécifique", Link et Dohrenwend [12] montrent que celle-ci est commune aux personnes vivant les mêmes situations difficiles : les victimes d'inondation, les femmes isolées au foyer, etc.

De même qu'il y a confusion entre santé mentale et trouble mental, la distinction entre santé mentale et souffrance psychique pose problème à la surveillance et plus généralement à la recherche. Beaucoup de personnes interviewées (voir chapitre 7) ainsi que la littérature « grise » sur la santé et sur les problèmes sociaux en France font état d'une présence importante de la souffrance psychique dans des milieux et des populations différents : sur les lieux de travail, dans les écoles, auprès des personnes en situation de précarité, chez les jeunes, etc.

Un survol des rapports qui font état de cette souffrance psychique suggère que le terme est utilisé à propos de toute une série d'expressions de mal-être : la consommation de psychotropes, les actes de violence, la dépression... Elle recouvre des configurations de symptômes et de comportements partagés par des groupes d'individus dans des situations comparables, dans diverses circonstances de la vie. Elle serait aussi produite par la « continuité et [...] la multiplication des troubles entraînant un décrochage par rapport à la conduite habituelle » [13]. Cette caractéristique vague est reportée par le séminaire « Ville, violences et santé mentale » (DIV-RESSCOM), lequel souligne l'existence de multiples expressions, de manières d'agir et de sentir de la souffrance psychique, et les difficultés à trouver du sens à sa vie (avril 2001).

Une hypothèse forte serait que la souffrance psychique relève de ce que les anthropologues appellent une "idiome de détresse" ou encore ce que Marcel Mauss nommait "l'expression obligatoire [lisons : "normative"] des sentiments" [14]. Nous constatons aussi que la souffrance psychique est quasiment toujours décrite par rapport à une situation – le harcèlement moral au travail, les conditions des quartiers dits sensibles, les institutions et les dispositifs de prise en charge des délinquants, etc.

Un exemple de problème de définition : la dépression - maladie mentale, détresse psychologique ?

Pour témoigner des difficultés que nous avons évoquées quant à la délimitation du champ de la santé mentale – et des implications de ce travail de définition sur la surveillance en santé mentale – nous pouvons prendre l'exemple d'un trouble qui apparaît comme prioritaire pour la surveillance au vu d'une grande partie des rapports, des publications en France (voir références) et des acteurs de la santé mentale déjà interviewés (voir chapitre 7 B) : la dépression. Quelle devrait être la conception pertinente de la dépression pour les décideurs de la planification sanitaire ? Faut-il s'intéresser à la dépressivité (l'état transitoire mesuré par des échelles comme l'auto questionnaire CES-D, répandu en France, mais qui est très peu spécifique et enchevêtre la détresse ou la démoralisation [12]) ? Ou faut-il exiger un véritable diagnostic de dépression ? Si on n'accepte que le deuxième, que prendre en compte : la durée des épisodes, la récurrence, le niveau de détresse engendré ? Un exemple classique concerne la dépression des étudiants universitaires, pour lesquels la dépression liée aux études et à l'adaptation sociale est limitée dans le temps et peu incapacitante. Comment la distinguer des dépressions qui exposent l'étudiant au risque de suicide, par exemple ? [15]

⁴ Ministère de la Santé publique et de l'Assurance maladie. Orientations de la politique dans le domaine de la santé mentale. Circulaire du 13 mars. Paris 1990.

Que faire du fait que les outils diagnostics des enquêtes mélangent les cas de dépression ayant un fort retentissement sur la vie quotidienne avec des cas de dysthymies de longue durée moins incapacitantes ?

Quelques unes de ces questions ont été soulevées concernant l'interprétation des résultats de l'étude Global Burden of Disease (GBD), de l'OMS, la banque mondiale et l'école de santé publique de Harvard University, une méta-synthèse des données épidémiologiques. Les troubles neuropsychiatriques sont parmi les cinq premières causes d'incapacité, mesurées en termes d'années vécues avec une déficience ou une incapacité. La forme de dépression appelée « trouble de l'humeur unipolaire » explique par elle-même 10 % de la déficience. La psychiatrie est traditionnellement axée sur "les maladies mentales" (psychoses et névroses graves) ou les "troubles mentaux graves". Cependant, la GBD ne sépare pas les dépressions transitoires des troubles durables, ni les dépressions « non-psychotiques » des dépressions avec symptômes psychotiques, ce qui empêche d'estimer le poids des maladies graves et durables vs. celui des troubles plus légers [16]. En outre, la GBD a été critiquée pour son utilisation de données peu fiables, d'un processus mal défini et mal contrôlé dans la détermination des valeurs à attribuer à la mesure de l'incapacité, etc. Certaines difficultés sont liées à la diversité des outils utilisés et pris en compte par les méta-analyses de ces études, d'autres tiennent à la conceptualisation du trouble et à la prise en compte de certaines caractéristiques par rapport aux autres [17].

Que signifie alors la prédiction qui en résulte : la dépression devrait-elle devenir la deuxième maladie, en termes d'incapacités, d'ici 2020 ? Et comment surveiller cette maladie et ces déterminants ?

4.3. Les usages sociaux du trouble mental, de la santé mentale et de la souffrance psychique

La mesure de la santé mentale et des troubles psychiatriques est affectée, nous l'avons vu, par l'expansion continue des deux catégories. Cette expansion nous semble être produite plus par des phénomènes sociétaux, que par des facteurs sociaux, c'est-à-dire plus liée à l'organisation et aux normes sociales qu'aux caractéristiques sociales de l'individu ou à sa position dans la structure sociale.

On observe par ailleurs une sensibilisation croissante du grand public aux troubles mentaux et à la santé mentale. Ce phénomène fait partie d'une appropriation de plus en plus importante, par l'individu, de l'information médicale et d'une prise de conscience des dimensions du corps et de l'esprit en dehors de la maladie – appropriation elle-même liée à plusieurs facteurs sociaux et économiques. Pour la sociologie classique, le rôle du malade, au moins dans la modernité, comporte à la fois l'exemption des obligations (par exemple, parentales, ou du travail, comme dans le cas d'invalidité accordée au travailleur) et l'obligation de chercher à guérir, en se mettant entre les mains des professionnels de la santé compétents [13,18]. Mais le rôle du malade, nous le savons, est en train de changer. Le corps et l'esprit ne sont plus des phénomènes latents qui ressortent quand la maladie et la douleur font éruption dans la routine de la vie quotidienne [60]. Le capital santé et – nous pouvons ajouter – le capital santé mentale, deviennent de nouvelles valeurs et de nouvelles finalités vers lesquelles l'individu doit s'efforcer de tendre. Dynamisme, élan, résilience, flexibilité, adaptabilité sont des ressources psychologiques qui permettent de distinguer certains groupes des autres. La performance de plus en plus recherchée requiert, elle aussi, un travail sur la santé mentale. En même temps, ce travail de distinction produit lui-même les versants négatifs de la santé mentale : plus de dépressivité, d'anxiété, de stress, etc.

Une plus grande sensibilité aux notions de la santé mentale se manifeste aussi dans l'adoption d'un langage de sens commun qui réinterprète les problèmes et les expériences de la vie quotidienne en termes de santé mentale. Ceci n'est pas nouveau partout [19,20]. Mais dans le contexte actuel de la France cela prend un aspect paradoxal : les représentations sociales expriment toujours une très grande stigmatisation de la maladie mentale [21], et, dans le même temps on observe, à l'œuvre, une véritable déstigmatisation, comme en témoigne par exemple l'augmentation des recours aux professionnels « psy », voire même aux urgences psychiatriques, ainsi qu'une extension de ce type de recours pour les enfants et les adolescents [61]. Cette traduction en termes psychiatriques de toute une série de problèmes sociaux expliquerait pourquoi les psychiatres français disent être de plus en plus sollicités pour assumer de nouvelles demandes issues du monde médical et social (psychiatrie de liaison, soins aux victimes de catastrophe ou de maltraitance, etc.) ou de la société au sens large (délinquance, précarité, prisons...) [22]. N'oublions pas que le taux de psychiatres par habitant est le plus élevé en Europe, après l'Islande et la Suisse, et presque deux fois celui des Etats-Unis et du Canada [23].

4.4. Comment résoudre les problèmes définitionnels de la santé mentale ?

Quelles sont les conséquences des problèmes de définition et de ceux de l'usage social croissant des catégories de santé mentale et de souffrance psychique pour la surveillance de la santé mentale ? Bien qu'il ne soit pas dans l'objectif de cette mission de faire l'état des lieux des outils de mesure pour la surveillance de la santé mentale – une telle entreprise supposerait une étude en elle-même – nous pouvons esquisser le type d'indicateurs de santé mentale que pourrait comprendre un programme d'évaluation et/ou de surveillance de la santé mentale de la population. Ici, nous présentons les grandes lignes de ce type d'indicateurs, sans entrer dans les détails de leur contenu, lesquels sont plus déterminés par les besoins identifiés par les acteurs et les décideurs.

Dans le chapitre 5, nous présenterons les déterminants sociaux de la santé mentale.

Le champ de la santé mentale, dans l'esprit de cette mission, comprend à la fois la pathologie psychiatrique et les composantes de la "santé mentale" entendue dans son sens plus restreint. Le domaine de la pathologie psychiatrique, dans les études en population générale, pourrait alors inclure :

- les troubles mentaux tels qu'ils sont définis dans les nosologies courantes (CIM, DSM, etc.) ;
- le retentissement des troubles et des symptômes (handicap, incapacités, désavantage social, dysfonctionnement social).

Les dimensions de la santé mentale pourraient inclure :

- la détresse psychologique (entendue comme un état non-spécifique de mal-être mesurable avec des échelles psychologiques du type CES-D ou certaines questions du SF-36) ;
- le bien-être et d'autres dimensions positives.

Nous avons des hésitations concernant l'inclusion du bien-être et des autres dimensions positives : l'appréhension de la santé mentale est problématique, dans la mesure où elle étend potentiellement l'identification des problèmes à « tout le monde ». Une telle extension pose des problèmes aux politiques publiques, nécessairement obligées d'établir des priorités. En s'appuyant sur les constats du nombre important de psychiatres en France, mais sans nier l'existence de véritables problèmes de renouvellement démographique des professionnels de la psychiatrie, on peut se demander, par exemple, jusqu'à quel point il faut élargir le système pour s'adresser aux nouveaux types d'usagers et jusqu'à quel point il faut le réorganiser. En incluant, en particulier, les dimensions du bien-être et les autres dimensions positives dans le répertoire des mesures pour une surveillance de la santé mentale, on brouille nécessairement les frontières du domaine de la psychiatrie et de ces missions. De même, les échelles de détresse psychologique sont à interpréter avec prudence, car elles ne permettent pas toujours de différencier une condition aiguë d'une condition qui dure dans le temps⁵.

En revanche, la relation de ces variables « positives » à la morbidité psychiatrique est complexe. Les mesures de santé mentale positive peuvent indiquer des futurs problèmes de santé mentale. Le bien-être et la satisfaction de vie prédisent la santé mentale dans l'avenir. Des traits de personnalité ou dispositions psychologiques tel l'optimisme, l'espoir et le sens de la cohérence apparaissent comme des facteurs protecteurs contre une mauvaise santé mentale. Et la détresse psychologique est un prédicteur de mortalité (pour une revue des études utilisant ces indicateurs, [24]). La décision d'inclure ou non les mesures de santé mentale positive devrait faire l'objet d'un débat scientifique préalable à la mise en place d'un programme de surveillance de la santé mentale.

Nous reprendrons ces points à la fin du rapport, dans notre présentation des orientations. Ici, nous voudrions suggérer que la santé mentale et la souffrance psychique sont mieux appréhendées à travers leur mise en relation avec des phénomènes sociaux. Cette mise en relation prend deux formes : la mesure des déterminants sociaux ou des phénomènes associés à la santé mentale et la souffrance psychique ; l'analyse sociologique de leur apparition et de leur évolution. Dans le chapitre 6, nous présenterons une discussion des déterminants sociaux de la santé mentale.

⁵ Dans une analyse de la littérature épidémiologique sur la santé mentale des sans-abris aux Etats-Unis, nous avons montré comment les taux de maladie mentale allaient jusqu'à doubler ou tripler quand ceux-ci étaient mesurés par des échelles psychologiques, par opposition aux entretiens à visée diagnostique. Ceci avait des répercussions pas toujours souhaitables dans l'organisation de l'offre pour la population des sans-abris.

5. La place des déterminants sociaux de la santé mentale dans la surveillance

Nous l'avons vu, la surveillance en santé mentale, telle qu'elle est préconisée par les réseaux européens et l'OMS, se doit d'inclure les déterminants sociaux de la santé mentale. Elle prend en compte le fait que la plupart des problèmes et des troubles mentaux ont probablement une origine multifactorielle.

Dans une revue préalable au développement d'une série d'indicateurs de santé mentale pour un système intégré de surveillance sanitaire pour l'Europe, Korkeila [24] propose une série d'indicateurs sociaux pertinents. Cette série inclut des variables qui permettent de saisir aussi bien les changements dans le temps que les variations entre pays, tout en étant utiles aux activités de santé publique liées à la santé mentale, à la prévention et au traitement des troubles mentaux. Nous pouvons identifier cinq groupes d'indicateurs sociaux pertinents⁶ : les variables sociodémographiques, la position sociale, les conditions de vie, les réseaux sociaux, les événements de vie. Un sixième groupe serait constitué de variables psychosociales, voire psychologiques, telles les caractéristiques de la personnalité ou les styles de "coping" (les manières de faire face aux problèmes).

Les variables sociodémographiques et sociales sont fortement liées à la santé mentale et au trouble mental. Toutefois, elles sont associées à différents aspects des problèmes et des troubles mentaux. Elles peuvent soit contribuer à la cause, soit influencer sur l'évolution et/ou refléter les conséquences de ces troubles. Qu'elles soient causes ou conséquences dépend du type de troubles dans lesquels elles interviennent [25]. Par exemple, la position sociale est fortement associée à la schizophrénie. Cependant, elle semble être plus la conséquence que la cause de cette maladie. Un corpus important de recherches suggère que la plus grande prévalence des cas de schizophrénie en bas de l'échelle sociale est due à la mobilité descendante des individus d'origine aisée qui en sont atteints, ainsi qu'aux difficultés de mobilité ascendante des individus d'origine modeste ou pauvre eux-mêmes frappés par cette pathologie. Ce sont les retentissements de la maladie sur la vie (études, travail, relations sociales, etc.) qui aboutissent à cette stagnation sociale et qui expliquent ainsi la concentration disproportionnée des cas dans les classes les moins aisées. En revanche, il semblerait que la dépression puisse être déclenchée par des événements et des conditions de vie liés à la position sociale [26].

En ce qui concerne les variables sociodémographiques, le genre (sexe social) est un déterminant de la morbidité psychiatrique. Au sein d'un même trouble, la prévalence, l'évolution et même des caractéristiques telles que l'âge d'apparition ou la gravité des symptômes peuvent varier selon le sexe. La morbidité psychiatrique s'exprime dans des troubles différents selon le genre : la dépression est plus prévalente chez les femmes, les troubles liés à l'abus et/ou la dépendance à l'alcool et aux drogues et les troubles de la personnalité sont plus prévalents chez les hommes [27]. Le fait de ne pas être marié (célibataire, vivant seul, divorcé, veuf, jamais marié) est plus souvent associé à la mauvaise santé mentale [24], mais la force de cette association n'est pas la même selon le sexe.

Dans un sens – et c'est la position du rapport sur les mesures nécessaires à la surveillance en santé mentale soumis à l'Union Européenne [24] – ces variables démographiques ne sont pas sensibles au changement. Pourtant, en ce qui concerne le sexe, il s'agit à la fois d'un attribut et d'un rôle social. Autrement dit, le sexe est socialement construit dans la mesure où les rôles « sexués » varient d'un contexte à l'autre – dans leurs contenus et dans le sens qu'on leur attribue. L'indicateur « sexe » peut aussi désigner des rapports sociaux de pouvoir, lesquels ont un effet sur la santé mentale. Le sexe en tant que déterminant social de la santé mentale agit différemment selon les contextes ou les lieux. Par exemple, le fait d'être une mère vivant seule avec des enfants à charge est associé à la morbidité psychiatrique dans plusieurs études [28]. Au Royaume-Uni, ce résultat a donné lieu à la préconisation, au sein d'une politique de santé publique et à titre de prévention de la morbidité psychiatrique, de l'attribution d'une allocation plus importante de ressources aux femmes dans cette situation [10].

Les déterminants sociaux de la morbidité psychiatrique varient selon le sexe. Dans les enquêtes transversales européennes et américaines en population générale ayant utilisé des outils à visée diagnostique, l'absence d'emploi est la variable la plus souvent associée avec la morbidité psychiatrique mais uniquement chez les hommes. Le faible niveau d'études est associé à la présence d'un trouble psychiatrique chez les femmes, mais pas chez les hommes. Cependant, dans une étude française, le gradient de dépression selon le niveau d'études apparaît plus marqué pour les hommes que pour les femmes [26].

⁶ En fait, nous ne faisons pas le même regroupement que l'auteur du rapport.

La nature de la relation peut également varier. L'enquête nationale sur la morbidité psychiatrique en Grande-Bretagne et en Ecosse montre une relation en "U" inversé entre classe sociale et morbidité psychiatrique (névroses) pour les hommes, mais pas pour les femmes.

Le fait de disposer (ou pas) de différentes ressources sociales peut également être relié à la morbidité psychiatrique. Par exemple, toujours au Royaume-Uni, la durée d'occupation du domicile et l'accès aux voitures sont associés à cette morbidité, chez les hommes comme chez les femmes (et ceci, même après ajustement pour neutraliser le jeu de la classe sociale). Les indicateurs de conditions de vie inférieure sont aussi indépendamment liés aux névroses [62].

Il se peut aussi que les variables sociales puissent être associées à la prévalence mais pas à l'incidence des troubles, ou vice versa, comme le montre la comparaison des résultats d'enquêtes transversales et des résultats d'analyse de cohortes prospectives. Par exemple, la pauvreté est généralement reconnue comme étant une cause de mauvaise santé mentale [9]. Toutefois, dans une étude de cohorte anglaise, la pauvreté et l'absence d'emploi sont associées à la durée des épisodes de troubles psychiatriques, mais pas à la survenue des épisodes. L'association entre ces variables-là et la morbidité est moins forte que dans les études transversales. En revanche, les problèmes financiers (*financial strain*) sont indépendamment associés à la survenue et la durée des épisodes, y compris après ajustement aux autres conditions de vie [29]. Ces conditions de travail ont tendance à être étudiées au sein des cohortes de personnes qui travaillent, et ne le sont pas en population générale [26].

La relation entre indicateur de la position sociale et morbidité peut être spécifique de troubles particuliers (bien que peu de comparaisons de cette relation aient été menées *entre* troubles). La dépression a souvent été mise en relation avec la position sociale et les ressources matérielles. En France, le fait d'être titulaire du RMI a été associé à la dépression sévère chez les hommes [30]. Dans une autre étude française, l'emploi est le facteur socio-économique le plus fortement lié à la dépression, chez les hommes comme chez les femmes. Aux Etats-Unis, dans l'enquête ECA, la catégorie sociale n'est pas liée à la dépression. Dans l'enquête NCS, le fait d'être femme au foyer est associé avec la dépression [26].

Une notion relativement récente en santé publique est celle du capital social, souvent mesuré à partir des données de réseau social (pour un survol de cette utilisation, voir le recueil de Berkman et Kawachi [31]). Le capital social peut se référer aux caractéristiques d'un réseau personnel (par exemple, le nombre de personnes dans le réseau) aussi bien qu'au niveau de la participation et de l'action civique dans la communauté ou le quartier où demeure le sujet ou encore à des valeurs de solidarité. Bien que des études portant sur le capital social et la santé mentale ne font que commencer à apparaître dans la littérature scientifique, le concept est à creuser.

L'influence des réseaux sociaux sur la santé mentale semble attestée notamment quand la composante "événement de vie" est présente. Dans ces cas, le soutien social a souvent montré un effet positif, et les interactions « négatives » des effets nocifs sur la santé mentale [24]. (Rappelons que le « soutien social » n'est qu'un aspect du réseau social). Enfin, les ressources sociales – le soutien social et les autres attributs du réseau – sont distribuées de façon variable selon la position sociale [32].

L'ensemble des enquêtes sur les déterminants sociaux démontre clairement un rapport entre les inégalités sociales et la santé mentale. Pourtant – et ceci est important pour la surveillance de santé mentale – les déterminants précis de ces inégalités peuvent varier d'un contexte à l'autre, y compris d'un pays (ou d'une région) à l'autre. Une partie de la variation est certainement due à un effet d'artéfact et aux caractéristiques des enquêtes : la méthodologie, les définitions, les mesures, les conditions de mise en œuvre de l'enquête. Néanmoins, on doit faire l'hypothèse d'un résidu inhérent à la réalité elle-même et à son caractère diversifié.

Une réponse au problème que posent ces variations est de pencher le plus possible vers une harmonisation des mesures et des principes de surveillance, tout en permettant une spécificité de la démarche au sein de chaque pays. En même temps, il est important de mettre en place des enquêtes dans chaque pays (ou autre unité géographique), car bien que les facteurs sociaux soient liés à la santé mentale, leurs spécificités propres ainsi que leurs relations, varient selon les contextes. D'une part, certaines relations ne sont pas très robustes statistiquement parlant : elles ne s'observent pas de la même façon d'une série de données à une autre. D'autre part, la configuration des relations sociales et le sens donné à ces relations peuvent varier d'un lieu à l'autre, remettant en question la généralisation des résultats venant d'une étude contextualisée à d'autres contextes.

6. Les cadres d'interprétation des données de morbidité psychiatrique

Avant de présenter les sources de données sur la santé mentale et les troubles mentaux, nous présentons un cadre conceptuel que nous nommons « la construction sociale de la santé mentale ». Il devrait permettre de mieux comprendre les problèmes soulevés dans les parties précédentes quant à la définition et à la mesure de la santé mentale, ainsi que d'interpréter ces types de données, selon leurs sources, que nous présentons dans les chapitres suivants.

Ce cadre d'interprétation s'appuie sur la littérature scientifique, épidémiologique⁷ mais aussi sociologique et anthropologique. Il met en relation la reconnaissance profane (par le sujet ou son entourage) d'un problème de santé mentale avec les cas dépistés, l'offre de soin et l'utilisation des services, quelques clefs d'interprétation de ces données. Les données indiquent des choses différentes selon leur lieu de provenance, comme l'atteste la différenciation « cas traité », « cas non-traité » en épidémiologie psychiatrique. De même, il n'y a pas nécessairement de relation entre un diagnostic et un besoin de soin, en dépit de l'accent mis sur les normes de bonnes pratiques ou encore l'"evidence-based medicine" aujourd'hui.

Pour aider à évaluer l'importance et l'utilité de différents types de données, nous présentons ici un modèle conceptuel de la construction sociale d'un « cas » de trouble mental ou de problème de santé mentale. Cet exercice a pour objectif d'éclaircir les différences entre un symptôme, un trouble avéré, un besoin, un recours au soin et la prise en charge dans le domaine de la santé mentale.

Depuis au moins les années 1990, il est reconnu que beaucoup de problèmes de mauvaise santé mentale (*mental ill-health*) ou de maladie mentale ne trouvent pas de réponse – ou ne sont jamais pris en compte – dans le système de soin. Ce constat est souvent présenté comme étant un problème de besoins non-traités. La perspective de la construction sociale des « cas » récuse une proposition si simple. Elle aide à mieux comprendre les présupposés et les implications du débat actuel autour des besoins traités et non traités (*met and unmet need*). Elle montre aussi pourquoi l'état de la santé mentale d'une population ne peut pas être appréhendé uniquement à travers les indicateurs de prévalence. Elle éclaire le décalage entre les « cas » pris en charge par le système de soins ou ayant tenté un recours au système de soins, et ceux appréhendés lors des enquêtes.

6.1. Les étapes de la construction sociale d'un « cas »

La notion de « construction sociale » ne signifie pas que la maladie n'est pas « réelle », mais qu'à chaque étape dans le processus de désignation en tant que malade (ou pas) et de l'évolution de la maladie, des facteurs sociaux et culturels interviennent et déterminent en partie l'issue. On peut identifier cinq grandes étapes dans ce processus de construction du cas (voir le graphique n°1).

Les trois dernières sous-étapes (3, 4, 5) constituent les réactions à ce qui a été désigné comme « n'allant pas ». La troisième concerne l'expression d'un besoin et est élaborée ci-dessous. Pour l'instant, il suffit de spécifier que le besoin peut venir du sujet lui-même ou d'une autre personne. Par exemple, il est souvent reporté que les personnes en épisode psychotique ne reconnaissent pas toujours avoir besoin de soins, bien que leur entourage ou un professionnel le ressent. Il y a aussi plusieurs types d'aides envisageables : une intervention psychiatrique, une intervention médicale, ou une aide ne relevant pas du système de soins.

La quatrième étape formelle concerne la demande faite auprès du système de soins (ou ailleurs). Les demandes peuvent être à l'endroit du système formel (par exemple, vers un centre médico-psychologique de secteur, un médecin généraliste ou psychothérapeute libéral, etc...). La prise en charge demandée peut, en revanche, être informelle, comme dans le cas d'un groupe d'auto-support, un membre du clergé (prêtre, rabbin, imam, etc.) ou encore un guérisseur (magnétiseur, marabout, pour ne mentionner que quelques cas de figure en France). Enfin, à cette étape l'expression de besoin peut ne déboucher sur aucun recours, comme cela s'avère dans les cas de « petit cafard » ou de « rhume psychiatrique » qui se résolvent rapidement, ou encore s'il y a une erreur d'interprétation (symptôme qui s'avère signe d'un trouble somatique, etc...). Dans tous les cas de figure, une demande peut aboutir à une prise en charge (étape 5), à un refus de prise en charge, à une mise sur liste d'attente. Le demandeur peut aussi supprimer sa demande au bout d'un moment, par exemple, en se retirant d'une liste d'attente.

⁷ L'épidémiologie psychiatrique, comme l'épidémiologie sociale, d'ailleurs, est fortement influencée par la sociologie.

Enfin, la dernière étape montre la complexité de la prise en charge pour les problèmes de santé mentale et le chevauchement et/ou la co-existence de différents secteurs. Nous en avons identifié six dans le graphique n°1. Par exemple une demande peut aboutir à la prise en charge par un médecin généraliste ou un pédiatre (secteur libéral), par un dispositif du secteur de santé mentale spécialisée, par d'autres professionnels à vocation socio-relationnelle (psychothérapeute, travailleur social, etc.), par un dispositif médico-social d'autres services professionnels, par des services interstitiels (foyers d'urgence, boutiques bas-seuil), enfin par des prestations de non-professionnels (soutien social de l'entourage, du voisin, etc.).

Ce processus en étapes n'est pas linéaire ; il peut y avoir des retours en arrière. Par exemple, suite à la demande de soins et mise sur une liste d'attente, la personne qui s'est définie comme ayant un problème grave de santé mentale désigne "ce qui ne va pas" autrement, parfois en termes somatiques.

Graphique 1. De l'état de l'individu à la prise en charge de la maladie

DE L'ETAT DE L'INDIVIDU A LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE

Interprétation des états et comportements de l'individu :

- par l'individu lui-même
- par son entourage (famille, voisins, amis...)
- par des « agents sociaux » (police, employeur, assistante sociale, etc...)
- par un professionnel de santé



Reconnaissance de la maladie :

- maladie mentale
- problème de santé mentale
- autre problème (somatique, social, délinquance, etc...)
- aucun problème



Expression d'un besoin d'aide ou de soin :

- oui
- non

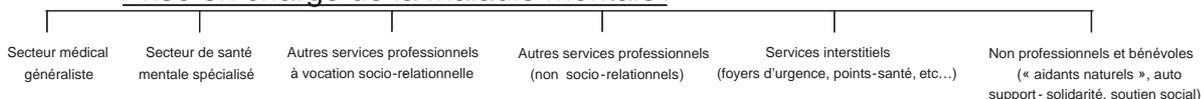


Demande d'une prise en charge :

- formelle (CMP, médecin généraliste, etc...)
- informelle (prêtre, auto-support, guérisseurs, etc...)
- aucune (« rhume psychiatrique », erreur d'interprétation, etc...)



Prise en charge de la maladie mentale :

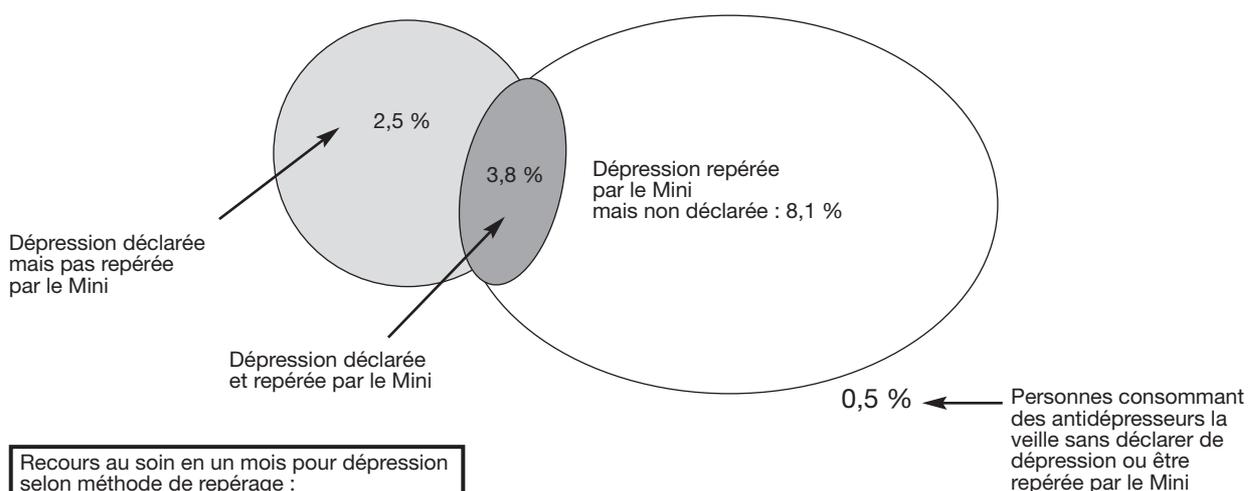


1. L'interprétation des états et comportements de l'individu, ou le repérage (par l'individu lui-même, par son entourage (famille, voisins, amis...), par un professionnel de la santé, etc.), de "quelque chose qui ne va pas".
2. La reconnaissance ou désignation de ce qui ne va pas comme maladie, problème de santé mentale, autre type de problème, etc. Comme dans l'étape antérieure, la reconnaissance peut venir d'un observateur, en désaccord avec d'autres observateurs ; du sujet lui-même ; du sujet et des observateurs, etc. Un comportement s'ouvre à plusieurs interprétations. Par exemple, un comportement agressif peut être interprété comme un acte de déviance sociale, comme un symptôme de dépression ou psychotique, etc. De même, des douleurs angineuses peuvent être considérées comme un signe de problème cardiaque, comme un symptôme d'anxiété, etc. Evidemment, différentes personnes peuvent tenir différentes interprétations, lesquelles font l'objet d'une négociation entre elles.
3. L'expression d'un besoin d'aide ou de soin.
4. La demande d'une prise en charge (formelle, informelle, ou aucune).
5. La prise en charge de la maladie.

6.2. Le repérage des cas par les outils de l'épidémiologie psychiatrique : des cas théoriques⁸

D'un point de vue sociologique, une maladie n'existe pas pour soi ou pour d'autres profanes si elle n'a pas été reconnue, même en termes « profanes » ou « non-scientifiques », en tant que telle⁹. Or, la construction d'un cas de trouble mental telle que nous l'avons présentée ici n'est pas la même chose que l'identification d'un cas par une enquête épidémiologique.

Graphique 2. Prévalence de la dépression chez les personnes de ≥ 16 ans : des résultats qui diffèrent selon les méthodes



Recours au soin en un mois pour dépression selon méthode de repérage :	
Déclaration seul :	40,9 %
Déclaration + Mini :	43,9 %
Mini seul :	8,1 %

Source : Le Pape et Lecomte (1999), pp. 17,33

On peut considérer les « cas » identifiés par des outils à visée diagnostique lors d'une enquête comme étant des cas *théoriques* de trouble mental, c'est-à-dire que ces « cas » ne sont pas nécessairement passés par l'étape de reconnaissance ou de désignation d'un état ou d'un comportement – par l'individu en question ou par quelqu'un d'autre – comme quelque chose de « troublant », « à problème », relevant d'un état de « malade », etc.

Le graphique n° 2 présente un exemple tiré d'une étude menée en France par le CreDES [34], sur un échantillon de foyers et selon des méthodes probabilistes. Les cercles représentent des sujets catégorisés comme des cas de dépression selon deux méthodes : leur propre déclaration du sentiment d'être déprimé, leur position par rapport aux critères de dépression mesurée à l'aide d'un outil standardisé à visée diagnostique (le Mini). Presque 12 % des sujets sont repérés par le Mini, comme ayant une dépression. Or, la plupart de ces cas (8,1 %) ne se reconnaissent pas comme ayant un problème de dépression. On peut les désigner comme des « cas théoriques » de dépression. Par contre, un cinquième (2,5 % de la population) se déclare déprimé mais n'est pas repéré par le Mini.

Ces écarts entre cas « théoriques » et cas « perçus » (reconnus par le sujet lui-même) ont une relation avec le recours au soin pour la dépression. Presque 41 % des recours au soin sont des sujets se déclarant dépressifs mais ne sont pas repérés par le Mini en tant que tels. Et un petit pourcentage des recours au soin pour la dépression – 8 % – ont été repérés par le Mini mais ne se considèrent pas comme dépressifs.

⁸ Le sociologue François Sicot distingue entre « maladie théorique », « maladie apparente » et « maladie prise en charge ». Il apporte une perspective sociologique sur « comment on devient malade mental » 33. Sicot F: *Maladie Mentale et Pauvreté*. Paris, 2001.

⁹ Beaucoup de maladies somatiques a-symptomatiques ne sont pas perçues et reconnues par le sujet atteint ou son entourage. Dans ce sens là, elles « n'existent » pas socialement. (Quelques exemples : les premiers stades des cancers non-dépistés, l'ostéoporose, l'hypertension...). La même observation peut être faite pour les troubles mentaux, on allant d'une dépression « légère » à même une paranoïa « fonctionnelle », qui permet au sujet de s'intégrer totalement dans sa vie quotidienne.

Ce type de résultat n'est pas limité à l'étude du CreDES. Toutes les grandes enquêtes en épidémiologie psychiatrique font état de ce problème : d'une part, il s'avère qu'une partie importante des "cas théoriques" n'est pas prise en charge, et d'autre part que pour une partie importante des sujets ayant eu un recours au soin, le trouble mental n'est pas repéré par l'outil diagnostique de l'enquête. Dans la ECA, moins d'un tiers des sujets correspondant à au moins une des douze catégories de troubles mentaux mesurés déclaraient avoir consulté un médecin, un psychiatre ou un autre intervenant thérapeutique, professionnel ou non-professionnel, au cours de l'année durant laquelle la maladie s'était manifestée. Dans le même temps, selon les mêmes critères de diagnostic, 80 % des sujets qui avaient consulté ne présentaient pas de pathologie mentale, toujours selon le DIS [35]. Nous pouvons faire l'hypothèse que ces corrélations s'expliquent par un plus faible accès aux soins et à une moindre couverture médicale aux Etats-Unis par rapport à la France et aux autres pays. Pourtant, nous l'avons vu avec l'étude CreDES [34], le phénomène existe aussi en France.

Nous avons vu que les enquêtes qui utilisent des critères plus stricts de "signification clinique", (la ECA, la NCS) produisent des taux de prévalence d'au moins un trouble mental nettement inférieurs, ce qui suggère une préalable surestimation du besoin [4]. De même, des procédures semblables menées dans le cadre d'enquêtes auprès des populations d'enfants et d'adolescents ont abouti, elles aussi, à une diminution des taux de prévalence du trouble mental par rapport aux analyses antérieures des mêmes données. Les critères plus stricts de "signification clinique" réduisent en particulier le taux des troubles moins sévères (par ex, la phobie simple) par rapport aux troubles plus sévères (par ex, la dépression).

Les conséquences pour la surveillance en santé mentale sont multiples. L'existence des troubles mentaux ne peut pas être repérée uniquement à partir du système de soins. En même temps, ce que l'outil diagnostique nous livre n'est pas clair et demande un travail d'analyse et d'interprétation. Une partie de l'écart entre « cas théorique » et « cas ressenti » pourrait être expliquée par les soi-disant « rhumes psychiatriques » (cas légers qui se résolvent sans être traités par un clinicien) et, plus généralement, par le manque de critères adéquats quant à la gravité ou aux retentissements des symptômes. En tout cas, ni le diagnostic ni la déclaration d'un problème ne semblent suffisants pour indiquer un besoin de soins. C'est ce point que nous allons traiter maintenant.

6.3. Les problèmes du besoin

Pour la santé publique, c'est le besoin au niveau populationnel qui est le plus pertinent. Un exemple assez connu de cette approche est ladite « étude de Colorado ». Elle utilise une modélisation statistique pour mettre en relation la prise en charge par le système de soins psychiatriques (mesurée par les admissions dans les hôpitaux, l'utilisation de services ambulatoires) et les caractéristiques socio-démographiques de l'aire desservie.

Dans cette étude, le besoin est défini par le fait d'être pris en charge. Toutefois, en examinant les caractéristiques de ces patients, il est possible d'identifier des dimensions du besoin. Le besoin se décline alors selon trois dimensions de la santé mentale (voir graphique n°3) : (1) le diagnostic de trouble mental, (2) le dysfonctionnement social, (3) la démoralisation ou détresse psychologique. Chacune de ces trois dimensions a une composante indépendante des deux autres et une composante qui chevauche les autres dimensions.

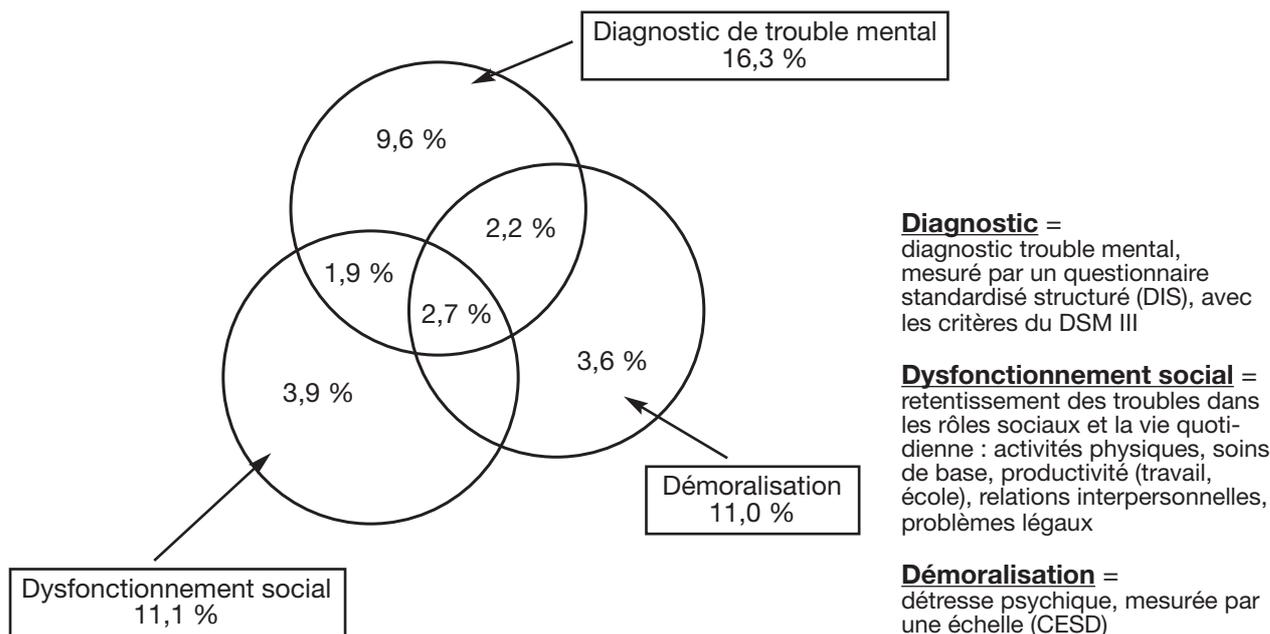
Par exemple, en appliquant cette définition, il est possible d'observer un besoin en santé mentale à cause d'un dysfonctionnement social (presque 4 % des cas) qui ne répond pas aux critères diagnostics de trouble mental et sans expression de détresse psychologique. De même, 3,6 % des sujets définis par cette méthode comme ayant un besoin en santé mentale expriment de la détresse psychologique, sans dysfonctionnement social ni diagnostic de trouble mental.

Le problème avec une telle approche est que le besoin est axé sur le fait d'être pris en charge, ce qui est tautologique. Il est possible que les dimensions se chevaucheraient différemment s'il s'agissait de les mesurer sans référence au fait d'être pris en charge ou non.

Le besoin peut se décliner aussi selon qu'il est « objectif » ou « subjectif ». Dans le premier cas, qu'on peut appeler « besoin normatif », le besoin est objectivé par un clinicien (application d'un savoir expert) ou un chercheur (application des critères définitionnels). Dans le deuxième cas, il s'agit de l'auto-perception ou de la perception par un tiers (profane) du besoin [36]. Le décalage entre besoin normatif et besoin auto-perçu a un effet sur l'utilisation des services. Un troisième cas de figure serait d'utiliser à la fois l'estimation que font les cliniciens et/ou les outils standardisés de mesure des besoins de soins (besoin normatif) et l'auto-perception par les sujets eux-mêmes de leur besoin. L'écart entre les deux peut avoir un effet sur l'utilisation des services de soins [36].

Cette situation pose, pour la surveillance en santé mentale, le problème de l'interprétation des données en rejoignant le problème des « cas théoriques ». Faut-il voir dans l'écart entre présence des symptômes (ou d'autres indicateurs) et l'absence de prise en charge, une non-réponse aux besoins (*unmet need*) ? S'agit-il, au contraire, d'une surestimation de la gravité des cas par les outils de mesure utilisés ? Comment mettre en relation cette opposition (sous-estimation – surestimation du besoin) et la tendance à interpréter les problèmes de vie en termes de santé mentale ?

Graphique 3. Trois dimensions de la santé mentale



Source : CIARLO JA, SHERN DL, TWEED DL et al. The Colorado Social health survey of mental health service needs. Evaluation and Program Planning, 1995; 15:133-147

7. Les besoins d'informations identifiés par les acteurs et décideurs dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale et dans les champs connexes

7.1. Les écueils de la méthode de sollicitation des besoins

Un des objectifs des entretiens avec les personnes ressources était de connaître les besoins d'information qu'ils identifient en matière de surveillance de la santé mentale. Avant de présenter les résultats de ces entretiens, nous voudrions faire quelques commentaires préalables.

Le premier tient à la nature nécessairement tautologique de notre approche. Les besoins formulés lors des entretiens sont nécessairement un reflet des domaines de spécialisation dans lesquels s'inscrivent les personnes ressources. Par exemple, les représentants des directions administratives auront plutôt tendance à mettre l'accent sur les composantes de l'offre de soins et les experts de l'information médicale sur les données recueillies et les possibilités offertes par des systèmes informatisés comme le PMSI. Ou encore, la violence chez les enfants et adolescents ressortira nécessairement comme un domaine à surveiller parce que nous avons interviewé le spécialiste de la question. De la même façon, les perspectives sont plus « centralistes », « régionales », « territoriales » etc. selon la position des personnes interviewées. Le manque de ressources en temps et en personnel ne nous a pas permis de faire une présentation plus exhaustive des différentes connaissances et points de vue sur la question des besoins.

En second lieu, on notera que les besoins d'information ne peuvent pas se réduire à une liste de troubles psychiatriques ou de problèmes de santé mentale. Ils nécessitent tout d'abord une hiérarchisation – point

que nous avons soulevé dans notre discussion sur les limites du domaine de la santé mentale. Dans une société ou de plus en plus de formes de mal-être, de souffrances sociales, de conflits, de besoins, de précarité de toutes sortes sont traduites en langage de santé mentale et de souffrance psychique, un programme de surveillance de la santé mentale se doit d'établir une hiérarchie de priorités. Les troubles et les problèmes ne peuvent pas non plus être isolés les uns des autres. Ils sont nécessairement liés à un *ensemble* de phénomènes et de besoins d'information.

Par exemple, plusieurs personnes ressources identifient les troubles mentaux graves comme étant prioritaires pour la surveillance de la santé mentale. Mais presque toutes estiment que le repérage de la prévalence par classe diagnostique est moins important – voire même inutile – que l'identification des besoins, des handicaps et/ou des incapacités liés à ces maladies et conditions. Loin de s'arrêter à un traitement uniquement médicalisé ou même épidémiologique (dans le sens restreint du terme) des troubles graves, il faut les traiter dans leur contexte réel, de vie quotidienne. Un autre exemple montre l'importance de ne pas extraire un indicateur d'un ensemble d'indicateurs connexes et d'un contexte social plus large. La surveillance des déterminants du suicide, selon les spécialistes interviewés, doit prendre en compte une série d'indicateurs et une situation : par exemple des hommes adultes, sous-employés ou au chômage, alcooliques et dépressifs, vivant peut-être dans une région géographique touchée par la crise économique. Selon d'autres personnes ressources, la compréhension du suicide peut être liée aux indicateurs des formes de violences envers autrui. De même, comprendre les problèmes de santé mentale pour les prévenir implique de ne pas les dissocier des liens sociaux et de l'organisation sociale dans laquelle ils émergent.

7.2. Les besoins évoqués

Les besoins en matière d'information et d'outils de surveillance en santé mentale formulés par les personnes interviewées se résument selon trois dimensions :

- les catégories de pathologie ou de santé mentale ;
- le type de population concernée ;
- les types de données à inclure.

7.2.1. Les cinq pathologies ou problèmes de santé mentale le plus souvent évoqués

▪ La dépression

Un des commentaires les plus souvent entendus était : "*il nous faut une grande enquête sur la dépression*" ou encore "*il faut dépister la dépression chez les adultes*".

Les personnes ressources font ainsi un double constat : d'une part, celui de l'augmentation depuis plusieurs années de la prévalence de la dépression, et d'autre part, celui du fait que beaucoup de personnes souffrant de ce trouble sont "sous-traitées" (voir la discussion ci-dessous sur le *unmet need*, ou besoins de soin non-réalisés).

L'étude CreDES "Prévalence et prise en charge médicale de la dépression France 1996-1997" de l'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) porte sur 10 000 personnes âgées de 16 ans ou plus, représentatives d'environ 95 % des ménages en France. La dépression est mesurée par deux indicateurs : l'auto-déclaration et un mini-outil de diagnostic standardisé, le MINI (sans précision quant à sa validité en population française). Parmi les sujets qui déclarent une dépression, 2,5 % ne sont pas repérés comme dépressifs par l'outil diagnostique ; en revanche, seulement 8,1 % de ceux repérés comme dépressifs selon l'outil déclarent l'être. La prévalence de la dépression basée sur une combinaison des deux mesures est de 20 % chez les femmes et de 9 % chez les hommes [34].

L'enquête Depres (Depression Research in European Society) a relevé, au moyen du MINI, un taux de dépression majeure de 7 %, de dépression mineure de 2 %, et de symptômes dépressifs de 8 %, en France (cité dans [37]). L'étude CreDES permet de prendre la mesure de l'augmentation de la prévalence des dépressions déclarées. En comparant les résultats des enquêtes décennales Insee sur la santé et les soins médicaux de 1970, 1981 et 1997, il est possible d'observer une multiplication par 6 des dépressions déclarées par les sujets (passant de 1,1 % en 1970 à 6,3 % en 1997).

L'étude CreDES soulève aussi le problème du sous-traitement (ou de l'absence de traitement). Elle montre que la prise en charge médicale au cours du dernier mois est élevée pour ceux qui se déclarent dépressifs. Mais que seulement 8 % de ceux dépistés par l'outil diagnostique comme ayant une dépression

ont eu recours aux soins dans le mois écoulé, et que 13 % ont consommé un psychotrope la veille de l'enquête.

Ces résultats semblent paradoxaux face à une autre série de données. Le CreDES avait remarqué en 1994 le très haut niveau de consommation de médicaments en France, y compris de psychotropes, par rapport aux autres pays européens. Le Centre envisage actuellement de comparer la prise en charge de la dépression en France avec d'autres pays par une analyse bibliographique et par des consultations d'experts.

Quelques nouvelles études devraient permettre d'estimer la prévalence de la dépression prise en charge. Une étude de la Drees propose d'analyser la vente des antidépresseurs en France depuis 20 ans. Une autre étude, de l'Unité 379 de l'Inserm, financée par la Mire, analysera les déterminants de l'hétérogénéité des pratiques de prise en charge des problèmes de santé mentale en étudiant les prescriptions d'antidépresseurs dans le cadre d'un panel représentatif de médecins généralistes libéraux de la région PACA. Il reste à savoir si l'étude sentinelle de psychiatrie libérale, proposée par la Fédération française de psychiatrie, pourra donner des éléments sur la prise en charge des cas de dépression par cette partie du secteur libéral.

Les études sur la vente ou sur la consommation des antidépresseurs sont limitées par le fait que les antidépresseurs sont utilisés dans d'autres indications que la dépression (par exemple, pour la dépressivité subclinique, l'anxiété, etc.). Ces études et celles menées auprès des médecins généralistes ne prennent pas en compte le recours des personnes souffrant de troubles de l'humeur et celles ayant recours à d'autres types de médecins (psychiatres...), ou à des thérapeutiques et des soins non médicamenteux ou encore les personnes qui ne sont pas prises en charge (*untreated*).

Des estimations de la prévalence de dépression traitée et non-traitée pourront être générées à partir de l'enquête sur l'évaluation des besoins dans des échantillons constitués en population générale (MGEN Fondation pour la santé publique), et ceci au niveau de plusieurs régions encore à déterminer.

Une fois la dépression identifiée comme problème, il reste les questions concernant le « comment la surveiller ». Selon les experts et la littérature la plus récente, il serait nécessaire de prendre en compte la différenciation entre les types de dépression selon la durée, la sévérité, les patterns de récurrence, la situation de vie, etc. (évoquées supra) ainsi que la signification sociologique du phénomène.

▪ Les troubles mentaux graves et durables

Pratiquement toutes les personnes interviewées (les psychiatres et les personnes au niveau ministériel) ont mentionné le besoin de données sur les troubles mentaux les plus graves. Pour certains, il y a danger que "la vraie folie" disparaisse derrière l'attention donnée à la santé mentale au sens large.

Toutefois, pratiquement tous les interviewés considèrent que ce n'est pas le comptage des personnes diagnostiquées avec ces troubles qui importe, mais plutôt le repérage des besoins et de la qualité de vie liés à ces maladies. Ces besoins dépassent largement le cadre médical parce que la prise en charge des personnes souffrant de ces troubles inclut différents types d'aide : le logement, l'accompagnement de la vie quotidienne, etc. La surveillance doit inclure les besoins dits sociaux, psycho-éducatifs, etc.¹⁰. Certains acteurs ont défini ces besoins des personnes souffrants de troubles graves comme étant "émergents", notamment à partir du moment où cette population se déplace des hôpitaux vers la cité, où dans les faits ce type de prise en charge fait faillite.

▪ Le suicide

L'importance des données sur le suicide, les tentatives de suicide et leurs déterminants a été évoquée. Il est largement reconnu que le suicide est un problème majeur pour la santé publique en France. Les suicides sont la première cause de décès entre 25 et 34 ans et la seconde entre 15 et 24 ans. Les décès sont majoritairement masculins et les tentatives majoritairement le fait des femmes (Badeyan et Parayre 2001). Certains groupes sociaux montrent une « sursuicidité » ; c'est le cas des détenus. En outre, leur taux accroit : entre 1980 et 2001, le taux de détenus s'étant donné la mort est passé de 10 pour 10 000 à 21,6 pour 10 000. Toutefois, la tendance en France est à la baisse des taux de suicide en population générale.

▪ La santé mentale et la souffrance psychique

Ce domaine a été évoqué par rapport à la question de sa délimitation : où commence la santé mentale, où s'arrête-t-elle ? Que doit prendre en compte la surveillance de la santé mentale au moment où la psychiatrie est appelée à traiter des problèmes qui dépassent traditionnellement son champ d'action ?

¹⁰ On peut même dire que ces domaines non-médicaux de la prise en charge, quand ils font faillite, deviennent des facteurs de risque pour l'aggravation des symptômes et des épisodes de la maladie.

Le terme de santé mentale a aussi été très souvent utilisé pour désigner une perspective de prévention ou encore une analyse qui ne porte pas uniquement des patients pris en charge par le système de soins tel qu'il existe actuellement.

▪ La santé mentale liée aux catastrophes et accidents collectifs

Pour certaines personnes-ressources, la surveillance de la santé mentale devrait traiter des problèmes émergents, d'alerte ou encore d'urgence. Certains ont même fait l'analogie avec la surveillance des maladies infectieuses, en se posant la question de savoir en quoi la santé mentale – en dehors des situations d'urgence – peut relever des objectifs de la surveillance.

Il semblerait que plusieurs accidents collectifs et catastrophes (l'explosion de l'usine AZF à Toulouse, les inondations dans plusieurs départements, les prises d'otages, les attentats terroristes à Paris, à l'aéroport de Marseille, etc.) de ces 20 dernières années aient mis en relief l'importance de l'épidémiologie et de l'organisation des soins liées aux situations d'urgence. Des dispositifs de surveillance dans ce domaine sont en cours d'intégration dans les systèmes de veille sanitaire de plusieurs pays. Les troubles de la santé mentale sont une des séquelles importantes de ce type de traumatisme. Les troubles mentaux et les problèmes psycho-sociaux peuvent apparaître à différents moments suite à l'exposition à l'événement traumatique.

La surveillance dans ce domaine semble importante, elle nécessite des outils spécifiques, notamment les *rapid assessment tools* et des méthodes particulières, efficaces et rapides à mettre en place qui ne relèvent pas des outils et méthodes utilisés dans d'autres domaines de la surveillance en santé mentale. L'évaluation des interventions (en différenciant, par exemple, interventions précoces et ultérieures) et le suivi des populations atteintes font partie d'un champ en construction en France.

▪ Les autres pathologies évoquées

La violence a été relevée comme un problème par quelques personnes-ressources. Toutefois, son rapport avec la santé mentale est présenté comme problématique. Selon les experts interviewés et les rapports français consultés, la plupart de cas de violence dont parlent les institutions (écoles, justice, etc.) ne sont pas liés aux troubles psychiatriques. Il reste à savoir s'il faut considérer la violence comme étant un problème de santé mentale. La perspective de santé mentale et de santé publique les recadrent dans un ensemble d'indicateurs sociaux. Il nous a semblé que ce thème nécessitait un approfondissement qui dépasse la présente mission.

Des personnes ressources ont relevé le besoin d'informations sur les traumatismes crâniens, les handicaps mentaux et les démences. Les handicaps mentaux constituent un domaine de surveillance en soi, et il a semblé difficile de les traiter dans une étude sur la surveillance de la santé mentale. En outre, il semble y avoir confusion, même dans le secteur public, entre « handicap mental » et le handicap associé à un trouble mental.

La décision de ne pas inclure les traumatismes crâniens et la démence dans cette mission a été prise par le DMCT. Ceci ne signifie pas qu'ils ne méritent pas d'attention. Ils sont traités très brièvement à la fin de ce rapport.

7.2.2. Des populations spécifiques à cibler

En dehors de la population « générale » – les adultes vivant en dehors des institutions – trois populations spécifiques ont été le plus souvent identifiées pour une surveillance éventuelle en santé mentale.

▪ Les enfants et les adolescents

Pour certains décideurs rencontrés, *"la question des besoins des enfants et de la pédopsychiatrie est prioritaire"* en regard du manque de données et des difficultés de mener des enquêtes dans cette tranche d'âge. Dans leur état des lieux des données épidémiologiques sur la santé mentale, V. Kovess et F. Casadebaig mettent en évidence la quasi absence d'informations sur la santé mentale des enfants en France. La nécessité de conduire des enquêtes auprès des enfants est une des conclusions du groupe d'experts franco-québécois mis en place par la DGS pour faire le point sur les indicateurs de besoin nécessaires à la planification en santé mentale. Les données disponibles concernant les adolescents sont plus nombreuses. Toutefois, la lecture de rapports tels que celui du Haut Comité de la santé publique, « *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes* » [38] ou des rapports de groupes travaillant sur la question de la violence et la santé mentale des jeunes, montre qu'il reste nécessaire de mieux connaître l'état de la santé mentale et les facteurs de risques pour les troubles et problèmes de cette tranche d'âge.

Le rapport de l'expertise collective de l'Inserm, présenté le 6 février 2003, recommande l'amélioration du dispositif de surveillance systématique existant et le suivi des enfants et adolescents "à risque". Il met l'accent sur les troubles psychiatriques les plus graves, et sur les symptômes de mauvaise santé mentale qui peuvent prédire la survenue d'un tel trouble. Cette recommandation rejoint les suggestions mises en avant par les pédopsychiatres interviewés, notamment en ce qui concerne les examens à différents stades de l'évolution de l'enfant (deux premières années, entrée en maternelle, entrée en primaire, pré-adolescence, adolescence) et la mise en œuvre de cohortes prospectives. Ce dernier aspect semble particulièrement important parce que les symptômes et les états pathologiques des enfants peuvent évoluer ou disparaître lors de leur développement, et ce peut être de façon plus marquée que chez les adultes. En fait, à la différence de la santé mentale des adultes, la littérature scientifique fait état d'un manque d'enquêtes "faisant autorité" en épidémiologie psychiatrique sur la santé mentale des enfants [4].

Il faut noter qu'une enquête sur la santé en milieu scolaire (grandes sections de maternelle, CM2 et classe de 3^{ème}) existe depuis 4 ans, pilotée par la Drees et l'éducation nationale. Elle ne comporte pas à ce jour de questions sur la santé mentale des enfants. Il semble que les études sur ce thème se heurtent en milieu scolaire tant aux réticences de certaines administrations et corps professionnels qu'à la complexité de l'appréhension des troubles par des outils de recherche fiables et valides. Toutefois, pour les 14-15 ans la passation d'un auto-questionnaire sur leurs relations, la santé perçue, la qualité de vie, en 40 questions (Sanmarco et Auquier) vient d'être proposée à l'éducation nationale. Ces études concernent 8 000 élèves, avec parfois une extension régionale à 30 000 élèves. L'école est considérée comme un lieu privilégié pour des enquêtes à peu près représentatives. D'autres enquêtes locales ont été menées avec la participation des médecins scolaires avec un bon taux de réponses et l'académie de Versailles semble prête à inclure un volet santé mentale, sous la direction du Dr. V. Kovess.

Plus généralement, une étude d'évaluation des besoins (MGEN Fondation pour la santé publique) contient un volet facultatif pour étudier la santé mentale et les besoins des enfants entre l'âge de 6 et 12 ans. Spécifiquement, il a pour objectifs :

- l'évaluation des prévalences des problèmes de santé physique les plus fréquents dans la population des enfants de 6 à 11 ans inclus ;
- l'étude des principaux facteurs de risques sociaux et psychologiques pour la santé mentale des enfants ;
- l'étude de l'utilisation des services de santé.

Les méthodes incluent un interview téléphonique avec un des parents, un interview à domicile avec la mère et au moins un enfant, et un interview avec l'enseignant de l'enfant. L'outil principal est le "Dominique Interactif", test validé en France.

Il a été remarqué que la santé mentale des enfants et adolescents placés dans les institutions médico-sociales doit aussi être prise en compte dans un programme de surveillance.

▪ Les détenus

Le besoin d'une surveillance régulière de la santé mentale des détenus a été évoqué à plusieurs reprises. La DGS, en partenariat avec la DAP (Direction de l'administration pénitentiaire) du ministère de la Justice, a mis en place deux études auprès des détenus, l'une sur la santé mentale des personnes détenues en France (étude prospective avec mesures sur 1 jour, 6 mois, 1 an), l'autre sur la santé mentale des entrants en prison.

▪ Les personnes prises en charge par des services interstitiels

Le terme « services interstitiels » [39] que nous avons défini ailleurs décrit bien la situation actuelle de prise en charge de certaines populations atteintes de troubles psychiatriques ou de problèmes de santé mentale en France, et commence à être évoqué dans la littérature [63]. Il s'applique à une certaine catégorie de populations qui posent des problèmes particuliers pour la surveillance de la santé mentale.

Un nombre inconnu de personnes présentant des problèmes de santé mentale ou de troubles mentaux est pris en charge par des services et des dispositifs qui ne sont pas, au sens formel, psychiatriques ou psycho-éducatifs. Ce phénomène est actuellement lié à une grande difficulté à dissocier les problèmes psychiatriques des problèmes sociaux, mais aussi, selon certains observateurs, à la tendance du secteur psychiatrique à traiter les patients les plus stables. Or, ces services et dispositifs qui ne relèvent pas du système de soin psychiatrique font partie, de facto, d'une sorte de système de soin. Ils sont interstitiels. L'interstitialité se réfère à leur caractère excentré par rapport aux hôpitaux, à leur position quelque part entre le centre hospitalier et le centre médico-psychologique du secteur. En témoigne aujourd'hui la floraison d'équipes mobiles, de services de proximité, de boutiques et d'approches "bas seuil", de services dans des foyers etc., mais aussi de points-écoute, de points-santé, d'intervenants de l'urgence,

etc. L'interstitialité emploie des techniques dites de proximité : la simple présence d'un professionnel-ressource prêt à écouter et à accompagner une demande, l'orientation vers d'autres services, la réorganisation d'autres ressources, la médiation entre usagers et offres diverses de soins ou non, etc. La cible de ces services est souvent une population aux marges, dont les droits ne sont pas entièrement reconnus et dont l'accès aux services de santé est difficile.

Ces lieux présentent des points d'observation jusqu'à présent peu exploités pour examiner les problèmes psychiatriques et les problèmes de santé mentale y compris ceux émergents. L'Unafam (Union nationale des amis et familles de malades psychiques) s'intéresse au problème de surveillance de sujets qui ne sont pas pris en charge par les secteurs psychiatriques publics et/ou qui sont perdus de vue, et dont un pourcentage pourrait être en contact avec des services interstitiels. Les services interstitiels révèlent des zones d'ombre où les services adéquats et appropriés sont absents, des défaillances dans le système de soin. L'Unafam ajoute à cette liste des lieux et des institutions où se trouveraient des personnes souffrant de troubles psychiatriques non pris en charge : la police, les ANPE, les prisons et les centres de formation.

▪ Les groupes exposés à des conditions de travail nocives (harcèlement moral, stress, etc.)

Prendre en compte la santé mentale des travailleurs semble important, étant donné la proportion de la population française dans cette situation et l'évidence d'un gradient social pour toutes sortes d'indicateurs de morbidité et de mortalité dans ces populations. Plus récemment, les problèmes de stress et de harcèlement moral dans les lieux de travail ont été très médiatisés.

Selon les documents d'élaboration de la loi d'orientation en santé publique, il existe en France peu d'indicateurs fiables sur les conditions de travail et sur leurs effets en matière de santé mentale. Les premières études françaises montrent l'influence psychosociale des conditions de travail sur la santé mentale [40,41]. Le besoin d'améliorer la surveillance épidémiologique des expositions aux facteurs professionnels potentiellement associés aux problèmes de santé mentale est toutefois reconnu, comme l'est celui de l'amélioration des dispositifs existants et des registres de maladies.

D'après les personnes interviewées, le corpus de connaissance développé en particulier dans les années 80 a produit des modèles utiles sur le rapport entre conditions de travail et santé mentale ; ils ont récemment été appliqués en France. Mais selon les mêmes personnes, ils ne prennent pas en compte les transformations du monde du travail à partir des années 1990.

Le Département santé travail de l'InVS s'est récemment engagé dans le domaine des conditions de travail et santé mentale. Il s'est associé en multipartenariat à une tentative d'explorer, dans une région du centre de la France, la faisabilité d'un recueil d'informations pertinentes pour la surveillance de la santé mentale à partir du système d'assurance maladie. Un volet pourrait partir des cas d'arrêts de travail pour trouble mental pour ensuite chercher les caractéristiques de l'activité professionnelle commune à cette catégorie d'arrêt. Un deuxième volet construirait un échantillon de travailleurs, tous secteurs d'activité confondus, auprès desquels seraient examinés les conditions de travail et l'état de santé mentale. L'idée est d'identifier des secteurs de travail particulièrement associés aux problèmes de santé et de maladie mentale.

Le Département participe aussi à une étude à plusieurs volets en médecine du travail, sur des secteurs spécifiques de l'industrie de la viande.

▪ Les autres populations spécifiques

D'autres populations spécifiques ont été évoquées, mais n'ont pas pu être traitées à cause des contraintes de la mission. Il s'agit :

- des "aidants naturels" et de l'entourage des personnes souffrant de troubles mentaux graves. L'enquête sur l'évaluation des besoins contient un volet sur les aidants ;
- des endeuillés au sein de l'entourage des suicidés ;
- des victimes et auteurs d'agressions sexuelles.

7.3. Les types de données à inclure dans la surveillance de la santé mentale

Certains types de données ont été évoqués à plusieurs reprises comme étant importants à recueillir dans toute démarche de surveillance ou d'évaluation de la santé mentale de la population. Ces données correspondent mieux aux objectifs des enquêtes sur l'état de la santé mentale qu'à ceux des enquêtes sur la santé aux multiples visées. Les informations recherchées reflètent un changement de perspective :

la transition d'une prévalence plus importante des maladies infectieuses et aiguës vers des maladies chroniques. Cette transition épidémiologique s'accompagne d'une transition conceptuelle et pratique vers une plus grande attention portée à la gestion et à la qualité de vie de la personne souffrante.

Au moins quatre types de données ont été souvent évoqués. Ces données sont en grande partie transversales aux pathologies et populations :

- **La qualité de vie et les concepts connexes, comme la satisfaction des usagers**

La qualité de vie comprend, bien évidemment, des composantes objectives et subjectives. Cette notion est liée à celle des besoins exprimés par les personnes souffrantes ou par leur entourage qui sont souvent la face négative d'une mauvaise qualité de vie, ou d'une insatisfaction avec les ressources et les formes de prises en charge existantes.

- **Le besoin**

Il existe, parmi les personnes interviewées, un consensus pour reconnaître l'importance d'évaluer les besoins, plutôt que de s'arrêter aux diagnostics et aux symptômes des troubles psychiatriques et des problèmes de santé mentale. Ces besoins, nous le verrons, dépassent de loin le recours aux soins psychiatriques. La sensibilisation au besoin est certainement influencée par la démarche du groupe de travail franco-québécois sur les besoins en santé mentale [8], mise en place par la Direction générale de la santé.

Pour certaines personnes interviewées, il faut voir dans l'expression du besoin les défaillances institutionnelles, lesquelles encourent des risques pour l'état des patients. Cette perspective concorde avec les principes établis par le législateur. Parmi ses objectifs, la future loi d'orientation en santé publique a inscrit l'identification des personnes à risque ainsi que l'assurance de leur accès aux traitements efficaces (les décideurs et acteurs interrogés lors de cette mission étendent le contenu de cette offre aux services sociaux et médicaux et aux ressources matérielles et sociales). La loi de planification sanitaire énonce que l'offre doit s'axer sur les besoins et non sur l'existant (par exemple, les indices d'utilisation de lits psychiatriques).

Toutefois, certains acteurs et décideurs remarquent l'importance de bien délimiter par rapport à quoi le besoin est important. Dans le cadre d'un système de soins inégalement reparti, il est important d'examiner les besoins spécifiques à une région ou à une localité.

8. Les sources d'information ayant un intérêt pour la surveillance en santé mentale I :

les données medico-administratives concernant les cas traités

Dans ce chapitre, nous présentons la première partie des résultats de notre recueil et de notre analyse d'informations sur les données qui existent en France et qui ont un intérêt pour la surveillance en santé mentale. Avant de présenter l'offre de soins en psychiatrie, il nous faut faire quelques rappels sur les unités d'observation de la santé mentale : le système d'offre de soins et la "population générale". L'appréhension de la santé mentale se réalise donc à partir de deux types de recherches ou de statistiques : celles portant sur le système de soins et ses usagers ; celles portant sur la population générale. Ces deux types de recherches ou de statistiques peuvent concerner des échantillons représentatifs de l'ensemble ; celles portant sur le système de soins et ses usagers peuvent saisir une composante du système et ses usagers dans leur exhaustivité. La santé mentale dite de la "population générale" présente l'avantage de prendre en compte à la fois les sujets qui reçoivent des soins ("traités") et les sujets qui ne sont pas pris en charge par le système de soins. Toutefois, les deux catégories – traités et non-traités – ne sont pas à confondre avec des « cas » et des « non-cas » de trouble mental : les personnes qui ne souffrent pas d'un trouble mental peuvent être prises en charge en psychiatrie ; de même, une partie considérable des personnes souffrant d'un trouble mental ne reçoit pas de soin ou d'aide¹¹. Ces écarts ont été discutés plus longuement dans le chapitre 6.

Dans cette partie, nous présentons le type de statistiques, d'enquêtes et d'études existant en France qui portent sur l'offre de soins et sur la population prise en charge en psychiatrie. Il s'agit de ce que nous

¹¹ Nous ne rentrons pas ici dans une discussion sur les différences entre la conceptualisation du trouble mental en termes catégoriques ('cas', 'non-cas', ceci est la perspective des nosologies modernes du type DSM ou CIM) et en termes continus et dimensionnels (des échelles de détresse, ou encore la notion de santé mentale comme allant du "positif" au "négatif", ou, selon d'autres conceptualisations, du "normal" au "pathologique").

avons pu identifier jusqu'à présent. Ensuite, nous présentons une notion qui s'avère intéressante par rapport à ce type de données : les événements – sentinelles du système de soins. Enfin, nous identifions des points d'observation de la santé mentale à partir du système de soins psychiatriques qui ne sont que peu ou pas encore pris en compte. Nous y ajoutons des points d'observation en dehors des services et des dispositifs psychiatriques.

8.1. Statistiques et enquêtes sur les établissements et les secteurs en psychiatrie

8.1.1. Les dispositifs de recueil de données médico-administratives

Deux dispositifs principaux de recueil régulier de données statistiques existent en France pour le secteur psychiatrique : les statistiques annuelles des établissements de santé (SAE) et les rapports annuels de secteurs. Un nouveau dispositif, le programme médicalisé de système d'information (PMSI) – Psychiatrie, est actuellement en cours d'expérimentation. Une collecte annuelle sur les établissements non sectorisés est en préparation à la Drees.

A ces statistiques, il faut ajouter les enquêtes en "coupe transversale", réalisées sur des années particulières. Enfin, l'enquête menée récemment sous l'égide de l'Insee avec un partenariat important – l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) – contient un volet sur les personnes hospitalisées en soins psychiatriques en 1998 [42].

Nous présentons ci-dessous la pertinence de ces différentes catégories de statistiques et de données pour la surveillance en santé mentale.

La SAE recense les équipements, l'activité et les personnels médicaux et non-médicaux des établissements de santé publics et privés. Elle fournit des éléments pour décrire l'offre de soins d'hospitalisation en psychiatrie.

Les rapports de secteurs recensent des données d'équipement, de personnel, d'organisation des soins, de pratiques professionnelles et d'activité dans ces dispositifs constituant 80 % de l'offre de soins non libérale en psychiatrie.

Trois modalités de soins sont pratiquées par les secteurs :

- les soins en ambulatoire – les centres médico-psychologiques (CMP, considérés comme le pivot du dispositif de soins du secteur), la psychiatrie de liaison en unités somatiques, les soins à domicile ou dans des unités substitutives au domicile (maisons de retraite, prisons...) et les autres soins ambulatoires ;
- les soins à temps partiel – les hôpitaux de jour, les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), les ateliers thérapeutiques, et les hôpitaux de nuit ;
- les soins à temps complet – les hospitalisations à temps plein (CHS, CHG, CHR, et établissements privés participant au service public), les centres de post-cure, les appartements thérapeutiques, l'accueil familial thérapeutique et l'hospitalisation à domicile.

Dans les rapports de secteur, la file active mesure l'activité des secteurs. Elle compte le nombre total de patients pris en charge dans l'année. Chaque patient est compté une fois par secteur (ambulatoire, temps partiel, temps complet), quel que soit le nombre de recours au secteur dans l'année. Par contre, "*sachant qu'un même patient peut être suivi dans divers modes de prise en charge au cours de la même année, la somme des files actives par mode ou par niveau de prise en charge est supérieure à la file active totale*" [43]. Il ne s'agit donc pas d'un recensement ou d'une description de l'ensemble des patients, à proprement parler, mais d'un indicateur d'activité.

Ce système statistique qui était annuel a été transformé en 2000 par des recueils de données effectués désormais tous les 3 ans, mais plus complets notamment afin de mieux décrire l'organisation des soins et les pratiques professionnelles.

Les "coupes transversales" se différencient de la file active parce qu'elles portent sur tous les patients présents dans l'établissement sur une période donnée. Ceci entraîne un "biais de prévalence" par la sur-représentation des personnes présentes pour longue durée : plus le séjour est durable, plus grande est la probabilité d'être inclus dans l'échantillon. Ces données penchent, donc, vers les troubles plus graves.

Ces enquêtes ont été réalisées en 1988 (adultes), 1996 (enfants) et 1998 (adultes) par le Centre collaborateur pour la recherche et la formation en santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS-Inserm) et la Direction générale de la santé (DGS).

L'enquête de 1998 inclut un échantillon constitué par une personne sur deux prises en charge par les secteurs de psychiatrie générale et par l'ensemble des personnes prises en charge dans les cliniques psychiatriques privées et dans les établissements de réadaptation et de post-cure (Boisguérin, Casadebaig and Quemada 1999). Les données incluent des variables socio-démographiques et de psychopathologie.

L'enquête nationale sur la population prise en charge par des établissements de psychiatrie menée actuellement par le Groupe français d'épidémiologie psychiatrique et la Drees reprend la méthodologie des enquêtes précédentes. Elle est cette fois-ci exhaustive sur toutes les structures sanitaires de psychiatrie publique et privée et inclut (comme en 1996) les CMPP¹², structures médico-sociales qui ont une activité proche de celle des CMP des secteurs infanto-juvéniles. Des données supplémentaires comme les tentatives de suicide, le département de résidence, la profession ont été apportées.

Des études croisées entre ces données, celles des rapports des établissements sectorisés et non sectorisés (en 2003) ainsi que des données géographiques de description des populations (Insee) pourront permettre une description plus fouillée des disparités constatées dans l'offre de soins.

Le volet de l'enquête HID concernant les établissements ayant des services de soins psychiatriques porte sur un échantillon de personnes hospitalisées en psychiatrie fin 1998. Les services psychiatriques des hôpitaux généraux ne sont pas comptés, mais des analyses statistiques suggèrent que cette omission ne change pas les résultats de façon significative [42]. Elle porte surtout sur les caractéristiques sociales et sur les handicaps et les incapacités des sujets. Les patients échantillonnés en 1998 ont été réinterrogés en 2000.

Le Groupe français d'épidémiologie psychiatrique et la Cnam Ile-de-France ont collaboré à une enquête exhaustive des patients (adultes et enfants) des hôpitaux de jour et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel en Ile-de-France. Cette étude permet d'avoir une description détaillée des patients de ces structures considérées comme des alternatives à l'hospitalisation en service psychiatrique.

8.1.2. Apports et limites des statistiques et des enquêtes

Les SAE et les rapports de secteurs ont permis de faire d'importants constats quant à l'état de la santé mentale de la population au cours des dernières années. Elles ont montré une augmentation importante des recours aux soins entre 1989 et 1997. La file active en psychiatrie générale a augmenté de 46 % en dix ans, pour atteindre 1 million en 1997. La file active en psychiatrie infanto-juvénile, quant à elle, a augmenté de 33 % en six ans [37].

Ces statistiques représentent l'utilisation des services, mais n'ont pas vocation à représenter le besoin ni la demande de soins de la population. Toutefois, on peut mettre ces résultats en relation avec les données analysées par le CreDES qui montrent :

- (1) - une augmentation de la dépression auto-déclarée en population générale [34] ;
- (2) - une augmentation des motifs de recours pour troubles mentaux de tous types, à l'exception des psychoses, entre 1992-1997. L'augmentation de la file active peut alors être interprétée comme indicative d'une augmentation des besoins, et ceci pour des troubles mentaux incapacitants.

L'analyse de ces statistiques institutionnelles montre aussi une grande variabilité dans la répartition territoriale du système de soins, avec des écarts entre les départements allant de 1 à 9, comparés à 1 à 4 dans les disciplines de court séjour somatique. Les interprétations avancées sont que cette variabilité ne se justifie pas par la distribution des besoins de soins, mais par les problèmes d'organisation de l'offre [37].

Ces rapports de secteurs ne prennent pas en compte la psychiatrie privée ; toutefois la sectorisation représente 89 % de la psychiatrie en établissements¹³. Ils n'incluent pas non plus les structures non sectorisées ; la Drees est en train d'étendre le champ des statistiques à ces structures.

¹² Les enfants et les adolescents souffrant de troubles plus graves (psychoses, par exemple) sont cependant davantage pris en charge par les CMP et le secteur public (Bourcier, 2002 #23).

¹³ Les établissements de santé publics incluent les CHS, les services de psychiatrie en hôpital général et les hôpitaux psychiatriques privés (ou encore établissements privés participant au service public) qui sont reconnus officiellement comme participant à la "lutte contre les maladies mentales" et sont habilités à accueillir les patients en hospitalisation sous contrainte (Guilmin, 2000 #40). Les établissements privés incluent les cliniques et foyers de post-cure et les services psychiatriques privés (services de psychiatrie des cliniques générales).

Les files actives n'incluent pas les personnes prises en charge dans le champ médico-social (centres d'aide par le travail, ateliers protégés, foyers d'hébergement ou d'occupation pour adultes handicapés, les maisons d'accueil spécialisées, les foyers à double tarification pour adultes handicapés lourds). Pourtant ces structures concernent une partie de la population des personnes souffrant de troubles mentaux. Et elles répondent à des besoins liés à la réinsertion sociale ou à la réadaptation, voire à la déficience et au handicap qui peuvent faire partie intégrale de l'expérience d'une maladie mentale. Ne pas prendre en compte ces services signifie ignorer une partie importante de la prévention tertiaire.

La psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) pose des problèmes particuliers quant aux statistiques. Premièrement, elle est étendue à travers des champs publics, privés et associatifs. Elle comprend les structures des secteurs sanitaire, médico-social, social et scolaire. Si les files actives de tous ces secteurs sont théoriquement mesurables [44], elles le sont inégalement en pratique¹⁴. Deuxièmement, et selon certains experts, la PIJ est caractérisée par une "forte dimension communautaire" dans laquelle l'hôpital ne tient pas une position centrale. Une grande partie du travail est partenarial. Or, ces activités ne sont pas prises en compte de façon régulière ou de manière harmonisée [45].

8.2. D'autres points d'observation des besoins, des demandes ou de la prise en charge des troubles mentaux et des problèmes de santé mentale

L'intérêt des enquêtes en population générale est discuté ci-dessus. Ici, nous présentons quelques autres points d'observation possibles à travers lesquels la santé mentale peut être appréhendée.

8.2.1. Les listes d'attente des services sanitaires et médico-sociaux

Des analyses systématiques de ces listes pourraient donner des indications de besoins. Les listes d'attente sont importantes dans pratiquement tous les domaines de la psychiatrie de secteur et de la psychiatrie infanto-juvénile, mais il existe peu d'informations valides sur la nature de la demande ou sur le suivi des patients.

8.2.2. Les urgences psychiatriques et médico-psychologiques

Des statistiques et des enquêtes menées à partir de ce type de service peuvent révéler les demandes, les pathologies, les difficultés émergentes, les changements dans les pathologies à travers le temps et les dysfonctionnements quant aux modes de prise en charge et aux modes d'accès aux soins, pour ne citer que quelques facteurs. Quelques études sont actuellement en cours ou prévues.

8.2.3. Les commissions d'orientation

Deux commissions sont des lieux d'observation privilégiés de la demande de soins et de la demande d'aide pour les déficiences et les difficultés liées aux troubles mentaux : les commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) et les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep), commissions qui concernent tous les handicaps, et pas uniquement le handicap psychique. Ces commissions produisent des informations administratives et leur système d'information est plus avancé en matière d'enfance et d'adolescence que chez l'adulte. Des enquêtes sur l'activité de ces commissions existent au niveau des départements, mais pas au niveau national.

8.2.4. La psychiatrie libérale

- La psychiatrie libérale

Un pourcentage inconnu de personnes souffrant de troubles mentaux est pris en charge par les psychiatres libéraux. Dans le passé, des enquêtes auprès des psychiatres exerçant en médecine libérale ont posé beaucoup de problèmes, notamment en ce qui concerne leur taux de participation.

¹⁴ Ce constat est à approfondir et à vérifier lors des futurs entretiens.

Dans une enquête menée auprès des psychiatres libéraux tirés au sort dans 8 régions de la France, moins de 26 % ont donné leur accord pour participer à l'étude, comparé à un taux de réponse de presque 90 % pour les patients [59].

Dans leur rapport de 1998 pour la DGS, Casadebaig et Kovess rappellent que d'autres enquêtes auprès des psychiatres libéraux ont des taux de réponses élevés mais posent un problème de représentativité : « en effet, la plupart de ces enquêtes sont financées par l'industrie pharmaceutique qui travaille avec un panel de médecins conçu en fonction de leur objectif de vente, et non en fonction d'une représentativité épidémiologique qui aurait été réalisée par tirage au sort ». L'échantillon des patients peut ainsi être biaisé en fonction de la formation et de l'intérêt théorique ou de l'orientation thérapeutique du psychiatre [59].

Des études sont prévues auprès de cette catégorie professionnelle ; pour l'instant, elles ne sont pas encore mises en œuvre. Le Groupe français d'épidémiologie psychiatrique envisage une telle étude qui en est au stade des réunions préparatoires.

8.2.5. Les médecins généralistes

Une grande partie des problèmes psychiatriques en France sont pris en charge par la médecine générale, peut-être jusqu'à 75 % de la pathologie mentale [59]. Les médecins généralistes et les pédiatres, nous l'avons vu, sont souvent les intervenants de première ligne pour le dépistage et même pour le traitement des problèmes psychiatriques.

Toutefois, ce type d'enquête pose le même problème de représentativité que les enquêtes auprès des psychiatres libéraux. Le taux de participation est bas, à l'exception des médecins généralistes participant aux réseaux sentinelles mais qui constituent un cas spécifique. En effet, si le taux de participation de ces médecins est important, ce type de réseau ne concerne que certains médecins dans une aire géographique [59].

Nous verrons plus tard que les médecins généralistes posent aussi le problème de la fiabilité et de la validité des diagnostics des troubles et symptômes psychiatriques.

8.2.6. Psychologues libéraux, thérapeutes, aidants et autres non-professionnels

Une partie non-connue de la population a recours à d'autres professionnels (psychologues, éducateurs, etc.), à des thérapeutes non-professionnels, à leur propre entourage (les aidants "naturels"), aux groupes de counseling, d'auto-support, ou de parole. Si les médias font état d'une augmentation importante de ces types de recours, les études manquent.

8.2.7. Les Services médico-psychologiques régionaux (SMPR)

Le Groupe français d'épidémiologie psychiatrique (GFEP) a mené une enquête en collaboration avec la Drees concernant 23 structures de Services médico-psychologiques régionaux (SMPR), relevant de la psychiatrie en milieu pénitentiaire (les SMPR des DOM-TOM ont été exclus). L'enquête transversale porte sur tous les prisonniers entrant en détention pendant une période d'un mois en 2001. Selon les résultats, les SMPR repèrent au moins un trouble psychiatrique chez 55 % des entrants en prison. Un sur 5 avait déjà été suivi par les secteurs de psychiatrie et 11 % avaient déjà été hospitalisés [76].

8.2.8. Les autres institutions

L'école est peut-être l'institution la plus souvent évoquée comme lieu d'observation privilégié des problèmes de santé mentale. Elle est discutée dans la section qui suit.

Le problème pour la veille sanitaire, comme pour la recherche sur l'offre de soins, se pose au niveau de l'articulation entre ces différents lieux. L'importance croissante du travail en partenariat (les réseaux, entre autres) pose le problème de la complexité : comment prendre en compte l'activité dans son ensemble et dans sa spécificité ? Comment appréhender la population sans être piégé par le problème des "doublons" et du double comptage ? Il nous semble que ce problème se résoudra plus au niveau du raisonnement et des modèles conceptuels que par les études de suivi de sujets à travers un grand nombre de structures et de services disparates, ou par des méthodes de registres de cas pratiquées dans d'autres pays.

Les différentes composantes du « système de facto » peuvent être prises en compte à travers des questions, posées dans des enquêtes en population générale, qui soient plus détaillées sur l'utilisation des services. En même temps, les données à partir de ces différents lieux d'observation peuvent servir de signalisation voire même d'alerte quand des problèmes ponctuels graves se présentent (par exemple, augmentation des suicides).

9. Les sources d'information ayant un intérêt pour la surveillance en santé mentale II : les équipes nationales menant des travaux épidémiologiques ou statistiques en santé mentale

Dans ce chapitre nous présentons tout d'abord, les sources de données venant d'enquêtes menées en dehors du système de soins (voir annexe 3). Seules deux grandes enquêtes épidémiologiques ont été menées en population générale en France et ont utilisé un outil standardisé à visée diagnostique et une méthode de constitution d'échantillon selon les critères généralement acceptés en épidémiologie psychiatrique [30,46]. On notera cependant que ces enquêtes sont relativement anciennes.

Ensuite, ce chapitre expose le résultat du recensement de toutes les équipes nationales menant des travaux épidémiologiques ou statistiques en santé mentale ou ayant un intérêt pour la surveillance en santé mentale. Une grande partie de ces équipes, centres et instituts manifeste de l'intérêt pour participer à un réseau de veille sanitaire dans le domaine.

9.1. Les laboratoires et les équipes de l'Inserm : évaluation des moyens disponibles et des besoins en matière de surveillance de la santé mentale de la population

- Recueil de données sur les chercheurs Inserm

Pour connaître les unités Inserm concernées par le champ de la recherche en psychiatrie et en santé mentale ainsi que les chercheurs statutaires Inserm travaillant dans ces champs, la Banque information recherche (BIR) de l'Inserm a été consultée. Une partie des données de cette banque portant sur les recherches en psychiatrie recouvre des domaines scientifiques n'ayant pas de pertinence directe pour les objectifs de surveillance en santé mentale : la neurologie, la pharmacologie, la génétique, la cognition, le système nerveux, la psychiatrie biologique, l'imagerie fonctionnelle, les modèles animaux... Nous avons essayé d'arrêter une liste limitée aux chercheurs Inserm et aux chercheurs universitaires rattachés à l'Inserm qui travaillent spécifiquement dans les domaines de la santé mentale, de l'épidémiologie psychiatrique ou de la psychiatrie en santé publique. Cette liste a ensuite été comparée à la liste des données réunies par le Dr. S. Stoleru, publiée en annexe du Livre blanc de la psychiatrie de la Fédération française de psychiatrie¹⁵.

Parmi les 33 chercheurs statutaires Inserm apparaissant sur la liste du Dr. Stoleru, seul un tiers des chercheurs travaillaient sur la santé mentale au moment de la constitution de nos données. Parmi eux, 2 étaient à l'étranger et n'étaient pas actuellement intégrés à l'Inserm, 1 était à la retraite. Nous avons ensuite combiné les deux listes, en ajoutant les noms de chercheurs Inserm travaillant sur la santé mentale et connus de nous-même qui ne figuraient pas dans la BIR. La liste finale est de 18 chercheurs en santé mentale et psychiatrie appliquée à la santé publique ; toutefois 1 chercheur prend sa retraite l'année prochaine.

A partir de cette liste finale, 14 laboratoires et/ou Instituts fédératifs de recherche (IFR) ont été contactés. Sur les 18 chercheurs identifiés dans ces laboratoires et réseaux, nous avons pu en interviewer 13 par téléphone et 1 par courriel (voir annexe 4). Sur les 5 autres, 3 travaillent sur des thèmes hors champs par rapport à la surveillance en santé mentale, 2 n'ont pas pu être interviewés ou nous ont adressé à un autre membre de leur laboratoire. Parce que notre mission ne comprend pas les problèmes de vieillesse,

¹⁵ *Livre blanc de la psychiatrie*, Paris et Surrey (United Kingdom) : FFP et Ed. John Libbey Eurotext, 2003, annexe 8 (accessible sur Psycdoc-France: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/recherche/AnnexesLB/>).

nous n'avons pas contacté les chercheurs qui incluent des thèmes de santé mentale dans leur thématique santé et vieillesse¹⁶.

En dehors des renseignements généraux sur le laboratoire dans lequel travaillent les chercheurs, nous les avons interrogés sur :

- les études en cours ou en projet concernant la santé mentale et en particulier celles comportant une approche santé publique,
- le nombre de chercheurs travaillant dans ce domaine dans leur laboratoire et leurs qualifications,
- la définition de la santé mentale utilisée dans ces études,
- les populations sur lesquelles portent les études,
- les collaborations.

Ensuite, des questions plus générales ont été posées, par rapport à la France, sur les besoins de données et de connaissances sur la santé mentale en population française, les besoins de surveillance épidémiologique en santé mentale, et l'intérêt éventuel du chercheur ou de son laboratoire à collaborer avec l'InVS à un réseau de surveillance en santé mentale.

- Travaux épidémiologiques ou statistiques en santé mentale ou ayant un intérêt pour la surveillance en santé mentale

Les thèmes de recherches en cours ou en projet des chercheurs Inserm apparaissent dans l'annexe 4. Seuls 2 laboratoires (l'unité 302 « psychopathologie et pharmacologie des comportements » au Vésinet et l'équipe 361 récemment établie à Montpellier) se consacrent à la santé mentale ou à la psychiatrie en population générale. Le premier est concerné en grande partie par les études cliniques, le deuxième vise l'épidémiologie psychiatrique et l'évaluation du système de soins en santé mentale et collabore activement avec l'Institute of Psychiatry de Londres.

La plupart des études des 14 laboratoires se situe dans le domaine de l'épidémiologie psychiatrique, soit sur les risques pour les troubles psychiatriques, y compris le suicide, soit sur les conséquences des troubles psychiatriques (par exemple, de la schizophrénie). La plupart des thèmes traités concerne des populations spécifiques : les femmes enceintes ou ayant accouché, les familles des enfants prématurés, les personnes en milieu de travail, les femmes ayant subi des violences, les enfants et adolescents en milieu scolaire... Plusieurs recherches portent sur des populations de patients : ceux ayant un diagnostic de schizophrénie, les patients psychiatriques plus généralement, les patients vus par les médecins généralistes, les suicidants vus en médecine générale ou dans les centres hospitaliers. Quelques thèmes concernent des psychopathologies récemment venues à l'attention de la psychiatrie, par exemple, le traumatisme psychique lié à un accident ou à la guerre, la co-morbidité des problèmes psychiatriques ou psychologiques avec les troubles liés à l'abus ou à la dépendance de drogues, les séquelles psychiques des violences envers les femmes.

Deux chercheurs travaillent sur des enquêtes qualitatives mais qui pourraient éventuellement contribuer aux connaissances épidémiologiques en santé mentale.

L'impression générale est celle d'une carence de recherches et de coordination ou de collaboration entre chercheurs à l'Inserm eu égard à la santé mentale des populations ou aux applications à la santé publique. Quelques chercheurs Inserm ont constaté le petit nombre d'épidémiologistes psychiatriques dans cette institution. Certains parlent même de la disparition de ce domaine à l'Inserm, notamment par le fait du non-remplacement de chercheurs partis à la retraite par des chercheurs ayant les mêmes compétences et thèmes de recherche. Cette impression rejoint le constat relevé par le rapport de prospective de l'intercommission 2 de l'Inserm ("Santé mentale et maladies psychiatriques : mécanismes biologiques, approches cliniques, facteurs de vulnérabilité et de protection") : le manque de développement de la recherche épidémiologique en psychiatrie en France comparé à d'autres pays européens. Ce rapport conseille la promotion de l'épidémiologie psychiatrique en France. Il soutient que « l'apport de cette approche est majeur pour l'élucidation des facteurs de risque pour les troubles psychiatriques, et pour l'évaluation des programmes de santé publique axés sur la prévention des troubles psychiatriques » (Inserm 2001).

¹⁶ Notamment, des chercheurs de l'Inserm E 361 (pour laquelle nous avons pu avoir des informations sur la recherche en santé mentale plus généralement), de l'Unité Inserm U360 ou encore l'étude de cohorte Paquid sur la démence et ses conséquences, étude lancée par l'Unité Inserm 330 de Bordeaux.

- Besoins de connaissances en santé mentale eu égard à la surveillance de la santé mentale en France

Un problème majeur est le manque de ressources financières et de main-d'œuvre permettant de mener correctement la recherche en santé mentale en France. Des comparaisons implicites sont faites par les chercheurs interviewés : d'autres pays ont plus de flexibilité dans l'encadrement. Les budgets, la rémunération des chercheurs et des stagiaires y sont nettement plus importants qu'en France ; en France comme ailleurs, les limites budgétaires de la recherche publique buttent sur l'indemnisation des cliniciens et des patients par l'industrie pharmaceutique. D'autres chercheurs ont tout simplement parlé du manque de rigueur et de l'isolement des chercheurs dans leur propre domaine.

Ce manque de ressources empêche, selon certains chercheurs, la publication des résultats dans des revues scientifiques, y compris françaises, ce qui a pour conséquence l'absence relative de la France du monde scientifique. Par exemple, les diagnostics psychiatriques sont souvent faits par le clinicien au lieu d'être basés sur des entretiens ou outils structurés et standardisés, contrairement aux standards scientifiques internationaux en matière de recherche. A ceci, s'ajoute la difficulté d'attirer les jeunes psychiatres vers la recherche, avec comme conséquence le cumul d'un retard considérable de la surveillance de la santé mentale en France par rapport aux autres pays développés.

Pour améliorer la situation, quelques chercheurs ont évoqué la nécessité de développer l'épidémiologie psychiatrique. D'autres conseillent un investissement dans les dispositifs existants. Par exemple, il serait possible (et moins coûteux, voire plus acceptable pour les institutions) d'améliorer l'exploitation des grandes enquêtes déjà menées régulièrement. Parmi les améliorations sont envisagées : une participation plus importante des spécialistes en santé mentale à l'analyse des données, et une comparaison des différentes enquêtes, y compris au niveau de leurs méthodologies. Plus généralement, l'importance des enquêtes méthodologiques préalables au choix d'une méthode de recueil de données a été mentionnée.

Enfin, une minorité de chercheurs a constaté que la France est le seul pays européen non doté d'un dispositif de surveillance de la santé mentale, de suivi des troubles psychiatriques et d'évaluation adéquate des filières de soins. Ils ont encouragé une initiative éventuelle de l'InVS dans ces domaines de la surveillance en santé mentale.

9.2. L'Insee

L'insee mène deux enquêtes de santé générale comportant des questions sur la santé mentale : l'enquête permanente sur conditions de vie (PCV) et l'enquête décennale santé. Il travaille en partenariat avec plusieurs autres institutions. Un exemple est l'enquête Handicap Incapacité Dépendance, organisée en partenariat avec un grand nombre de départements ministériels, l'assurance maladie, l'Inserm, l'Ined et les associations d'usagers.

- L'enquête permanente sur conditions de vie des ménages (PCV)

L'enquête PCV est annuelle et transversale. Elle est conduite en une seule fois auprès de 6 000 sujets représentatifs de la population « générale » des personnes domiciliées et aptes à répondre. L'échantillon, aléatoire, est basé sur le type de logement et redressé en fonction des réponses et non-réponses. Le questionnaire est passé en face à face et comporte des questions sur la composition du ménage, sur leurs caractéristiques socio-démographiques, sur les revenus et leur variation, et sur le logement ainsi qu'un volet santé.

Le volet santé consiste en des questions individuelles posées à toutes les personnes du ménage (si le ménage compte trois personnes ou moins) ou sinon à trois personnes tirées au sort. Les questions spécifiques sur la santé mentale incluent le recours aux soins (psychiatre) et la maladie chronique (s'il s'agit de trouble mental). En outre, l'enquête PCV menée en mai 2001 a posé des questions sur le bien-être émotionnel¹⁷ et les problèmes de sommeil. Pour le bien-être émotionnel et les problèmes de sommeil, 6 questions additionnelles sont posées quant aux difficultés ou à la gravité¹⁸.

¹⁷ La question "habituellement, vous sentez-vous nerveux, anxieux, stressé" est posée seule, et à propos du travail, des études, de la vie personnelle.

¹⁸ Le fait d'en avoir parlé avec quelqu'un, le fait d'en avoir parlé à un professionnel (médecin généraliste, psychologue, psychanalyste, psychiatre, médecin spécialiste hors psychiatrie), le recours aux somnifères, médicaments contre l'anxiété ou antidépresseurs au cours des 7 derniers jours, la fréquence et la durée de cette consommation.

- L'enquête décennale "santé"

L'enquête décennale santé porte sur 25 000 à 30 000 personnes sélectionnées selon la méthode basée sur le type de logement expliquée ci-dessus. Elle inclut trois phases de recueil de données sur les maladies auto-déclarées et le recours aux soins :

- Une première visite avec un questionnaire passé en face à face portant sur les revenus, le nombre de personnes dans le ménage, les conditions de vie, la santé, la grossesse, la contraception, une question ouverte ("de quoi souffrez-vous"). A cette occasion, un questionnaire auto-administré (une version plus longue de celui passé en face à face) est laissé au domicile à l'intention des 18 ans et plus.
 - Une deuxième visite à 4 semaines de la première, avec des questions posées en face à face concernant les maladies et le recours aux soins (les visites chez un médecin lors des 4 semaines écoulées, le type de médecin, les visites auprès d'autres professionnels de la santé, les analyses biologiques, etc.).
 - Une troisième visite à 4 semaines de la deuxième avec des questions posées en face à face portant sur les incapacités et sur la consommation des médicaments. Un examen médical est mené par un professionnel de la santé.
- L'auto-questionnaire laissé lors de la première visite inclut deux parties concernant la santé mentale :
 - La SF-36, questionnaire général sur 8 aspects de la santé. Trois dimensions recouvrent la santé mentale. Une échelle concerne spécifiquement la santé mentale au cours des 4 dernières semaines : les symptômes nerveux, les symptômes dépressifs, d'excitation, de fatigue et la santé mentale positive¹⁹. Une deuxième dimension recouvre le retentissement émotionnel sur les rôles sociaux (et les activités habituelles). Enfin, des questions sur le "fonctionnement social" se réfèrent soit aux problèmes somatiques soit aux problèmes émotionnels.
 - Le CES-D, une échelle qui mesure les symptômes dépressifs.

9.3. Le Comité français d'éducation pour la santé

Le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) a créé l'enquête baromètre santé [64], en relation avec la CnamTS, la Direction générale de la santé, le Haut-Comité de la santé publique, la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie et la Mutualité sociale agricole (MSA), et avec le concours scientifique de l'Inserm et de l'ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Cette enquête a parmi ses objectifs : (a) le recueil d'informations d'ordre déclaratif sur les grands thèmes de santé ; (b) la mise en évidence des grandes évolutions des opinions, des attitudes et des comportements de santé dans des domaines précis, pertinents pour la santé publique. La répétition de l'enquête dans le temps et l'analyse des réponses du "noyau dur" du questionnaire, passé chaque fois, permet de déceler ces évolutions. Cinq Baromètres santé ont eu lieu auprès des adultes, en 1992, 1993, 1995 et 1996 (sur la nutrition), 1999. Le plus récent (1999) porte sur les jeunes et les adultes (12-75 ans) et associe 5 suréchantillons régionaux constitués de jeunes et jeunes adultes²⁰.

Le baromètre utilise une technique de sondage aléatoire par téléphone (depuis, récemment, il comprend les numéros sur liste rouge) à deux degrés : tirage au sort des ménages, tirage au sort d'un individu dans chaque ménage parmi l'ensemble de sujets éligibles. Les critères d'inclusion sont l'âge (entre 12 et 75 ans) et la langue (parler français). En 2000, 13 685 questionnaires ont été réalisés, ce qui représente un taux de refus des ménages de 25 %, un taux de refus exprimé par les personnes éligibles et sélectionnées de 7 % et un taux d'abandon de l'interview de 2 %. Le taux de refus « ménage » est plus élevé que les autres baromètres santé, les autres taux sont inférieurs à ceux observés les autres années.

Trois parties du baromètre concernent des indicateurs de la santé mentale : les questions portant sur la consommation des produits psychoactifs et/ou addictifs ; l'échelle "Profil de santé de Duke", dont une dimension concerne la santé mentale ; et les questions sur les pensées suicidaires (au cours des 12 derniers mois et au cours de la vie), ainsi que sur les tentatives de suicide au cours de la vie. En cas de réponse positive pour les pensées suicidaires, il est également demandé si le sujet en a parlé à quelqu'un, et si oui, à qui. Pour les tentatives de suicide, on demande le nombre de tentatives, la date

¹⁹ "Vous vous êtes senti(e) dynamique", "vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)", "vous vous êtes senti(e) heureux(se)".

²⁰ Selon les auteurs du volume méthodologique du baromètre 2000, "le choix de ces régions ne correspond pas à un choix raisonné, en termes de régions représentatives par exemple, mais découle davantage d'un désir de participation et d'investissement des régions elles-mêmes" (Guilbert, 2001 #88, pp. 41-2).

de la dernière fois, et si la dernière fois a donné lieu à une hospitalisation, à un suivi par un médecin ou un "psy", ou si le sujet en a parlé à une autre personne qu'un médecin ou un "psy". Les réponses à toutes ces questions peuvent être mises en relation avec les variables socio-démographiques, les facteurs sociaux (situation professionnelle, profession, revenu), des événements de vie tels que la violence et les rapports sexuels forcés, la consommation de substances psychoactives et les indicateurs de santé mentale (se sentir triste ou déprimé, se sentir anxieux, un score global de santé mentale, entre autres).

9.4. Le CreDES

Le CreDES est un centre de recherches et d'études à but non-lucratif. Il produit des données et des analyses en économie de la santé, en particulier sur l'évolution des comportements des consommateurs et des producteurs de soins, et ceci sous un angle multidisciplinaire (médical, économique, géographique et sociologique).

Le CreDES travaille actuellement dans deux domaines ayant une pertinence pour la surveillance en santé mentale : les pathologies dépressives et l'organisation des soins en psychiatrie en France.

- Axe sur la pathologie

La dépression a déjà été étudiée grâce à un volet ajouté en 1996 et 1997 à l'enquête santé et protection sociale (ESPS, voir chapitre 6). Pour le CreDES, il ne s'agit pas d'une enquête épidémiologique parce que la morbidité est mesurée par un outil d'auto-déclaration. Néanmoins, cette enquête a permis d'estimer le pourcentage de personnes pris en charge pour la dépression.

Depuis plusieurs années, la dépression est considérée par les chercheurs du CreDES comme marqueur des différences de consommation et d'organisation des soins entre pays. Suite à la mise en évidence d'un niveau très élevé de la consommation pharmaceutique des Français par rapport aux autres pays européens, le CreDES avait proposé de chercher les facteurs explicatifs de ces différences en examinant les données d'IMS-Health de différents pays et selon la même méthodologie, sur la prescription médicale des médicaments. Les prescriptions de médicaments pour la dépression avaient été choisies, à côté de celles pour l'HTA et la bronchite aiguë. Le projet n'a pas abouti à cause des difficultés pour obtenir les données d'IMS des pays étrangers pressentis (l'Allemagne, l'Italie, le Royaume-Uni – tous pays sur lesquels le CreDES travaille déjà).

Il a été décidé, de remplacer l'étude sur les prescripteurs par une analyse de la littérature scientifique sur les pratiques de soins, et ce, uniquement pour la dépression. Ce choix tient à la prévalence importante de cette pathologie, aux prescriptions fortement différenciées de psychotropes selon les pays et à l'existence d'une définition consensuelle de la pathologie au plan international.

- Axe organisationnel

Dans le cadre d'un partenariat entre le CreDES et le CCOMS, alors localisé à l'Inserm, et à la demande de la DGS et la DHOS, le CreDES a conçu une méthodologie d'évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés. Il s'agissait d'une part, de mieux appréhender l'organisation des secteurs, et d'autre part, de mettre en place une méthodologie permettant de faire le lien entre modes d'organisation, coûts et résultats des soins (gravité de la symptomatologie, qualité de vie...). Ce travail a notamment trouvé un prolongement dans le cadre de la réflexion qui a entouré la modification des rapports de secteurs de la Drees. L'objectif qui a présidé aux travaux de refonte était de dépasser les limites propres à l'ancien recueil de l'information, principalement quantitatif (axé sur les lits et le personnel), pour fournir une vision plus qualitative de la façon dont le secteur s'organise et notamment des relations que le secteur noue avec ses partenaires internes ou externes.

Sous l'égide d'un groupe de travail monté par la Drees, le recueil d'information des rapports de secteurs va être étendu pour inclure les institutions qui travaillent en parallèle.

La DGS quant à elle poursuit une réflexion sur la question des missions données à la psychiatrie, des compétences et des métiers qui devraient être mis en œuvre, des passerelles possibles.

Un deuxième volet est en train d'être mis en place dans le cadre de la collaboration entre le CCOMS et le CreDES (le CreDES fait partie du CCOMS France pour la santé mentale). Il s'agit de poursuivre le travail méthodologique évoqué plus haut – qui avait fait l'objet d'une phase de test de faisabilité – et d'évaluer les liens entre organisation de soins et résultat des soins. Le groupe de travail constitué (dénommé pôle 4 : évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés) prépare actuellement une mise à jour de la méthodologie d'enquête (suivi prospectif d'une cohorte de patients schizophrènes).

Celle-ci devrait débuter en janvier 2004 et durer trois ans. L'automne sera consacré à la sélection des sites volontaires participants (une trentaine de secteurs) après une analyse des rapports de secteur 2000 de la Drees.

- Partenariats

Le CreDES travaille en partenariat avec de nombreux organismes et institutions, y compris l'Insee, la Drees, la CnamTS et IMS-Health France. Le choix des enquêtes qu'il entreprend dépend en partie de ses partenaires.

9.5. Le centre collaboratif français de l'OMS

Le centre collaborateur français de l'Organisation mondiale de la santé pour la formation et la recherche en santé mentale (CCOMS), dirigé depuis 1999 par le Dr Jean-Luc Roelandt, regroupe les hôpitaux, les centres de recherche et les universités autour d'un programme pluriannuel, selon les orientations de santé mentale internationales promues par l'OMS. Il fonctionne avec un groupement d'intérêt public (GIP) ayant pour objectif «*d'assurer le développement de dispositifs de santé mentale intégrés dans la communauté, incluant prévention, soins et insertion, de promouvoir les échanges professionnels et la déstigmatisation des usagers*», à travers le CCOMS et son programme.

Le programme inclut des recherches ainsi que des actions autour de l'assurance des droits des usagers en santé mentale, d'un réseau d'expériences pilotes en santé mentale et des bonnes pratiques en santé mentale communautaire, l'évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés et un séminaire sur la construction sociale des troubles psychiques.

Les recherches directement pertinentes pour la surveillance en santé mentale et pour l'appréhension de l'état de la santé mentale de la population incluent :

- La santé mentale en population générale : images et réalités (Asep, Dirm EPSM Lille Métropole, Centre de collaboration OMS – CCOMS) [21,47]. Cette enquête multicentrique comprend un échantillon constitué en fonction des critères indiqués par la Drees sur 45 sites (900 questionnaires chacun), sur la base du volontariat de différents types de partenaires (Direction d'hôpital, IFSI, Chef de secteur, équipe ...). Le premier volet, qui porte sur les représentations de la maladie mentale, est terminé. Le deuxième, visant à établir la prévalence des troubles mentaux, est en cours.

En France, 42 000 personnes ont été interviewées ; il existe aussi des sites en dehors de la France (Mauritanie, Algérie, Bruxelles, et trois en Grèce)²¹. La méthode d'échantillonnage est celle des quotas selon les critères d'âge, de sexe, de niveau de diplôme et de profession. Les questionnaires sont passés dans la rue. Il semble y avoir un biais de surreprésentation d'étudiants et de sous-représentation d'ouvriers ; l'échantillon sera redressé avant la phase d'analyse de données. Il faudra attendre de voir comment sera compensée cette imperfection de représentativité de l'échantillon, déjà notée dans les publications issues de l'enquête [21].

La morbidité psychiatrique est mesurée par un entretien structuré à visée diagnostique, le Mini International Neuropsychiatric Interview (Mini) – Version CIM 10, aux Etats-Unis et en France [48,49]. Il recouvre : la dépression (épisode isolé et trouble récurrent durant les deux dernières semaines), la dysthymie (deux dernières années), les épisodes maniaques (actuel), l'agoraphobie avec trouble panique (actuel), la phobie sociale (actuel), le trouble obsessionnel compulsif (actuel), l'anxiété généralisée (6 derniers mois), l'état de stress post-traumatique (actuel), la boulimie (3 derniers mois), l'anorexie mentale (actuel), les troubles liés à une consommation abusive d'alcool (12 derniers mois), les troubles liés à la consommation de drogues (12 derniers mois), les syndromes psychotiques isolés et récurrents (sur la vie), le risque suicidaire (au cours du dernier mois et sur la vie), l'insomnie (actuel et sur la vie). Une fiche complémentaire permet de repérer la gravité et/ou les incapacités liées aux troubles, le recours à différents types de soins et de soutien social pour ces troubles.

- Programme sur la prévention du suicide. Il comporte une analyse des données sur les conduites et les idées suicidaires, recueillies dans l'enquête « La santé mentale en population générale : images et réalités ».

²¹ Communication personnelle de J.L. Roelandt, directeur de l'enquête.

9.6. La CnamTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés)

Quatre-vingt pour cent de la population est couvert par le régime général de la CnamTS.

En santé mentale, la Direction du service médical de la Cnam recueille régulièrement des données administratives dans deux secteurs : les hôpitaux et le médico-social d'une part, l'ambulatoire d'autre part.

- Le secteur des hôpitaux et du médico-social

Les études dans le domaine hospitalier incluent généralement des états des lieux (coupes transversales, analyses type audit organisationnel, audit de pratiques cliniques quand il existe des référentiels...). Parce qu'elles concernent ce qui est financé par la CnamTS, elles ne prennent en compte qu'une partie des patients pris en charge ou certains des soins d'un patient donné.

Les études concernent très peu la psychiatrie pour plusieurs raisons. D'abord, elles ne concernent que ce que finance la CnamTS. Ensuite, le PMSI-Psy, sur lequel elles pourraient s'appuyer, est encore en cours d'expérimentation. Enfin, tous les SROS n'ont pas encore intégré la psychiatrie. Les services médicaux de quelques échelons régionaux ont cependant mené des études de l'offre préalablement à la mise en place des SROS. L'idée d'une étude nationale sur le sujet est avancée pour 2005.

- Le secteur ambulatoire

Les informations de la CnamTS concernant ce secteur portent sur deux types d'activité :

- o le suivi des fréquences des pathologies et des recours aux soins ;
- o les pratiques professionnelles.

9.6.1. Le suivi des fréquences des pathologies et des recours aux soins

Celles-ci sont saisies au niveau régional par les médecins conseils, soit au cours d'une demande de couverture à 100 % pour invalidité (les incidences d'ADL-30, pour les pathologies les plus lourdes), soit au cours des demandes de pensions d'invalidité. Il faut remarquer que ces informations concernent l'invalidité, ou l'état global de la personne, et pas le diagnostic précis. Ces données ne peuvent produire que des sommes d'incidences et ne permettent pas de déceler des conditions ultérieures (par exemple, dépression suite à une mise en ALD pour diabète).

Les recours aux soins sont estimés à travers l'exploitation du codage des données de remboursement pour les médicaments. Ces données très riches permettent de faire des études épidémiologiques, mais comme elles sont sectionnées selon les 128 caisses primaires elles doivent être agrégées pour obtenir un dénominateur national.

Une étude est ainsi presque terminée sur la consommation des psychotropes. Elle est réalisée à partir des ordonnances présentées au remboursement, et ce, sur la totalité des malades couverts par la CnamTS. Elle examine l'âge, le sexe, le type de psychotrope, la différence dans le recours selon les régions (après standardisation), la répartition selon le nombre de médicaments délivrés sur l'année.

9.6.2. Les pratiques professionnelles

Ce volet est moins investi par la CnamTS pour des raisons de priorité donnée à la santé publique et à cause des problèmes méthodologiques qu'il pose. Il a pour objectif de vérifier la qualité des soins dans toutes ses composantes, y compris la prise en charge des patients conformément aux normes de la communauté scientifique et à l'optimisation des coûts.

La recherche à partir de la médecine générale nécessite la formation des médecins généralistes, ce que la CnamTS est en train de réaliser, en collaboration avec l'Inserm. La question du codage – ou non – de la pathologie sur les fiches de soins n'a pas été tranchée mais fait l'objet d'une réflexion.

La prise en charge de la dépression est un thème qui intéresse la caisse et qui devrait être étudié dans les années à venir. Parce que les finalités sont opérationnelles, des projets de ce type peuvent impliquer un programme d'intervention (communication avec le grand public, campagnes de visites des médecins conseillers auprès des médecins généralistes pour assurer la mise en œuvre des bonnes pratiques telles qu'elles sont définies par l'Affsaps, études d'évaluation avant/après intervention...).

Plus généralement, la possibilité d'étudier le domaine de la santé mentale est compliquée par la question de savoir ce qu'est une maladie mentale et par le manque de référentiels de bonnes pratiques pour ces maladies. La CnamTS a financé une partie de l'enquête HID, qui permet de prendre en compte les handicaps mentaux sachant qu'ils sont plus difficiles à définir que les handicaps moteurs²².

En Ile-de-France, la CnamTS mène actuellement une enquête sur l'autisme, dont l'objectif est de s'assurer, à travers le repérage des cas, que les personnes autistes sont effectivement prises en charge.

- Collaborations entre la CnamTS et l'InVS

La CnamTS vient de signer une convention avec l'InVS pour autoriser l'analyse de ses propres données (Cnam). Etant donné les ressources réduites de la CnamTS, une telle convention implique la fixation annuelle d'un programme de recherche décidé par les deux instances en fonction des priorités communes.

La santé mentale se trouve parmi les 5 thèmes évoqués par les médecins conseils régionaux comme prioritaires à étudier. Pour l'instant, elle ne figure pas parmi les thèmes retenus, et elle est considérée – comme d'ailleurs la santé des personnes âgées – comme particulièrement difficile à traiter.

9.7. La fondation MGEN pour la santé publique

Depuis quelques années, la fondation MGEN mène des enquêtes en épidémiologie psychiatrique, y compris, pour un certain nombre, en population générale. Ces enquêtes incluent :

- Ergos

Il s'agit d'un suivi de cohortes de patients schizophrènes. Sept états membres de l'Union Européenne sont concernés. Quatre équipes françaises (à Lille, Lyon, La Verrière et St-Etienne), sous la supervision de Dr. Viviane Kovess, ont suivi une cohorte de patients schizophrènes pendant une année tant au niveau de leur symptomatologie que de leurs problèmes sociaux et des interventions qui leur étaient proposées suivant les équipes.

L'étude a montré que les patients schizophrènes suivis par différents centres, ayant de nombreux points communs au moment de l'inclusion, présentent, à terme, des types de problèmes assez différents tant dans les domaines cliniques que dans les domaines sociaux. Une partie de ces différences est attribuable à la variabilité des modalités d'appréciation [72].

- Etat de la santé mentale dans l'Union Européenne

Ce projet décrit et compare l'état de la santé mentale dans les différents états membres et propose des bases pour des programmes touchant à ce domaine, en particulier des programmes de promotion de la santé mentale et de prévention des facteurs de risque²³ (voir chapitre 2).

- L'enquête "évaluation des besoins en santé mentale"

Cette enquête, qui devrait démarrer en 2004, a pour objectif : (1) de faire l'état des besoins en matière de santé mentale pour aider à la planification des services au niveau régional ; (2) de repérer des indicateurs sociaux du besoin pour la France ; (3) de valider ces indicateurs et/ou développer des indicateurs composites, en utilisant les différentes définitions du besoin déjà développées dans d'autres études (par ex, celle du Colorado) [50].

L'évaluation sera menée en deux étapes, auprès d'un échantillon de 5 000 personnes, représentatif de la population de chacune des 5 régions. Le besoin sera mesuré directement à partir de trois dimensions, le diagnostic psychiatrique (déterminé par un entretien structuré à visée diagnostique, le CIDI-Short Form), le retentissement dans le fonctionnement, et la détresse psychologique. Il sera estimé

²² L'enquête HID concerne aussi le handicap psychique. Rappelons la différence entre handicap mental et handicap psychique et l'enjeu qu'elle a présenté dernièrement pour les associations des usagers et d'autres acteurs.

²³ Correspond à décision du parlement européen et du conseil (1400/97/CE) d'adopter un programme d'action communautaire en matière de surveillance de la santé dans le cadre de la santé publique et dans lequel la nécessité d'un rapport sur la santé mentale dans la communauté est clairement mentionné.

indirectement par la modélisation statistique, en régressant les indicateurs du besoin sur les indicateurs sociaux agrégés par aire géographique (par ex, taux de chômage, de RMIstes, etc.).

Au première stade, des questions d'entrée (*gateway*) à partir du CIDI sont posées. Toutes les personnes ayant un score positif sur le dépistage de diagnostic ainsi que 1 sur 3 ayant un score négatif sont invitées à participer au deuxième stade. Le questionnaire à ce stade inclut le diagnostic (déterminé par un entretien structuré à visée diagnostique, le CIDI-Short Form), le retentissement sur le fonctionnement (IQOL SF-36) et la détresse psychologique (MH5).

D'autres données sont recueillies sur l'utilisation du système de soins et sur les variables sociales au niveau de l'individu. Les tentatives de suicide seront prises en considération par le questionnaire. Les diagnostics n'incluent pas les troubles psychotiques.

Un volet complémentaire inclut les problèmes de santé mentale des "aidants naturels".

On rappelle le volet complémentaire visant à étudier la santé mentale et les besoins des enfants de 6 et 12 ans, page 27 (voir chapitre 7.2.2).

- l'évaluation des prévalences des problèmes de santé physique les plus fréquents dans la population des enfants de 6 à 11 ans inclus ;
- l'étude des principaux facteurs de risques sociaux et psychologiques pour la santé mentale des enfants ;
- l'étude de l'utilisation des services de santé.

Les méthodes incluent un entretien téléphonique avec un des parents, un entretien à domicile avec la mère et au moins un enfant, et un entretien avec l'enseignant de l'enfant. L'outil principal est le "Dominique Interactif", test validé en France.

Une étude pilote est actuellement envisagée en collaboration avec l'Académie de Versailles et l'ORS-IF.

Ces évaluations pourront être mises en phase avec la coupe transversale des établissements sectorisés (il existe un projet d'extension aux psychiatres libéraux et à l'ensemble des services publics et privés).

Outre ces enquêtes, la fondation MGEN est intégrée, par l'intermédiaire de son directeur, Dr. Viviane Kovess, dans un grand nombre de réseaux européens et de l'OMS, y compris le European Network for Mental Health Policy (Dr. Kovess a été rapporteur pour le projet sur les indicateurs sociaux) et Euro-HIS, tous les deux décrits ci-dessus.

9.8. Les autres enquêtes

- L'enquête sur les handicaps, les incapacités et les déficiences (HID)

L'enquête Insee "Handicaps-Incapacités-Dépendance" [73], mentionnée dans le chapitre 8, a été menée entre 1998 et 2001. Selon plusieurs experts, l'envergure de l'enquête, la richesse de ses données et la qualité de sa méthodologie lui donnent une valeur exemplaire de ce qui peut être accompli en matière de recherche dans le domaine du handicap et des conditions de vie.

Un premier volet concerne 15 000 personnes vivant dans des établissements psychiatriques ou médico-sociaux. Un deuxième, réalisé au moment du recensement, concerne près de 360 000 personnes de la population générale, vivant à domicile et dans des foyers, sélectionnées par des méthodes de probabilité et interrogées à 2 ans d'intervalle. L'étude ne porte pas sur les maladies, mais sur les déficiences et incapacités liées aux maladies. La connaissance de la maladie sous-jacente est basée sur l'auto-déclaration.

Sur les personnes vivant à domicile, 2,1 % déclarent consulter régulièrement pour des troubles psychiques. Les personnes qui consultent régulièrement pour ces troubles déclarent plus de déficiences physiques, motrices ou viscérales que les autres personnes. Ces données fournissent une idée des besoins d'aide de ces personnes, de leurs conditions de vie, de leurs ressources et des caractéristiques sociodémographiques associées avec ces variables.

- L'enquête Depres (Depression Research in European Society)

Cette enquête européenne a été menée dans quatre pays membres de l'Europe²⁴. Elle a montré le taux de prévalence de la dépression (6,9 % sur neuf mois) et l'effet de la dépression sur les services. Mais l'enquête a été affaiblie par un taux de réponse assez bas, par la méthode des quotas et le choix direct des interviewés par l'enquêteur [59] ainsi que par une grande variabilité dans le protocole d'un pays à l'autre [74].

²⁴ Dr. JP Lépine (Hôpital Fernand-Widal) était le correspondant français.

- L'enquête Eseméd (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders)

La France²⁵ a participé à une enquête transversale européenne sur la prévalence et les facteurs associés aux troubles mentaux, et à leurs effets sur la qualité de vie et sur l'utilisation des services. L'enquête est une collaboration du bureau Europe de l'OMS et de la société pharmaceutique Glaxo-Smith-Kline. Elle fait partie du programme WHO World Mental Health 2000 décrit dans le chapitre suivant. L'enquête utilise le CIDI. Des résultats préliminaires viennent d'être publiés [75].

- Les enquêtes et données en matière de suicide

La « stratégie nationale d'actions face au suicide » annoncée en 2000 inclut dans son programme pour 2000-2005, l'amélioration des connaissances épidémiologiques et la création d'un pôle d'observation spécifique au suicide, qui a été mis en place au sein de la Drees. Un bilan qualitatif et quantitatif est censé être produit tous les ans. Plusieurs données sont disponibles : les statistiques de l'Inserm sur la mortalité, les données issues du PMSI, les enquêtes en population générale (voir par exemple la présentation de baromètre santé, plus haut) et les estimations des tentatives de suicide à partir de réseau sentinelle. L'autopsie psychologique après suicide par armes à feu fait partie des tendances récentes.

Plus récemment, une circulaire de la Garde des Sceaux et du ministre délégué à la Santé²⁶ renforce l'importance de l'observation des risques pour le suicide auprès des personnes entrant en détention, cette phase ayant été identifiée dans plusieurs études comme étant une période de grande fragilité. Une « commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral » veille au recensement effectif des décès par suicide.

Il a été suggéré que les informations sur les tentatives de suicide soient regroupées par le PMSI des services d'urgence des hôpitaux. En même temps, il est nécessaire d'identifier des facteurs de risque en dehors du système hospitalier. Des réseaux sentinelles pourraient être relancés pour surveiller les tentatives de suicide. Toutefois, il a été constaté que la surveillance en médecine générale butte sur des problèmes importants. Parmi ceux évoqués dans le cadre de la surveillance des suicidaires, il y a l'influence de l'hétérogénéité des compétences et des styles de travail sur l'identification des troubles, ainsi que la tendance de plus en plus importante au remboursement du médecin généraliste pour sa participation aux études et recherches etc., les sociétés pharmaceutiques établissant des tarifs qui ne sont pas nécessairement possibles pour les études menées avec des fonds publics.

10. Les recommandations et modèles, européens et de l'Organisation mondiale de la santé

Dans ce chapitre, nous présentons les synthèses d'un certain nombre de rapports sur la surveillance de la santé mentale et de la santé, réalisés ces dernières années par des réseaux européens. Nous résumons aussi les initiatives de l'Organisation mondiale de la santé dans le domaine de la santé mentale qui sont pertinentes pour les questions de surveillance ou pour l'appréciation de l'état de la santé mentale d'une population.

En principe, la santé mentale devrait faire partie de tout système de surveillance de la santé. Dans son rapport sur la santé dans le monde, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) inclut la surveillance de la santé mentale des communautés parmi ses 10 principales recommandations [9]. Cette surveillance s'appuie sur les systèmes d'information et de notification sanitaires des indicateurs qui renseignent sur le nombre de personnes atteintes de troubles mentaux, sur la qualité des soins qu'elles reçoivent, ainsi que sur des données plus générales de santé mentale des communautés. La surveillance devrait aider à dégager les tendances et à repérer les changements de l'état de santé mentale liés aux événements extérieurs comme, par exemple, les catastrophes naturelles.

Au niveau de l'Union Européenne, un système de surveillance de la santé mentale est considéré comme le support nécessaire pour assurer la promotion de la santé mentale au sein de ses pays membres. La santé mentale est reconnue comme faisant partie de la santé par la résolution du 18 novembre 1999 du conseil européen des ministres de la Santé. Selon le rapport « Public Health Approach to Mental Health in Europe », préparé pour la commission mais qui ne représente pas une position officielle, un tel système

²⁵ Les auteurs français sont V. Kovess (MGEM) et JP Lépine et S. Arbabsadzh-Bouchez (Fernand-Widal).

Circulaire NOR JUSE 02 400 75 C sur « prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires », la Garde des Sceaux,

²⁶ Ministre de la Justice et le ministre délégué à la Santé, 26 avril 2002.

devrait être intégré dans le système général de surveillance de la santé [51]. Il devrait recouvrir la morbidité psychiatrique, la santé mentale positive et les données régulièrement recueillies par les systèmes de soins ainsi que les déterminants (facteurs sociaux) de la santé mentale. L'analyse régulière des données et la dissémination des résultats font partie de l'opérationnalisation du système.

A première vue, il semblerait que peu de pays disposent d'un système de surveillance en santé mentale à proprement parler, mais peut-être s'agit-il d'un problème de désignation. Si l'on considère la diversité des modes de surveillance (enquêtes en population générale, données administratives sur les patients dans les systèmes de soins, données de mortalité, en particulier, par suicide ou associée à l'abus de drogues), il existe bien des systèmes de surveillance. En outre, une grande partie des pays européens ont réalisé des enquêtes sur l'état de la santé mentale des populations. Le Royaume-Uni, la Finlande et la Suède sont les trois pays souvent cités par nos informateurs comme étant "exemplaires" dans le domaine de l'étude de l'état de la santé mentale des populations. D'autres pays mènent des enquêtes sur des aires géographiques particulières (*community studies*). Dans le prochain chapitre, nous présentons donc le modèle de surveillance de la santé mentale mis en place dans un de ces trois pays, le Royaume-Uni, pays considéré par les personnes-ressources interviewées comme ayant un excellent système de recueil de données en la matière.

10.1. Réseau européen pour les indicateurs de la santé mentale dans les enquêtes sur la santé (EURO-HIS)

Ce réseau²⁷ a eu pour objectif le développement d'un consensus sur les méthodes et les indicateurs de santé mentale et de détresse psychologique à utiliser dans le cadre des enquêtes de santé (à la différence des enquêtes de morbidité psychiatrique). Suite aux discussions autour des indicateurs à choisir, une sélection a été testée dans plusieurs pays européens en 2001.

Les participants au réseau ont retenu, après discussion des résultats des enquêtes pilotes, trois séries d'indicateurs pour les enquêtes sur la santé :

- Pour apprécier la santé mentale d'une population, il est recommandé d'utiliser une série de 4 indicateurs de base (la santé mentale positive, la détresse psychologique, les limitations dans les rôles sociaux, le soutien social (Oslo Social Support Scale)). Les trois premiers groupes de questions viennent du SF-36, déjà connu dans beaucoup de pays. Les questions produisent une distribution dimensionnelle (à la différence des distributions par catégories) et leur passation dure autour de 5 minutes.
- Pour les pays qui désirent estimer la prévalence de troubles psychiatriques, il est recommandé d'utiliser 2 outils extraits du CIDI-SF (3 questions sur le trouble d'anxiété généralisée, 2 questions sur l'épisode de dépression majeure). Ces mesures sont compatibles avec le World Mental Health Initiative de l'OMS.
- Les pays ont l'option d'utiliser des questions sur les troubles du sommeil, la dépendance à l'alcool et le suicide.

Les questions et le système de score sont présentés dans un ouvrage en préparation.

10.2. Le projet « établissement des indicateurs pour la surveillance de la santé mentale en Europe »

Le projet d'établir des indicateurs pour la surveillance de la santé mentale en Europe, financé par la Commission Européenne et terminé en 2002, concorde avec son programme d'action communautaire. Il a pour objectif la collecte d'information sur les indicateurs de la santé mentale et du bien-être, sur les systèmes d'information et l'harmonisation des définitions d'indicateurs de santé mentale pour l'Europe. Il a été coordonné par le ministre des Affaires sociales et sanitaires et le Centre national de recherche et développement (STAKES) de Finlande et par le European Network on Mental Health Policy (ENMHPO).

Nous avons déjà constaté l'importance de l'intégration d'un système de surveillance de la santé mentale au sein du système de santé plus généralement, selon la résolution du 18 novembre 1999 du Conseil Européen des ministres de la Santé. Il a été recommandé qu'un tel système soit basé sur des définitions et des méthodes de collecte de données partagées par les états membres de l'Union Européenne [65].

²⁷ Les responsables scientifiques étaient Howard Meltzer (Angleterre) et Martti Heikkinen (Finlande).

La surveillance devrait recouvrir la morbidité psychiatrique, la santé mentale positive et les données régulièrement recueillies par les systèmes de soins et les déterminants (facteurs sociaux) de la santé mentale. L'analyse régulière des données et la dissémination des résultats font partie d'un tel système.

Ce projet décrit et compare l'état de la santé mentale dans les différents états membres et propose des bases pour des programmes touchant à la santé mentale, en particulier les programmes de promotion de la santé mentale et de prévention des facteurs de risque²⁸. Les données recherchées concernent la mortalité (par suicide, liée à l'alcool ou aux drogues), la morbidité et la santé mentale positive et négative (avec des éléments d'espérance de vie), des éléments sur la consommation de soins (psychotropes, hospitalisation et consultations spécialisées), le retentissement (en jours de travail perdus et autres handicaps). Elles comprennent aussi la recherche des facteurs de risque et des éléments socio-démographiques, contextuels et géographiques.

Le projet avait aussi pour objectif l'incitation à la mise en place de la partie santé mentale dans le projet d'observatoire européen de la santé.

10.3. Le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé

Le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé, dont nous avons pu interviewer le directeur, anime un programme sur les déterminants sociaux de la santé, dans lequel figure la santé mentale (la dépression, les suicides). Mais ce programme n'a pas encore été mené à terme. Nous n'avons pas pu obtenir de rapports ou d'autres informations, malgré nos prises de contact avec les personnes-référentes dans plusieurs pays.

10.4. Organisation mondiale de la santé

L'OMS soutient le World Mental Health Initiative, un projet de son groupe "Assessment, Classification, and Epidemiology (ACE)", coordonné par le WHO International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) (responsable scientifique, R. Kessler, de la faculté de médecine de Harvard). Son objectif est de coordonner la mise en oeuvre et l'analyse des enquêtes épidémiologiques des troubles mentaux, des troubles liés à l'abus des substances psychoactives et des troubles comportementaux dans toutes les régions OMS. Ces enquêtes incluent les incapacités liées aux troubles, les conséquences sociales et les recours aux systèmes de soin. Les enquêtes sont menées, dans la mesure du possible, selon des principes communs : échantillonnage de probabilité, entretien en direct, utilisation des outils de l'OMS tel le CIDI (Composite International Diagnostic Interview) et les DAS (Disability Assessment Schedule). Nous avons mentionné le volet français dans le chapitre 9.

11. Description analytique de la surveillance en santé mentale : mise en place au Royaume-Uni

11.1. Le Programme "National Psychiatric Morbidity Surveys"

11.1.1. Introduction

Le Royaume-Uni figure parmi les pays européens qui produisent, grâce à un programme national, des données sur l'état de la santé mentale de la population et ses déterminants sociaux.

Sous l'impulsion du comité de pilotage et du DMCT, nous avons choisi d'examiner en détail le programme britannique de surveillance de la santé mentale : le National Psychiatric Morbidity Surveys. Il est géré par le département de santé de l'Angleterre, en partenariat avec l'Office of National Statistics (ONS, analogue à l'Insee et appelé, à l'époque où débute ce programme, l'Office of Population Censuses and Services, ou OPCS). Outre ces deux organismes, des épidémiologistes et d'autres experts du monde universitaire sont associés comme partenaires. Les données sont hébergées dans un centre universitaire.

²⁸ Il correspond à la décision du parlement européen et du conseil (1400/97/CE) d'adopter un programme d'action communautaire en matière de surveillance de la santé dans le cadre de la santé publique. Cette décision fait clairement état de la nécessité d'un rapport sur la santé mentale dans la communauté.

Lors de nos entretiens, les experts interviewés au Royaume-Uni ont fait état de l'investissement politique, économique et financier important exigé par ce programme. Le programme a trouvé le soutien d'un grand nombre d'acteurs suite à un rapport national paru en 1992 [52] établissant la stratégie du gouvernement dans le domaine de la santé. Ce rapport identifiait les maladies mentales parmi les cinq priorités sanitaires du pays. En fait, la planification du programme lui-même avait déjà commencé au sein du département de santé de l'Angleterre dès 1989. Mais c'est sous l'impulsion du rapport national de 1992 que les bureaux de santé de l'Ecosse et du Pays de Galles ont donné leur accord pour collaborer à ce programme. Ensemble avec le département de santé de l'Angleterre, ils ont commissionné des enquêtes de morbidité psychiatrique à l'Office of Population Censuses and Services (OPCS), sous l'égide d'un comité de pilotage composé de membres représentant le département de santé et l'OPCS, ainsi que d'épidémiologistes et d'autres experts universitaires. L'idée du partenariat principal était d'unir, sous la direction du département de santé, l'expertise des épidémiologistes psychiatriques, dont la plupart se trouvaient dans des départements universitaires de psychiatrie, et l'expertise de la méthodologie d'enquête, basée à l'OPCS (ensuite nommée ONS).

La décision prise par le gouvernement de mandater la production de données en santé mentale à travers un tel programme et à travers une enquête représentative de la population du pays, doit être comprise dans le cadre de la production scientifique au Royaume-Uni. Depuis au moins quarante ans, le Royaume-Uni est reconnu dans le monde scientifique international pour ces recherches en santé mentale et en épidémiologie psychiatrique. Ces recherches recouvrent les indicateurs concernant les patients traités à partir des statistiques recueillies dans le système de soins ou des systèmes de registres de cas et auprès des médecins généralistes. Les chercheurs britanniques étudient aussi, et ce depuis longtemps, la santé mentale en population générale ; mais ces études étaient toujours limitées à des secteurs ou des aires géographiques particuliers (*community studies*).

La psychiatre et épidémiologiste, Dr. R. Jenkins, reconnue comme l'« architecte » du programme de National Psychiatric Morbidity Surveys (NPMS) a indiqué les limites des types de données recueillies habituellement en Grande-Bretagne, par rapport à ce qui pourrait être produit par une enquête nationale. Les limites des données venant du système de soins et des consultations des médecins généralistes qu'elle soulève font écho à celles présentées dans les parties précédentes de notre rapport (voir chapitre 8). Certaines limitations sont spécifiques à un système de recueil de données ou aux caractéristiques particulières d'un pays (par exemple, la France n'a pas de registre des cas psychiatriques). Nous pouvons néanmoins rappeler quelques critiques faites par les experts britanniques à propos des enquêtes antérieures aux NPMS. Ces critiques sont probablement valables pour les enquêtes en santé mentale dans une grande partie de l'Europe. En même temps, elles fournissent la base d'une justification scientifique du choix d'une enquête nationale, par opposition aux enquêtes locales ou régionales [53]. Nous en rappelons les points principaux.

Premièrement, les données hospitalières n'incluent ni les personnes ayant des troubles moins graves, ni les personnes atteintes de troubles graves et chroniques mais traitées ailleurs que dans les hôpitaux. Les troubles moins graves prennent une importance quand ils sont agrégés, car pris dans leur ensemble, ils représentent plus d'invalidité que des troubles plus graves et/ou chroniques. Deuxièmement, les statistiques recueillies auprès des médecins généralistes sont affaiblies par la variation dans les manières de faire un diagnostic, les médecins généralistes n'ayant pas la même formation ou expérience que les cliniciens psychiatriques. Ceci résulte d'une sous-estimation importante de la morbidité psychiatrique. Troisièmement, une partie des personnes souffrant de symptômes psychiatriques n'a pas recours au médecin généraliste, le recours même étant influencé par toute une série de facteurs. Enfin, les nombreuses *community studies* portent sur des aires géographiques et des groupes diagnostiques très différents et utilisent des définitions, des populations et des méthodes variables. Ces variations rendent difficiles à la fois l'extrapolation des résultats aux autres aires géographiques et la combinaison des résultats [53].

Dans ce qui suit, nous présentons les objectifs, les populations, les sous-enquêtes, les méthodes et leurs justifications, les problèmes rencontrés et quelques résultats du National Psychiatric Morbidity Surveys (NPMS).

11.1.2. Objectifs

Le programme du National Psychiatric Morbidity Surveys (NPMS) est mis en œuvre en Grande-Bretagne, en Ecosse et au Pays de Galles. Le programme comprend une série d'enquêtes initiales (*baseline*), menées en 1991, des enquêtes répétées à partir de 2000 permettant de détecter des changements de prévalence des troubles de santé mentale et des enquêtes de suivi. La planification et l'organisation de ces enquêtes ont pris deux ans (1989-1991).

Les objectifs de ces enquêtes sont :

- d'estimer la prévalence de la morbidité psychiatrique chez les adultes âgés de 16 à 64 ans ;
- d'estimer le rapport entre les troubles névrotiques, d'une part, et l'usage et la dépendance à la nicotine, à l'alcool et aux drogues, d'autre part ;
- d'identifier le degré et le type d'invalidité associée au trouble mental.

En outre, ces enquêtes visent :

- à mesurer l'utilisation des services sanitaires et sociaux, qu'ils soient publics, privés ou bénévoles et d'examiner l'association de cette utilisation à la morbidité psychiatrique ;
- à quantifier les causes environnementales de la morbidité psychiatrique en examinant le rapport entre la morbidité psychiatrique, les événements de vie, le soutien social et les circonstances socio-économiques.

11.1.3. Populations et sous-enquêtes

Les enquêtes de 1991 ont ciblé quatre populations et effectifs :

- un échantillon représentatif de la population adulte du pays (10 000 sujets interviewés à domicile et sélectionnés selon les méthodes d'échantillonnage aléatoire, à partir de 200 codes postaux stratifiés par secteur et par groupe de classification socioprofessionnelle) ;
- un échantillon de personnes hospitalisées ou dans des résidences et logements spécialisés (1 200 sujets dans 208 institutions) ;
- un échantillon des personnes atteintes de troubles psychotiques (350 sujets tirés au sort à partir des mêmes codes postaux qu'en (1)) ;
- un échantillon des personnes sans abri (1 116 sujets sélectionnés par une méthode d'échantillon « boule de neige », à partir de quatre cadres d'échantillonnage (*sampling frames*) : ceux abrités dans des logements temporaires privés, les utilisateurs des foyers à long terme et des foyers d'urgence, les utilisateurs de centres de jour qui dormaient dans la rue.

La sous-enquête des personnes atteintes de trouble psychotique a été jugée nécessaire parce que ces personnes sont trop rares pour être appréhendées lors d'une enquête en population générale. Cette sous-enquête a été faite à partir du sondage des services, des autres dispositifs et des individus ayant des contacts avec des personnes atteintes de psychose. Un échantillon probabiliste a été créé à partir de ces multiples sous-échantillons.

Aux enquêtes portant sur ces quatre populations, il faut ajouter une enquête associée, menée en collaboration avec les écoles, dans des foyers, et portant sur les enfants âgés de 5 à 15 ans [54]. La morbidité psychiatrique a été mesurée par trois catégories de variables (troubles du comportement, troubles émotionnels, troubles hyperkinétiques) selon les critères du CIM-10 et du DSM-IV. A ces variables s'ajoutent l'impact (les conséquences pour l'enfant) et le fardeau (conséquences pour les autres) des troubles, ainsi que l'utilisation des services sanitaires, sociaux et volontaires.

Les autres enquêtes associées supplémentaires incluent :

- la santé et le bien-être des aidants naturels ;
- la santé mentale des minorités ethniques (non terminée).

Les quatre enquêtes principales ont été précédées par des études pilotes. Pour l'échantillon représentatif de la population, des patients de médecine générale ainsi que 1 061 sujets sélectionnés à partir des codes postaux ont été interviewés. Ces études ont permis aux interviewers d'améliorer leurs compétences en matière d'évaluation de la morbidité psychiatrique. La durée de l'entretien et la compréhension des questions ont été testées.

Outre ces enquêtes transversales, le programme comprend à la fois la répétition des mesures et le suivi des sujets. La première stratégie permet d'appréhender le changement dans les taux de prévalence de morbidité psychiatrique dans la population. Elle est considérée par le programme NPMS comme nécessaire à la surveillance de la santé mentale, à l'appréhension des tendances en matière de morbidité psychiatrique dans la population et des changements dans les facteurs potentiels de risque. La deuxième stratégie permet de surveiller le devenir clinique et non-clinique des sujets ayant un trouble au moment de la première enquête (*baseline*).

La répétition des enquêtes est envisagée tous les 7 à 10 ans. Jusqu'à présent, seule l'enquête de 1993, auprès des adultes à partir des ménages, a été répétée.

Trois suivis ont été réalisés jusqu'à présent :

- un suivi sur 12 mois de l'enquête de 1997 auprès des détenus ;
- un suivi sur 12 mois de l'enquête de 2000 auprès des adultes, à partir des ménages ;
- un suivi de 3 ans de l'enquête de 1999 auprès des enfants et adolescents.

11.1.4. Mesures

Les mêmes outils ont été utilisés, dans la mesure possible, dans les différentes enquêtes et sous-enquêtes, pour permettre la plus grande comparabilité. Les mesures de morbidité psychiatrique ont inclus les troubles psychiatriques avérés selon la CIM-10 mais aussi les symptômes psychologiques et les conditions psychiatriques « au-dessous du seuil » de ce qui est considéré comme cliniquement important. La décision d'appréhender les symptômes et les troubles « légers » – point central du débat sur les « *unmet needs et overmet needs* » (voir chapitre 6) – repose sur le constat, nous l'avons vu, que les incapacités liées à ceux-ci s'avèrent importantes dans leur effet d'agrégat. L'importance attribuée aux facteurs sociaux relève de leur rôle présumé causal dans l'étiologie de certains troubles et de certaines conditions.

Pour les troubles névrotiques, une révision du Clinical Interview Schedule CIS-R de Goldberg a été utilisée [66], au lieu du Composite International Diagnostic Interview (CIDI) utilisé en France. Le CIDI a été considéré trop long, laborieux et maladroit (les autres raisons pour le rejet du CIDI ainsi que certaines propriétés psychométriques des outils utilisés sont développées dans un article de Jenkins et ses collègues [53]. Le CIS-R couvre une période d'une semaine. Un score de 12 ou plus est considéré comme un indicateur de trouble névrotique. Plusieurs troubles pouvaient être pris en considération, mais selon une hiérarchie permettant d'établir un diagnostic primaire²⁹.

Pour dépister la psychose, le Psychosis Screening Questionnaire (PSQ) a été développé.

Les autres outils comprennent les mesures suivantes :

- dépendance à l'alcool et ses conséquences [67-70],
- dépendance aux drogues et ses conséquences [71],
- utilisation du tabac et ses conséquences,
- symptômes somatiques,
- médicaments,
- l'invalidité sociale (limitations dans le fonctionnement social et les activités, dans les domaines du logement, de l'emploi, des relations sociales, des finances et de la famille),
- l'utilisation des services de santé primaire et secondaire, des institutions privées, des services sociaux ou bénévoles,
- satisfaction par rapport aux soins et services,
- les événements de vie récents,
- la perception du soutien social,
- les conditions socio-économiques (finances, emploi).

11.1.5. Les difficultés rencontrées

Outre les problèmes habituels des taux de réponse³⁰, une difficulté rencontrée mérite d'être discutée ici.

La mesure de la psychose a été particulièrement difficile. Bien que le PSQ développé montrait une bonne spécificité et une bonne sensibilité, pour l'enquête en population générale, la basse prévalence des troubles psychotiques a influencé la capacité prédictive de cet outil (*positive predictive value*). L'outil n'arrivait pas à dépister un quart des patients hospitalisés ayant un trouble mental, probablement parce que les cas en rémission n'avaient pas de symptômes psychotiques. Pour le deuxième stade

²⁹ Une description détaillée se trouve dans 55. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Meltzer H: The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain - initial findings from the household survey. *International Review of Psychiatry* 2003; 15:29-42.

³⁰ Pour l'enquête adulte-ménages, le taux de réponse était bon : 80 %. Le taux de réponse du suivi des détenus était nettement moins bon (59 %) même si on tient compte du fait qu'il s'agit d'un suivi. Les autres taux de réponses n'ont pas encore été publiés.

d'évaluation des troubles psychotiques, l'étude a donc sélectionné non seulement les sujets ayant un score positif sur le PSQ, mais aussi ceux qui prenaient des médicaments antipsychotiques ou qui avaient été en contact avec un professionnel de la santé pour un problème qu'ils définissaient comme étant psychotique.

11.1.6. Quelques résultats obtenus par les NPMS

- Les enquêtes baseline

Les résultats du NPMS sont publiés dans plusieurs articles de revues scientifiques [56], ainsi que dans un numéro spécial de la *International Review of Psychiatry* (tome 15, février-mai 2003). Ils servent à la planification, à la détermination des besoins de la population et à éclairer les politiques publiques. Nous ne présentons que les résultats les plus importants.

Parmi les adultes enquêtés à partir des ménages, 1 sur 6 a souffert d'un trouble névrotique dans la semaine précédant l'entretien. L'anxiété/dépression constitue la moitié des troubles identifiés par l'enquête. Tous les troubles névrotiques étaient plus fréquents chez les femmes. Pour les deux sexes, les troubles étaient fortement associés avec le fait d'être séparé, divorcé ou en veuvage. Les taux étaient 2 fois plus élevés chez les personnes sans emploi et 1,5 plus élevés chez les habitants urbains que les ruraux. Les personnes ayant un trouble névrotique avaient 2 fois plus de chances que ceux n'ayant pas de trouble d'avoir consulté un médecin généraliste dans les deux semaines précédant l'entretien ; mais un quart n'avait pas consulté un professionnel sous prétexte que personne ne pouvait les aider pour des problèmes de santé mentale.

Moins de 1 % – dont 2/3 femmes – déclarait avoir eu des pensées suicidaires dans la semaine écoulée. Pourtant, seul un cinquième des individus suicidaires prenait des antidépresseurs et seul un sixième était en psychothérapie ou recevait un soutien psychologique (*counseling*) [55].

Toujours parmi les adultes en population générale, la prévalence sur un an est de 4 sur 1 000 pour la psychose, de 47 sur 1 000 pour la dépendance à l'alcool, et de 22 sur 1 000 pour la dépendance aux drogues illicites. Le fait d'avoir un trouble psychiatrique est associé principalement avec le manque d'emploi, la perception d'une absence de soutien social et d'isolement social et le fait d'avoir vécu plusieurs événements de vie [57].

L'enquête de 1994 sur les personnes sans abri a montré un taux de prévalence, pour les troubles névrotiques, de 2,5 fois le taux des adultes dans l'enquête ménage.

Selon l'enquête sur les enfants âgés entre 5 et 15 ans, 10 % ont un trouble psychiatrique (la plupart étant des troubles du comportement, suivi par l'anxiété ou la dépression et, enfin, l'hyperactivité). La moitié des enfants ayant un trouble psychiatrique avait rencontré un professionnel lié au système scolaire, un quart avait utilisé des services spécialisés de santé et un cinquième avait utilisé des services sociaux.

Dans l'enquête sur les aidants naturels, 21 % des femmes, mais seulement 12 % des hommes, ont un score sur le CIS-R indiquant des symptômes névrotiques. Les femmes aidants ont presque 1/4 plus de probabilité d'avoir des symptômes névrotiques que les femmes en population générale ; aucune différence n'a été trouvée pour les hommes. La mauvaise santé mentale était liée au fait que l'aide informelle ait des répercussions sur l'emploi, à un nombre d'heures important passées à aider quelqu'un, à l'aide à quelqu'un ayant des problèmes somatiques et psychiatriques, au manque de congés [57].

- L'enquête répétée

Comparée à l'enquête baseline de 1993, l'enquête de suivi en 2000 n'a montré aucune différence dans les taux des troubles névrotiques ou psychotiques chez les femmes. Par contre, le taux des troubles névrotiques avait augmenté légèrement pour les hommes. De même, les taux de dépendance aux drogues avaient pratiquement doublé pour les deux sexes entre 1993 et 2000 [57].

- Les enquêtes de suivi

L'enquête de suivi sur les détenus indique que peu ont reçu des services psychiatriques. Après avoir été mis en liberté, peu ont trouvé des logements spécialisés pour les problèmes de santé mentale ou de drogues.

Les résultats des autres suivis n'ont pas encore été publiés.

11.2. Le programme national de surveillance du suicide et des symptômes suicidaires (self-harm)

Bien que le comportement suicidaire soit pris en compte dans les mesures utilisées dans les NPMS, l'Angleterre a inclus la surveillance du suicide dans son programme de stratégie nationale pour la prévention du suicide (National Suicide Prevention Strategy) établi en 2002. Ce programme fait suite à la cible annoncée dans un White Paper du gouvernement anglais (*Saving Lives: Our Healthier Nation*) : réduire d'un cinquième le taux de mortalité du suicide et des blessures indéterminées avant l'année 2010.

Cette stratégie est un des principaux programmes du département de santé de l'Institut national pour la santé mentale en Angleterre (National Institute for Mental Health in England, NIMHE).

Comme dans d'autres pays, les taux de suicides en Angleterre ont augmenté chez les hommes jeunes, en même temps qu'ils ont diminué chez les hommes âgés et chez les femmes. Parmi les hommes de moins de 35 ans, le suicide est la première cause de décès. Certains groupes ont été identifiés comme étant à haut risque pour le suicide : les personnes en contact avec des services de santé mentale, les personnes s'étant infligées des blessures sur elles-mêmes (*deliberate self-harm*) dans l'année écoulée, les détenus et certains groupes professionnels (les fermiers et les travailleurs agricoles, par exemple) (Hawton 2000). Il est intéressant de noter que la stratégie de prévention du suicide a ajouté à cette liste des groupes non avérés comme ayant un risque élevé pour le suicide. Lors du processus consultatif antérieur à la publication du programme, ces groupes ont fait l'objet d'une attention particulière à cause de leur vulnérabilité en santé mentale. Sont inclus : les groupes socialement désavantagés ou exclus, les minorités ethniques (noirs et femmes asiatiques sont spécifiquement mentionnés), les personnes ayant un usage abusif de drogues ou d'alcool, les victimes et survivants d'abus (en particulier, abus sexuel lors de l'enfance), les enfants et jeunes personnes (moins de 18 ans), les femmes pendant et après la grossesse, les personnes âgées, les endeuillés des suicides.

Une collaboration nationale de surveillance des actes de blessures sur soi-même (*deliberate self-harm*) a été mise en œuvre sous la direction du Professor Keith Hawton du Centre pour la prévention du suicide à Oxford. Elle a pour objectif d'établir le nombre de suicides ayant lieu pendant l'année qui suit un acte de *deliberate self-harm*.

Le groupe responsable de la stratégie nationale pour la prévention du suicide surveille les statistiques sur le suicide en utilisant les données et les études provenant de plusieurs organismes :

- les taux de suicide par âge, sexe et méthode (données du National Office of Statistics),
- les suicides parmi les individus pris en charge par le système de santé mentale (données du National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness),
- les suicides parmi les détenus (données gouvernementales),
- les suicides des femmes pendant et après la grossesse (enquête nationale).

D'autres stratégies de surveillance sont proposées pour l'avenir [58], notamment sur :

- le suicide suite au *deliberate self-harm* (mise en relation des données recueillies par la collaboration nationale de surveillance et des données du ONS sur la mortalité),
- les suicides dans les différents groupes ethniques et métiers (en demandant aux *coroners* d'inscrire ce type d'information sur les certificats de décès),
- la proportion de suicides dans les classes sociales les plus défavorisées.

Plus généralement des recherches sont prévues pour étudier la fréquence et les caractéristiques de *deliberate self-harm* parmi les élèves, la surveillance des suicides selon des méthodes particulières (asphyxie aux gaz d'échappement de véhicules), et dans certains groupes à risque élevé.

12. Les propositions d'orientations en matière de surveillance de santé mentale

Les orientations que nous présentons pour discussion ci-dessous sont le fruit d'une réflexion nourrie à partir de nos entretiens, de la littérature scientifique et des consultations avec des experts sur les enquêtes et sur la surveillance en santé mentale au Royaume-Uni.

Nous avons évalué deux propositions alternatives :

- soit des orientations axées sur un programme d'enquêtes nationales sur la santé mentale capables de produire des données de base sur la prévalence des troubles et leurs déterminants, base à laquelle la surveillance en santé mentale peut se référer dans les années à venir ;
- soit une série de projets plus ponctuels sur des objets très précis (par exemple, la violence des jeunes, les problèmes présentés aux services d'urgences).

Nous avons tranché pour la première alternative, et ceci pour plusieurs raisons.

Premièrement, une telle orientation permet d'étudier en même temps plusieurs problèmes, comme l'ensemble de la morbidité psychiatrique, les incapacités qui y sont liées, et la santé mentale plus généralement. Elle pourrait donc recouvrir une grande partie des problèmes évoqués par les personnes interviewées (la dépression, les troubles mentaux graves et durables, le comportement suicidaire, la souffrance psychique) et n'empêcherait pas la mise en œuvre, si nécessaire, de volets portant sur des populations d'intérêt (les adultes, les jeunes et les adolescents, les populations spécifiques – détenus, personnes en situation de grande précarité, etc.).

Deuxièmement, un tel programme, mené sur une population représentative des français, peut produire des indicateurs de la santé mentale, lesquels serviront dans un deuxième temps, à identifier des régions ou localités où il serait important d'intensifier la surveillance en santé mentale.

Troisièmement, le développement d'un tel programme peut s'appuyer d'une part, sur les efforts d'harmonisation des méthodes et des outils utilisés aux niveaux européen et international et d'autre part, sur les modèles existants – par exemple, celui des National Surveys of Psychiatric Epidemiology au Royaume-Uni – tout en conservant une autonomie et une spécificité nécessaires à la situation française.

13. Recommandations

13.1. Recommandation n° 1

Développement et mise en place d'un programme d'enquêtes nationales sur la morbidité psychiatrique

Comme minimum, un programme inclurait :

- 1) une enquête large représentative des ménages du pays (enquête nationale) ;
- 2) une enquête associée des institutions qui prennent en charge les personnes souffrant de trouble mental (modélisée en partie d'après l'enquête HID) ;
- 3) une enquête associée de "basse prévalence" des personnes souffrant de troubles psychotiques graves et durables (voir recommandation n° 2) ;
- 4) des enquêtes associées, si nécessaire, sur des populations spécifiques (détenus, personnes en situation de grande précarité).

Dans l'idéal, ces enquêtes devraient avoir *un volet adultes et un volet enfants/adolescents*. Elles devraient être *répétées* à quelques années d'intervalle (7 à 10 ans) pour repérer les changements dans la prévalence des troubles, voire détecter des troubles et des problèmes émergents.

13.1.1. Pourquoi des enquêtes en population générale ?

L'intérêt des enquêtes en population générale par rapport à celles portant sur le système de soins et ses usagers est double.

Premièrement, *la plupart des troubles mentaux et des problèmes de santé mentale ne sont pas pris en charge* en psychiatrie ou ailleurs. Aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne (entre autres pays), la majorité

des personnes classées par les études épidémiologiques comme ayant un trouble psychiatrique *ne consulte pas* un soignant (psychiatrique ou autre) pour ce trouble. En France, la majorité de sujets classifiés par l'enquête CreDES comme ayant une dépression n'a pas eu recours aux soins pour ce problème. Cela démontre que les troubles mentaux, leur retentissement et les problèmes de santé mentale ne peuvent pas être *uniquement* décelés à partir des systèmes de soins.

Les enquêtes dites de "population générale" présentent l'avantage de prendre en compte à la fois les sujets qui reçoivent des soins ("traités") et les sujets qui ne sont pas pris en charge par le système de soins. Un programme comprenant de telles enquêtes serait en concordance avec les principes établis par le législateur. La future loi d'orientation en santé publique a parmi ses objectifs, l'identification des personnes à risque et l'assurance de leur accès à des traitements efficaces (les décideurs et acteurs interrogés lors de cette mission étendent le contenu de cette offre à des services sociaux et médicaux et à des ressources matérielles et sociales). La loi de planification sanitaire énonce que l'offre doit s'axer sur les besoins et pas sur l'existant (par exemple, les indices d'utilisation de lits psychiatriques). Or le repérage de personnes à risque et le décalage entre leurs besoins et les réponses ne peuvent être repérés qu'à partir d'enquêtes en population générale. Il en va de même pour la recherche des facteurs qui influent sur ces risques et sur ce décalage.

Deuxièmement, *les déterminants* des troubles mentaux et de la santé mentale, de leur gravité et de leur évolution *sont repérables en population générale*. Parmi les déterminants des troubles mentaux mineurs pertinents pour les interventions préventives se trouvent : les caractéristiques socio-démographiques, le statut marital, la pauvreté, la grande précarité, les conditions de vie (logement, ressources matérielles et sociales), les arrangements domestiques, les conditions de travail, la position sociale, le niveau d'instruction, l'appartenance à une minorité (ethnique, linguistique ou autre), l'enchaînement d'événements de vie non-désirables, les agressions sexuelles et les violences. Plus généralement, les inégalités sociales sont fortement associées à l'émergence et au devenir des troubles mentaux et des problèmes de la santé mentale. Or, c'est en dehors du système de soins que les déterminants sociaux sont décelés et que les actions préventives de la santé publique peuvent être mises en place.

13.1.2. Pourquoi une enquête représentative de la population française ?

Une enquête nationale représentative d'une aire géographique importante – le pays – présente des avantages par rapport aux enquêtes régionales ou locales. L'agrégation des résultats de ces dernières ne représente pas l'ensemble de la population du pays, les résultats risquent de varier d'un territoire ou d'une région à l'autre. La possibilité de généraliser les résultats de telles enquêtes prises isolément n'est pas reconnue.

En revanche, une enquête nationale – si elle comprend un niveau d'enquête (cadre d'échantillon) assez fin (codes postaux) et des méthodes précises de stratification selon les critères d'intérêt, et si elle suit les principes de l'épidémiologie (basée sur la théorie de la probabilité, etc.) – permet d'estimer les taux de prévalence de troubles (par exemple) dans des groupes spécifiques (par exemple, les femmes d'une certaine classe sociale). Des techniques d'estimation synthétique peuvent ensuite être utilisées pour faire des estimations pour des aires plus petites.

13.1.3. Existe-t-il déjà en France des enquêtes sur la morbidité psychiatrique en population générale ?

Une enquête nationale a été menée en France lors des dernières années par le centre collaboratif français de l'OMS (chapitre 9.5). Elle a produit des données importantes sur les représentations de la maladie mentale et de la "folie", sur la stigmatisation et sur les variations culturelles de ces représentations. Elle comporte aussi un volet sur la prévalence des troubles mentaux, dont les analyses n'ont pas encore été faites. Les méthodes utilisées pour le volet épidémiologique, d'après ce que nous avons pu comprendre, ne suivent pas les principes habituels de l'épidémiologie, ce qui empêche l'utilisation des résultats comme données de base sur lesquelles on pourrait s'appuyer pour comparer les résultats d'enquêtes répétées à 7 – 10 ans d'intervalles. Les variables dans ce volet n'incluent pas une grande partie des déterminants sociaux hypothétiques.

Un deuxième type d'enquête sur les indicateurs de santé mentale au niveau régional est envisagé pour des régions à déterminer, en 2004. L'enquête a pour objectif de valider des indicateurs permettant d'estimer le besoin de soins dans des territoires géographiques de tailles et ressources diverses ; d'évaluer la prévalence des problèmes de santé mentale, des populations à risque, et l'adéquation de l'utilisation des soins et de comparer les régions entre elles. Elle porte sur les adultes, avec l'option de volets complémentaires sur les aidants naturels, les adolescents et le diagnostic de jeu pathologique.

Cette enquête répond aux besoins des régions quant à leur planification, mais pose des problèmes de généralisation.

Une enquête a été publiée récemment sur la santé mentale des sans domicile fixe et une enquête est actuellement en cours sur la santé mentale des détenus. Il ne semble pas nécessaire en ce moment d'envisager des enquêtes sur ces deux populations spécifiques.

13.1.3. Pourquoi ne pas appliquer les taux de prévalence et les indicateurs des déterminants trouvés dans d'autres pays pour établir un programme de surveillance en France ?

Les taux de prévalence d'une partie des troubles psychiatriques ne varient pas beaucoup. Toutefois, ce ne sont pas uniquement les diagnostics qui nous intéressent, mais la gravité des troubles, leurs retentissements, les besoins et la santé mentale plus généralement – phénomènes qui, eux, varient considérablement d'un contexte à l'autre.

La littérature scientifique fait état d'un certain nombre de déterminants sociaux – comme par exemple la position sociale ou les conditions de vie – fortement associés aux troubles mentaux. Elle montre aussi que ces associations varient selon le contexte. Ainsi, cette littérature et les réflexions que nous avons pu recueillir auprès des experts suggèrent l'impossibilité de s'appuyer sur des indicateurs identifiés dans un pays pour en étudier un autre, ce qui renforce l'idée de la nécessité d'une enquête de morbidité psychiatrique qui soit menée en France.

13.1.4. Quels outils et quelles mesures sont essentiels pour un programme d'enquêtes nationales sur la santé mentale ?

Les outils devraient faire l'objet d'une étude en soi (voir infra). Au minimum, ils devraient pouvoir prendre en compte : le diagnostic, la symptomatologie, la gravité et la durée du trouble (en partie inclus parmi les critères nécessaires à l'établissement d'un diagnostic), l'incapacité, le handicap, le fonctionnement social, la détresse psychologique, les autres dimensions de la santé mentale, les besoins auto-perçus, l'utilisation des soins et des autres services, le soutien social, et les variables sociales mentionnées ci-dessus. L'encadré sur la dépression (chapitre 4) présente certaines dimensions à prendre en compte pour un même trouble ou maladie.

Les outils peuvent inclure une ou des questions sur les actes suicidants. Toutefois, l'approche du suicide devrait être planifiée en coordination avec la stratégie nationale d'actions face au suicide (voir chapitre 10).

Les outils devraient permettre des comparaisons avec d'autres études et donc s'aligner sur les efforts d'harmonisation en cours au niveau européen.

Bien que la surveillance des addictions soit assurée par l'OFDT, *il est essentiel d'inclure dans la surveillance de la santé mentale, les problèmes et les troubles liés à l'abus et/ou la dépendance de substances psychoactives (alcool, drogues, tabac)*. En principe, il existe une forte association entre la consommation des produits addictifs et les autres problèmes psychologiques. L'appréhension de cette co-morbidité et son association avec d'autres variables est nécessaire pour la mise en évidence de groupes à risque. Par exemple, il semble que les hommes jeunes, alcooliques, ayant des troubles de la personnalité et souffrant de dépression sont particulièrement à risque pour le suicide. La consommation de ces substances a aussi un effet très nocif sur les troubles mentaux graves.

13.1.5. Comment interpréter les résultats de telles enquêtes, y compris des phénomènes émergents comme la souffrance psychique ?

Il est important de dépasser la simple "mise à plat" de toute une série de données que peut produire la surveillance des troubles mentaux et problèmes de santé mentale. Nous avons évoqué lors du rapport intermédiaire la nécessité de hiérarchiser les besoins en matière de surveillance, de préciser les phénomènes d'intérêt et de conceptualiser les problèmes.

Pour ne donner qu'un exemple, beaucoup de données existent en France sur les symptômes dépressifs et sur les troubles de l'humeur. Pourtant, beaucoup de décideurs et d'acteurs en santé évoquent le grand nombre de cas non-traités et/ou le besoin d'une étude (supplémentaire) sur la dépression. Dans ces cas, faut-il s'intéresser à la dépressivité (l'état transitoire mesuré par des échelles) ou faut-il exiger le repérage des véritables diagnostics de dépression ? Si l'on s'intéresse aux troubles avérés de dépression, que prendre en compte : la durée des épisodes, la récurrence, le niveau de détresse engendré ? Que faire du fait que les

outils diagnostics des enquêtes mélangent les cas de dépression ayant un fort retentissement sur la vie quotidienne avec des cas de dysthymies de longue durée moins incapacitants ? Comment interpréter une augmentation dans la prévalence de la dépression ? S'agit-il d'une nouvelle modalité d'expression de toute une série de troubles et problèmes (une forme de souffrance psychique) ? D'une "idiome de détresse", comme disent les anthropologues ? Est-elle la réponse aux campagnes de sensibilisation dans les médias par l'industrie pharmaceutique ? L'évolution des chiffres de prévalence doit être analysée dans le contexte sociologique. Donner du sens aux résultats requiert, par définition, l'analyse sociologique.

Il en va de même pour toute une série de questions qui seront soulevées par les résultats d'enquêtes. La santé mentale et la souffrance psychique sont deux phénomènes perçus comme problématiques par une grande partie de la population française. Pourtant, elles sont définies de façon floue, contradictoire et variable. Une valeur ajoutée du programme que nous recommandons serait de permettre l'exploration de ces domaines.

13.1.6. Quel partenariat envisager ?

Un programme d'enquête nationale en santé mentale implique un investissement important en termes de ressources financières et humaines. Il devrait faire l'objet d'un partenariat, sur le modèle de l'enquête HID. La collaboration avec l'Insee, l'Ined, l'Inserm, la CnamTS, les associations d'usagers ainsi que les différents départements du ministère de l'Emploi et de la Solidarité pourraient être envisagées.

L'InVS devrait explorer les synergies possibles (ministérielle, entre instituts et institutions) et la possibilité de constituer une masse critique émergente dans le domaine de l'épidémiologie psychiatrique en France.

Malgré le fait que nous n'ayons pas pu mener à bien l'exploration des besoins d'informations ressentis par les acteurs et décideurs des niveaux régionaux et locaux, nous avons pu noter que les sentiments de ne pas être entendu et d'incompréhension avec le niveau national sont énoncés par nombre de ces acteurs. La décentralisation – au moins dans le degré qu'elle a déjà atteint – n'enlève pas la méfiance envers les actions entreprises par les instances étatiques et centralisées. Il serait important d'inclure, dans le processus de développement d'un programme de surveillance en santé mentale, les représentants de ces niveaux. En dehors de leur expertise, ils peuvent apporter des éléments importants et notamment leur éclairage, leur expérience pratique et leur perspective de terrain.

13.2. Recommandation n° 2

13.2.1. Développement d'une enquête utilisant des méthodes de "basse prévalence" sur la prise en charge, le suivi, et les conditions de vie des troubles psychotiques graves et durables

L'enquête en population générale n'est pas la plus appropriée pour estimer la prévalence et les variables associées avec ces troubles, à cause de leur très basse prévalence, des problèmes de fiabilité des outils employés habituellement et des difficultés à atteindre les sujets souffrant de ces troubles. Pourtant, les raisons d'inclure les troubles graves et durables, en particulier ceux caractérisés par des symptômes et des déficiences psychotiques dans le programme proposé sont multiples : le poids de ces troubles, le risque élevé de suicide et les autres causes de mortalité, leur caractère variable et souvent peu prévisible dans le temps, la reconnaissance de l'importance des difficultés et des conditions de vie auxquelles ils sont associés et qui a été en grande partie ignorée jusqu'à présent par les pouvoirs publics, le manque de connaissances sur les besoins de suivi, d'accompagnement et de continuité des soins, l'hypothèse qu'une grande partie de cette population hétérogène est perdue de vue par les systèmes de soin.

En association au programme d'enquête nationale, il est proposé de créer une enquête, qui sorte du cadre des méthodes de surveillance classique³¹. Des méthodes alternatives, plus appropriées aux troubles à basse prévalence, pourraient être mobilisées (voir par exemple l'étude basse prévalence des troubles psychotiques du ministère de la Santé australien ou le projet PRISM de Graham Thornicroft et collègues en Angleterre).

Une enquête de ce type est plus proche de la surveillance à proprement parler car elle essaie de "compter" l'ensemble des personnes atteintes de ces troubles dans une aire donnée (par exemple, quelques quartiers de ville, une banlieue, une zone de cantons). En même temps, elle pourrait générer

³¹ Comme l'InVS fait dans d'autres domaines, par exemple, auprès des populations où les risques d'infection par le VIH ou le VHC sont élevés.

des hypothèses sur les facteurs de risque concernant non seulement les troubles mentaux mais aussi les incapacités et les désavantages sociaux, ce qui rejoint le souci de mieux cerner le handicap social. Enfin, la modélisation du système de soins de facto serait une valeur ajoutée – pas tel qu'il est constitué par le secteur et les établissements psychiatriques ou médico-sociaux à proprement parler, mais tel qu'il est constitué à travers les pratiques des sujets eux-mêmes. Le constat de mésusage de certains services et des ressources (par exemple, foyers pour SDF) signale en effet des besoins non-traités à mettre en relation avec les préférences des sujets et les ressources du système de soins.

Enfin, une critique souvent avancée est que les outils mesurent mal les troubles psychotiques en population générale. L'identification de symptômes isolés est oubliée : même si ceux-ci ne rentrent pas dans la définition de véritables troubles psychotiques car ils ne sont pas associés à d'autres critères (temporalité, gravité, présence de plusieurs symptômes), ils sont cependant intéressants et valent la peine d'être explorés.

13.3. Recommandation n° 3

13.3.1. Etat des lieux sur les outils de mesure des troubles mentaux et de la santé mentale

Une surveillance en santé mentale doit être accompagnée par un état des lieux des outils de mesure de la morbidité psychiatrique et de la santé mentale. Il faudrait procéder à une analyse critique des outils de mesure de la morbidité psychiatrique en population générale pertinents pour les objectifs de la surveillance en psychiatrie, tout en prenant en compte leurs propriétés psychométriques et leur validité pour la population française. Ces outils sont nombreux et incluent : les entretiens et questionnaires standardisés à visée diagnostique, les échelles de détresse psychologique et de bien-être, les autres échelles psychologiques (désirabilité sociale, résilience, traits de personnalité), les échelles d'invalidité, du fonctionnement social et d'autres retentissements de la maladie sur la vie quotidienne, les échelles de qualité de vie subjective et objective. Il faudrait s'assurer, dans la mesure du possible, que ces outils sont en accord avec les efforts européens d'harmonisation des indicateurs de santé mentale et qu'ils permettent les comparaisons avec d'autres études internationales. Comme les autres orientations, celle-ci suppose un travail de partenariat engagé dans la durée et non pas dans l'urgence.

Une telle revue pourrait traiter de la représentation conceptuelle des troubles durables (différente de celle des troubles aigus) qui reste une question centrale dans le domaine de la santé mentale. Une grande partie des recueils de données "officiels" sur les troubles psychiatriques se base sur un modèle sous-jacent des troubles aigus.

Une des valeurs ajoutées d'un tel état des lieux serait de pouvoir servir de façon transversale et ainsi d'être utile à plusieurs départements de l'InVS. La santé mentale est de plus en plus prise en compte en tant que dimension de la santé, liée à la toxicomanie, à l'infection au VIH, au sida, à d'autres maladies chroniques, etc.

13.4. Recommandation n° 4

13.4.1. Développement des indicateurs sociaux pertinents pour la santé mentale

En France, il manque d'outils de mesure – et souvent de conceptualisation ! – pour une grande partie des déterminants sociaux. Il est important de travailler les indices de pauvreté et de précarité, les mesures composites, les notions telles que l'intégration sociale, l'intégration civique et le capital social, ainsi que les dimensions et les modèles liés aux conditions de travail. Il serait ainsi important de travailler en coordination avec le département « santé et travail » de l'InVS, qui met actuellement en œuvre des études sur la santé mentale liée à certains métiers et certains secteurs spécifiques.

Le choix d'utiliser ou non, parmi les variables sociales, un indicateur d'appartenance à une minorité ethnique ou linguistique fait débat en France, et ce, dans tous les domaines de la recherche en sciences humaines et sociales. Pourtant, l'absence de ce type de variable risque de faire échouer le repérage de déterminants importants de la santé mentale (comme les effets de la discrimination et du racisme).

13.5. Recommandation n° 5

13.5.1. Ouvrir la discussion sur des modes de surveillance possible en médecine générale, et éventuellement, auprès d'autres intervenants de première ligne

La surveillance de la santé mentale par des réseaux de médecins-sentinelles ou par le repérage des "cas" pris en charge en médecine de ville semble importante, en particulier pour les comportements suicidaires. Et ce, d'autant que les généralistes et les pédiatres sont en première ligne pour les problèmes de santé mentale.

Éventuellement, il serait important d'étendre la surveillance à d'autres intervenants de première ligne, comme par exemple les médecins et infirmières scolaires ou les travailleurs sociaux.

La surveillance en médecine générale butte sur des problèmes importants. Parmi ceux évoqués par les personnes interviewées, il y a l'influence de l'hétérogénéité des compétences et des styles de travail sur l'identification des troubles, il y a aussi le coût de la mise en œuvre d'une telle surveillance avec la pratique de plus en plus fréquente d'indemnisation des médecins (parfois des sujets) pour leur participation aux études et aux recherches, etc. Les projets de surveillance de ce type méritent ainsi réflexion.

13.6. Recommandation n° 6

13.6.1. Etablir un dispositif de surveillance des conséquences des catastrophes naturelles et des accidents et traumatismes collectifs

Bien que cette recommandation ne concerne pas un programme général sur l'état de la santé des français, elle se réfère à un dispositif essentiel, pour les instituts de veille sanitaire aujourd'hui.

Ces 20 dernières années, plusieurs accidents collectifs ou catastrophes (l'explosion de l'usine AZF à Toulouse, les inondations dans plusieurs départements, les prises d'otages, les attentats terroristes à Paris, à l'aéroport de Marseille, etc.) ont mis en relief l'importance d'un domaine émergent : l'épidémiologie et l'organisation de soins liées aux situations d'urgence. Des dispositifs de surveillance dans ce domaine sont en cours d'intégration dans les systèmes de veille sanitaire de plusieurs pays. Les troubles de la santé mentale sont une des séquelles importantes de ce type de traumatisme. Les troubles mentaux et problèmes psycho-sociaux peuvent apparaître à différents moments suite à l'exposition à l'événement traumatique.

Annexes

Annexe 1

MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE

Barres Martine, médecin de santé publique, chef de bureau, sous-direction des personnes handicapées, Direction générale de l'action sociale (DGAS).

Canneva Jean, Président, Unafam.

Cuvillier Nathalie, chef du bureau 6C (santé mentale)³², Direction générale de la santé.

Durand Bernard, pédopsychiatre, chef de service, Centre intercommunal hospitalier de Créteil.

Finkelstein Claude, FNAPSY.

Gravelat Chantal, chef du bureau 6C (santé mentale), Direction générale de la santé.

Isnard, Hubert, directeur, DMCT.

Joubert Michel, sociologue, Université de Paris VIII.

Kannas Serge, Mission nationale d'appui en santé mentale.

Lang Thierry, conseiller, DMCT.

Niel Xavier, chef de bureau, bureau « état de santé de la population », Drees.

Rouillon Frédéric, conseiller, cellule d'appui scientifique, Direction générale de la santé et chef du service de psychiatrie, Hôpital Albert Chennevier.

Rousseau Elisabeth.

³² Au moment de sa nomination au comité de pilotage.

Annexe 2

LISTE DES PERSONNES INTERVIEWEES³³

Dr. Patrick Alecian, pédopsychiatrie, expert dans le domaine de la violence et de la santé mentale, auprès des enfants et des adolescents.

Dr. Martine Barres, médecin de santé publique, chef de bureau, sous-direction des personnes handicapées, Direction générale de l'action sociale (DGAS).

Mme Agnès Batt, spécialiste des recherches sur la prévention du suicide, Département de santé publique, Faculté de médecine, Rennes.

Mme Evelyne Bonnafous, adjointe au chef de bureau, bureau 02 ("organisation de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques"), Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos).

Mme Christine Bronnec, mission PMSI-psychiatrie, Agence technique d'information et hospitalisation, (ATIH).

Mme Martine Bungener, directeur de recherche, Inserm-CNRS.

M. Jean Canneva, président, Unafam.

Mme Vicky Cattell, Senior Research Fellow, Department of Psychiatry, Institute of Community Health Sciences, Queen Mary, University of London, Londres.

Dr. François Chapiro, psychiatre et chercheur, Direction des recherches et des études de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Mme Magali Coldefy, sociologue, chargée d'étude sur l'hospitalisation en psychiatrie et sectorisation, sous-direction "observation de la santé et de l'assurance maladie", Direction des recherches et des études de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Mme Nathalie Cuvillier, chef du bureau 6C (santé mentale), Direction générale de la santé.

Dr. Catherine Dartiguenave, adjoint au chef du bureau 6C (santé mentale), Direction générale de la santé.

M. Philippe Davezies, spécialiste de santé mentale et travail, Faculté de médecine R. T. H. Laënnec, Université Claude Bernard - Lyon 1, Lyon.

Dr. Alain Domingo, pédopsychiatre et directeur médical de CMPP, Marseille.

Dr. Jean Furtos, directeur, Observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (Orpere), Lyon.

Dr. Bernard Giusano, pédopsychiatre et médecin du DIM, Hôpital des enfants de la Timone, Marseille.

Dr. Chantal Gravelat, médecin inspecteur, Drass Lorraine.

Dr. Keith Hawton, spécialiste de la surveillance des suicides, Department of Psychiatry, Oxford.

Dr. John H. Henderson, Policy Director, Mental Health Europe, Haddington, Ecosse, Royaume-Uni.

Dr. Rachel Jenkins, psychiatre, Institute of Psychiatry, et ancienne Officer, National Health Service, Londres.

Dr. Ellen Imbernon, directrice, Département santé travail, InVS.

Dr. Serge Kannas, psychiatre, mission nationale d'appui en santé mentale.

Pr. Viviane Kovess, épidémiologiste psychiatrique et directrice de la fondation MGEN pour la santé publique ; coordinatrice du projet européen sur l'harmonisation des indicateurs en santé mentale et membre de plusieurs groupes de travail européens et internationaux.

Dr. Marie-Laure Lafargue, inspecteur des affaires sociales rattachée à la santé mentale, bureau 02 ("organisation de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques"), Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) .

M. Christian Laval, sociologue, Observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (Orpere), Lyon.

Dr. Michel Marty, médecin conseiller à la Direction du service médical, CnamTS, Paris.

Dr. Howard Meltzer, expert en statistiques pour les études de morbidité psychiatrique, Office for National Statistics, Londres.

³³ Cette liste ne comprend pas les chercheurs Inserm interviewés et rapportés dans l'annexe 4.

M. Julien Mousques, chercheur, Credes.

M. Xavier Niel, chef de bureau, bureau « état de santé de la population », Drees.

Dr. André Ochoa, directeur, Observatoire régional de la santé, d'Aquitaine.

Mme Dominique Polton, directrice, Credes, Paris.

Mme Nathalie Prieto GFEP, SAMU de Lyon et médecin du groupe français d'épidémiologie psychiatrique – GFEP.

Dr. Philippe Ricordeau, médecin conseiller à la Direction du service médical, CnamTS, Paris.

Dr. Jean-Luc Roelandt, psychiatre, centre collaborateur OMS pour la santé mentale, Lille.

Dr. Frédéric Rouillon, conseiller, cellule d'appui scientifique, Direction générale de la santé et chef du service de psychiatrie, Hôpital Albert Chennevier.

Dr. Wolfgang Rutz, directeur de l'unité de santé mentale, OMS, bureau régional de l'Europe, Copenhague, Danemark.

Dr. Emmanuelle Salines, médecin, chargée de mission, sous-direction "observation de la santé et de l'assurance maladie", Direction des recherches et des études de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Pr. Jean-Pierre Soubrier, point focal OMS pour la prévention du suicide – France, Paris.

Pr. Stephen A. Stansfeld, directeur, Department de Psychiatrie, Institute of Community Health Sciences, Queen Mary, University of London, Londres.

Jean-Louis Terra, spécialiste sur le suicide, chef de service, LeVinatier, Lyon.

Dr. Jean-Michel Thurin, psychiatre, étude sentinelle en psychiatrie libérale, Fédération française de psychiatrie.

Dr. Sylvie Torre, médecin-conseil de l'assurance maladie, détachée à la Cramif, Paris.

Dr. Pierre Verger, directeur de recherche, ORS-PACA et spécialiste de l'épidémiologie des catastrophes.

Pr. Scott Weich, professeur de psychiatrie, Leicester Warwick Medical Schools, University of Warwick, Grande-Bretagne.

Liste des personnes contactées par courrier ou courriel

Pr. F.C.J. Baro, coordinateur du comité OMS sur l'évaluation de la santé mentale, Bruxelles, Belgique.

Mme Danièle Fontaine, directrice, Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, Paris.

Pr. Lars Jacobsson, coordinateur du comité OMS sur la déstigmatisation, Umea, Suède.

Pr. Ville Lehtinen, STAKES, Health and Social Services, Mental Health, Finland.

Pr. H.J. Möller, coordinateur du comité OMS sur la mortalité prématurée et le stress, Munich, Allemagne.

Dr. Shekhar Saxena, coordinateur, "Mental Health: Evidence and Research", OMS, Genève.

Pr. Armin Schmidtke, secrétaire, réseau européen de l'OMS sur la prévention et la recherche sur le suicide, Würzburg, Allemagne.

Liste des personnes avec qui un contact a été pris, mais aucun entretien n'a pu être réalisé

Dr. Terry Brugha, Department of Psychiatry, University of Leicester, Leicester, Royaume-Uni.

Mme Claude Finkelstein, FNAPSY.

Dr. Alastair Valentine Philp, Improving Mental Health Information Programme, NHS Scotland Information and Statistics Division, Edinburgh, Ecosse, Royaume-Uni.

Dr. Alain Pidolle, président, conférence nationale des présidents de CME de Centres hospitaliers spécialisés, Phalsbourg (Lorraine).

Annexe 3

LISTE D'ETUDES ET D'ENQUETES

1. Insee

- Enquête handicaps, incapacités, dépendances (HID), 1998-2002. Menée en population générale et en institution. Travail non pas à partir des maladies mais à partir d'une reconnaissance des incapacités des personnes suite aux maladies. Inclut un repérage des troubles psychiques, sans pouvoir identifier le type de maladie.
- Enquête conditions de vie Mai 2001 (?) (mesure de dépressivité, bien-être émotionnel).
- Enquête santé (questions sur l'état émotionnel, dépressivité).

2. CreDES

- Enquête "évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés" (1999).
- Etude "prévalence et prise en charge médicale de la dépression France 1996-1997 (publiée en 1999) (fait partie de l'enquête sur la santé et la protection sociale).

Projets

- la démographie médicale en psychiatrie ;
- la prise en charge de la dépression dans différents pays. Analyse bibliographique et consultation d'experts. Eventuellement analyse des données IMS, sous financements Inserm.

3. Programmes de recherches en santé mentale ayant une pertinence pour la surveillance santé mentale (appuyées par le bureau de santé mentale de la DGS)

- Programme d'intérêt commun DGS/Inserm en santé mentale :

- analyse des causes de suicide par armes à feu en France (terminé ?) ;
- poursuite d'une cohorte de schizophrènes ;
- étude de la santé mentale des entrants en prison.

- Drees (le cas échéant en partenariat) :

- fonctionnement des établissements psychiatriques ;
- consultations externes des hôpitaux et urgences hospitalières ;
- suicides et tentatives de suicide ;
- enquête de santé mentale en population générale (Asep, Dirm EPSM Lille Métropole, centre de collaboration OMS – CCOMS).

- En partenariat avec la DAP (Direction de l'administration pénitentiaire) du ministère de la Justice :

- étude relative à la santé mentale des personnes détenues en France (J1, 6 mois, 1 an) ;
- étude de la santé mentale des entrants en prison.

- Autres :

- évaluation des besoins de santé mentale au niveau régional (avec les Drass et ARH) avec synthèse au niveau national (V. Kovess) ;
- mise en place d'un réseau sentinelle de psychiatres libéraux dans la perspective d'une évaluation des files actives - Fédération française de psychiatrie (JM Thurin).

Projets

- enquête pilote sur les besoins en matière de prévention de suicide en milieu scolaire (GIP Réseau Yvelines Sud) ;
- étude sur l'évolution des ventes d'antidépresseurs depuis 20 ans (Drees) ;
- mise en place d'un réseau sentinelle de psychiatres libéraux dans la perspective d'une évaluation qualitative des files actives (Fédération française de psychiatrie) ;
- enquêtes sur les pathologies et l'environnement social des patients suivis en psychiatrie, à partir des "fiches patients" (Drees) (en cours) ;
- étude du profil et des modalités de prise en charge des personnes relevant d'une mesure d'hospitalisation sans consentement en raison de leurs troubles mentaux ;
- la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles (en lien avec rapport interministériel santé-justice sur la prise en charge des auteurs des agressions sexuelles) ;
- la prise en charge des mineurs auteurs d'agressions (en lien avec un groupe de travail sur les mineurs auteurs d'agressions) ;
- la prise en charge du stress post-traumatique subi par les victimes, ainsi que ses répercussions à moyen et long termes ;
- l'urgence médico-psychologique : gestion de la crise, gestion préhospitalière des victimes d'un psycho-traumatisme, prise en charge du psycho-traumatisme, conditions et dysfonctionnements de la continuité de la prise en charge... ;
- les unités pour malades difficiles : files actives et pratiques de réseau (avec Dhos) ;
- prise en charge des tentatives de suicide aux urgences (Drees) (en cours) ;
- les unités pour malades difficiles : files actives et pratiques de réseau (DGS-Dhos) ;
- poursuite de l'enquête de santé mentale en population générale (Roelandt ?) par deux études sur les pensées suicidaires et les états anxieux ;
- la part de la prévention en santé mentale dans la pratique des médecins généralistes (Inserm/CREAGS) ;
- suivi d'impact de programmes de prévention (Inserm et/ou Inpes) ;
- enquête en milieu scolaire, questionnaire santé mentale (grandes sections de maternelle, CM2, 3^e) - Drees et Education nationale).

4. Projets financés par la Mire

Personnes adultes souffrant de troubles mentaux sous protection juridique, conditions de vie et rôle de délégués de tutelle (M. Bungener).

Quelle prévention des troubles de la relation parentale précoce ? Acteurs et contextes institutionnels. Le développement d'un réseau et d'un dispositif de "périnatalité psychique" dans les quartiers nord de Marseille.

Déterminants de l'hétérogénéité des pratiques de prise en charge des problèmes de santé mentale en médecine de ville : étude des prescriptions d'antidépresseurs dans le cadre d'un panel représentatif de médecins généralistes libéraux de la région Paca.

Jean-Paul Moatti, Inserm Unité 379, Marseille

Les recours volontaires en urgence à la psychiatrie : un marqueur des problèmes de prise en charge de la souffrance psychique dans le système français de santé mentale. Le système des urgences en santé mentale sur la région Ile-de-France.

Michel Joubert, Cesames, CNRS/Université Paris V

Les personnes suivies pour troubles mentaux graves : modes de vie et itinéraires de prise en charge. Recherche sur un secteur parisien.

Livia Velpry, Cesames, CNRS/Université Paris V

5. Programmes de travail des Drass en termes d'études et de statistiques

Sept études portent sur la souffrance psychique, la santé mentale et les conduites à risque :

- la santé mentale des jeunes au collège (Midi-Pyrénées) ;
- aide médico-psychologique et aides-soignants (Bretagne) ;
- souffrance psychique des populations en situation précaire dans les dispositifs de LCE (Auvergne) ;
- qualité de la prise en charge de la souffrance psychique et des troubles de la santé mentale dans les situations de précarité et d'exclusion (Bretagne) ;
- articulations entre secteurs de psychiatrie et de pédopsychiatrie et établissements sociaux, médico-sociaux et judiciaires pour la prise en charge des jeunes "border line" (16-20 ans) (Bretagne) ;
- étude sur la santé mentale à Mayotte (La Réunion pour Mayotte) ;
- élaboration d'un système d'information sur les conduites à risque (Nord-Pas-de-Calais).

6. Observatoires régionaux de la santé

La souffrance psychique en région Paca.

Annexe 4

UNITES ET LABORATOIRES INSERM TRAVAILLANT DANS LES DOMAINES DE LA SANTE MENTALE ET/OU LA PSYCHIATRIE EN SANTE PUBLIQUE^{34,35}

Batt Agnès* - UNV44610, Laboratoire de santé publique. Université de Rennes I. Thème : épidémiologie des tentatives de suicide.

Bungener Martine - Inserm U502 - CNRS UMR 85-59 – EHESS « Médecine, Sciences, Santé et Société » (Cermes) Villejuif. Thème : les tutelles des personnes souffrant des handicaps psychiatriques (étude qualitative).

Casadebaig Françoise – Inserm U302 « Psychopathologie et pharmacologie des comportements », Le Vésinet. Thèmes : mortalité des patients schizophrènes, suivi des patients diagnostiqués de schizophrénie, autisme (Pologne et France).

Choquet Marie – Unité 472, « Inserm U472 Recherches en épidémiologie et biostatistique », Villejuif. Thèmes : la santé mentale apparaît dans la problématique plus générale de la santé des jeunes dans trois séries d'enquêtes : 1. « European School Survey Project on Alcohol and other Drugs sur des jeunes scolarisés en second degré en enseignement général ou professionnel ; 2. Les tentatives de suicide des jeunes (dans 10 centres hospitaliers) ; 3. Les jeunes sous protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) (projet).

Diederich Nicole* – chercheuse Inserm « hors formation », affectée au Laboratoire ESA 8091 – Centre d'étude des mouvements sociaux, école des hautes études en sciences sociales, Paris. Thème : conditions de vie des personnes handicapées sévèrement dépendantes.

Fassin Didier – Unité mixte Inserm / Université Paris 13 E0341, Centre de recherche sur les enjeux contemporains en santé publique, Bobigny. Thèmes : la victimologie, le traumatisme psychique lié à l'accident et à la guerre.

Garel Micheline - Inserm U149 – « Recherches épidémiologiques sur la santé périnatale et la santé des femmes », Villejuif. Thème : étude qualitative de la répercussion sur la famille (père, mère, fratrie) de la naissance d'un enfant grand prématuré (enquête Epipage : épidémiologie des petits âges gestationnels).

Glangeaud-Freudenthal Nine – Inserm U149 « Recherches épidémiologiques sur la santé périnatale et la santé des femmes », Villejuif. Thèmes : étude des hospitalisations conjointes en psychiatrie de mères et bébés (projet de suivi), étude transculturelle sur la santé mentale au cours de la grossesse et en post-partum (dépressions anténatales et postnatales, les troubles anxieux, les psychoses du post-partum).

Grandjean Hélène – Inserm U558 « Epidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques et handicaps », Toulouse. Thèmes : primoparentalité et précarité (approche psychologique), conséquences psychologiques du diagnostic anténatal. Mise en place d'un réseau de recherche en santé publique sur le handicap de l'enfant (y compris autisme et psychose).

Lemoigne Philippe* – Cesames (Centre de recherche psychotropes, santé mentale, société), UMR 8136 CNRS, Université René Descartes Paris V, Paris. Thème : déterminants de la prescription des antidépresseurs en médecine générale.

³⁴ Ne sont inclus, pour chaque unité ou laboratoire, que les thèmes qui correspondent à ces deux domaines de recherche.

³⁵ Certains laboratoires sont également des laboratoires CNRS. Faute de temps, nous n'avons pas pu faire une enquête semblable sur les laboratoires CNRS ayant des thèmes de recherche en matière de surveillance de la santé mentale de la population.

Niedhammer Isabelle – Inserm U88 « Epidémiologie, santé publique et environnement professionnel et général : méthodes et applications. » Hôpital national de Saint-Maurice, Saint-Maurice. Thème : facteurs de risque et santé mentale en milieu professionnel (cohorte GAZEL sur 10 000 salariés EDF-GDF).

Ritchie Karen – Inserm E361, Montpellier. Thèmes : étude régionale de la prise en charge des troubles psychiatriques (suivi du devenir des patients, filières de soins, traitements) – (Les autres thèmes en santé mentale de l'équipe concerne la population des personnes âgées : prévalence sur la vie et suivi des pathologies psychiatriques (anxiété, dépression infra cliniques) dans la population des 65 ans et plus).

Saurel-Caubizolles Marie-Joseph Inserm U149 « Recherches épidémiologiques sur la santé périnatale et la santé des femmes », Villejuif. Thèmes : la santé mentale des femmes après l'accouchement (étude longitudinale européenne), santé des femmes ayant subies des violences (partie de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France).

Verdoux Hélène – IFR 99 « santé publique », Bordeaux. Thèmes : intervention précoce dans les troubles psychotiques débutants, identification d'un groupe de sujets à haut risque de schizophrénie, connaissances et représentations de la schizophrénie en médecine générale et scolaire, co-morbidité entre troubles psychologiques et utilisation de substances, troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum et développement enfant, l'observance médicamenteuse et le risque de réadmission.

* Chercheur Inserm affecté à un laboratoire non-Inserm.

Annexe 5

LES DOMAINES NON PRIS EN CONSIDERATION PAR CETTE MISSION

Plusieurs domaines de la santé mentale ont été évoqués par des personnes interviewées mais n'ont pas pu être considérés parmi les priorités explorées dans le cadre de cette mission. Nous les mentionnons dans la mesure où ils ont été soulevés par certains acteurs interviewés et pourraient donc être pris en considération par l'InVS, dans l'avenir. Les quatre premiers types de conditions ou troubles sont souvent considérés comme faisant partie du cadre de l'action publique pour la promotion de la santé publique, par exemple, dans le rapport rédigé avec le European Network on Mental Health Policy (ENMHPO) par Lavikainen et ses collègues (2000).

Les traumatismes crâniens et du cerveau

Les traumatismes du cerveau (des atteintes au parenchyme du cerveau) et les traumatismes crâniens (toute blessure à la tête) semblent avoir des conséquences psychologiques plus invalidantes que ne le sont leurs conséquences physiques. Un traumatisme modéré ou grave mène à des troubles de la cognition, de la personnalité et du comportement. Une petite proportion des personnes atteintes se suicident ou développent une schizophrénie. Les manifestations cliniques sont souvent difficiles à déceler, étant plus manifestes dans la vie quotidienne que dans des tests cliniques ou psychologiques. Par exemple, une personne atteinte de ce type de traumatisme peut perdre son travail à cause des façons chaotiques ou désorganisées de travailler, tout en montrant des scores « normaux » sur des tests de QI. Dans la vie quotidienne, la personne atteinte peut montrer des changements de personnalité, une dépression, une labilité d'humeur, le manque d'insight, des sentiments d'abandon (PH Appr on MH in Europe).

La prévention cible les facteurs prédisposants des attaques cérébrales (apoplexie, ruptures d'anévrismes, etc.) et des traumatismes, ces derniers étant plus communs chez des personnes jeunes et en bonne santé. Parmi les causes de ces derniers sont les accidents de voiture, la dépendance à l'alcool, les violences, etc. La détection doit prendre en compte le fait que les blessures non aiguës, dont les symptômes, souvent non-spécifiques, ne sont pas toujours facilement détectés. Le handicap ou l'invalidité qui résulte d'une blessure nécessite des interventions d'accompagnement et d'autres ressources, y compris pour la famille de la personne atteinte.

Les infections du cerveau

Ces infections incluent celles dues aux maladies de l'enfance (la varicelle, les oreillons, la rougeole) et la méningite, laquelle se réfère à la partie du cerveau qui est touchée : les méninges. D'autres infections peuvent être diffuses, telle l'encéphalite, ou peuvent provoquer des abcès. Les infections bactériennes peuvent être traitées, ce qui est rarement le cas pour les infections virales.

Au niveau de la santé mentale, ces infections peuvent donner lieu à des modifications durables de la personnalité, des attaques cérébrales et des symptômes de démence.

Le VIH et le sida posent des problèmes spécifiques, dont certains ont été soulevés par des personnes interviewées. Si le pronostic est amélioré par les thérapies antirétrovirales (HAART), les personnes atteintes sont vulnérables aux problèmes de santé mentale. Elles ont un risque important de dépression, et certains cas sont associés à des troubles de la personnalité ou à l'abus de substances psychoactives.

Les démences

Les démences sont parmi les troubles mentaux les plus communs de la population des personnes âgées. La démence est caractérisée par la perte de fonctions cognitives, par exemple la mémoire, couplée à des troubles cognitifs du type aphasie ou apraxie. Les formes les plus prévalentes des démences sont la maladie d'Alzheimer (majorité des cas) et les démences vasculaires (jusqu'à 25 % des cas). Parmi les manifestations secondaires, il y a les symptômes psychologiques (dépression, anxiété, hallucinations, délires) et comportementaux (agression, agitation, cris, etc.). La maladie d'Alzheimer ne peut pas être traitée, tandis que les facteurs de risque pour l'athérosclérose (obésité, hyperlipidémie, diabète, hypertension) peuvent avoir un effet sur les démences vasculaires. Les démences ne sont pas toujours identifiées aux premiers stades, et elles peuvent faire l'objet d'erreurs de diagnostic.

Les démences ont été exclues des troubles traités par cette mission. Même si les recherches sur les troubles et conditions associés à la vieillesse sont menées en France par des équipes Inserm et autres, l'InVS pourrait, éventuellement, prendre en considération leur surveillance. Les transformations démographiques de la population impliquent un nombre croissant de personnes atteintes par ces troubles.

Bibliographie

1. MES - Plan santé mentale. L'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover, 2001.
2. Vignat J-P - La santé mentale en France : état des lieux. *Santé publique* 1999; 11(2):127-135.
3. Regier DA, Kaelber CT, Rae DS, Farmer ME, Knauper B, Kessler RC, Norquist GS - Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: implications for research and policy. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55:8-19.
4. Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA - Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. Using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry* 2002; 59(2):115-123.
5. Bird HR, Davies M, Fisher P, Narrow WE, Jensen PS, Hoen C, Cohen P, Dulcan MK - How specific is specific impairment? *Journal of the American Academy of Adolescent Psychiatry* 2000; 39:1182-1189.
6. Ustun T, Chatterji S, Rehm J - Limitations of diagnostic paradigm: it doesn't explain "need". *Archives of General Psychiatry* 1998; 55:1145-1146.
7. Antonovsky A - Health, stress, and coping. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1982.
8. Boisguerin B, Fournier L, Kovess V, Lesage A, Lopez A, Ouellet A - La mesure des besoins en santé mentale à des fins de planification et d'évaluation. Paris, comité de la santé mentale du Québec. Direction générale de la santé de France, 2000, p 149 pages.
9. OMS - Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Organisation mondiale de la santé, 2001.
10. Jenkins R - Making psychiatric epidemiology useful: the contribution of epidemiology to government policy. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15:188-200.
11. Joubert M - Une approche sociologique à la santé mentale. *La santé de l'homme* 2002; mai-juin:6-9.
12. Link BG, Dohrenwend BP - Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralisation in the United States in *Mental Illness in the United States*. Epidemiological Estimates. Edited by Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Gould MG, Link B, Neugebauer R, Wunsch-Hitzig R. New York, Praeger, 1980.
13. HCSP HCdlsp - La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 2000.
14. Ehrenberg A - La question mentale, in *La Guérison*, société de psychanalyse Freudienne, 2003.
15. Oswald R, Finkelberg S - College depression: causes, duration and coping. *Psychological Reports* 1995; 7.
16. Ustun TB, Kessler RC - Global burden of depressive disorders: the issue of duration. *British Journal of Psychiatry* 2002; 181:181-183.
17. Lewis G, Araya R - Classification, disability and the public health agenda. *Br Med Bull* 2001; 57:3-15.
18. Parsons T - The social system. London, Routledge, 1951.
19. Lasch C - The culture of narcissism: American life in an age of diminishing expectations. New York, Norton, 1991.
20. Castel F, Castel R, Lovell A - La société psychiatrique avancée. Paris, Grasset, 1979.
21. Anguis M - La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites. *Etudes et résultats*. 2001(116):1-8.
22. Inserm - Santé mentale et maladies psychiatriques : mécanismes biologiques, approches cliniques, facteurs de vulnérabilité et de protection. Rapport de prospective Intercommission 2, 2002.

23. WHO - Atlas. Mental Health Resources in the World 2001. Geneva, World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse, 2001, p 508.
24. Korkeila JJA - Measuring aspects of mental health. Helsinki, STAKES, 2000, p 135.
25. Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, Skodol AE, Stueve A - Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science* 1992; 255(5047):946-52.
26. Lovell - Les troubles mentaux, in *Les inégalités sociales de santé*. Edited by Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Paris, Inserm/La découverte, 2000.
27. Lovell AM, Fuhrer R - Les troubles de la santé mentale. La plus grande fragilité des femmes remise en cause, in *La santé des femmes*. Edited by Saurel-Caubizolles M-J. Paris, Flammarion/Médecine, 1996.
28. Scott J, Jenkins R - Psychiatric disorders specific to women, in *Companion to Psychiatric Studies*. Edited by Zealley AK. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1998, pp 551-564.
29. Weich S, Lewis G - Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *Bmj* 1998; 317(7151):115-9.
30. Kovess V, Gysens S, Chanoit P-F - une enquête de santé mentale : l'enquête des franciliens. *Annales médico-psychologiques*. 1993; 151:624-633.
31. Berkman L, Kawachi I (eds) - *Social Epidemiology*. Londres, Oxford University Press, 2000.
32. Turner RJ, Marino F - Social support and social structure: a descriptive epidemiology. *J Health Soc Behav* 1994; 35(3):193-212.
33. Sicot F - *Maladie mentale et pauvreté*. Paris, 2001.
34. LePape A, Lecompte T - Prévalence et prise en charge médicale de la dépression. France 1996-1997, Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (Credes), 1999, p 108.
35. Shapiro S, Skinner EA, Kessler LB - Utilization of health and mental health services. *Archives of General Psychiatry* 1984; 41:971-978.
36. Lovell AM - Evaluation des interventions et estimation des besoins en santé mentale : tendances actuelles. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 1993; 41:284-291.
37. Guilmin A - L'offre de soins en psychiatrie : des "modèles" différents selon les départements ? *Etudes et résultats* 2000 (n° 48 janvier 2000):1-8.
38. La santé mentale en population générale. Image et réalité. Rapport définitif de la 1^{ère} phase d'enquête. 1998-2000, Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique. Etablissement public de santé mentale Lille-Métropole. Organisation mondiale de la santé-ministère délégué à la Santé-ministère des Affaires étrangères.
39. Lovell AM - Mobilité des cadres et psychiatrie hors les murs. *Raisons Pratiques* 1996; 7:59-85.
40. Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S - Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health* 1998; 24(3):197-205.
41. Paterniti S, Niedhammer I, Lang T, Consoli SM - Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *Br J Psychiatry* 2002; 181:111-7.
42. Chapiro F - Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et en 2000. *Etudes et résultats*. 2002(206):1-11.
43. Guilmin A - Bilan de la sectorisation psychiatrique. Document de travail. Paris, Drees 2000.
44. Aussilloux C - Evaluation et actualité du dispositif de psychiatrie infanto-juvénile, in *Psychiatrie années 2000. Organisations, évaluations, accréditation*. Edited by Kovess V, Lopez A, Pénochet J-C, Reynaud M. Paris, Médecines-Sciences Flammarion, 2000, pp 76-82.
45. Bourcier G, Durand B - La psychiatrie infanto-juvénile, in *La santé mentale des français*. Edited by Lepoutre R, Kervasdoué Jd. Paris, Odile Jacob, 2002.
46. Lepine JP, Lellouch J, Lovell AM, Therani M, Ha C - Anxiety and depressive disorders in a French population. *Psychiatry and Psychobiology* 1989; 4:267-274.
47. CCOMS-EPSM-Lille-Métropole - La santé mentale en population générale. Image et réalité. Rapport définitif de la 1^{ère} phase d'enquête. 1998-2000. Lille, Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique. Etablissement public de santé mentale Lille-Métropole. Organisation mondiale de la santé-ministère délégué à la Santé-ministère des Affaires étrangères, 2001.

48. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Armorim P, Bonora I - The Mini International Neuropsychiatric Interview (Mini). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12:224-231.
49. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Janavs J, Weiller E, al. e - The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry* 1997; 12:232-241.
50. Ciarlo JA, Tweed DL, Shern DL, al e - Validation of indirect methods to estimate need for mental health services. *Evaluation and Program Planning* 1992; 15:115 - 131.
51. Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V - Public Health Approach on Mental Health in Europe. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2000, p 138.
52. SSH SoSfH - The Health of the Nation: a strategy for health in England. London, HMSO, 1992.
53. Jenkins R, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Lewis G, Meltzer H, Petticrew M - The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain - strategy and methods. *International Review of Psychiatry* 2003; 15(1-2):5-13.
54. Meltzer H, Gatwand R, Goodman R, Ford T - Mental health of children and adolescents in Great Britain. *International Review of Psychiatry* 2003; 15:185-187.
55. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Meltzer H - The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain - initial findings from the household survey. *International Review of Psychiatry* 2003; 15:29-42.
56. Jenkins R, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Lewis G, Meltzer H - British Psychiatric Morbidity Survey. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173(4-7).
57. Singleton N, Meltzer H, Jenkins R - Building a picture of psychiatric morbidity in a nation: a decade of epidemiological surveys in Great Britain. *International Review of Psychiatry* 2003; 15:19-28.
58. DOH - National Suicide Prevention Strategy for England. London, 2002.
59. Casadebaig F, Kovess V - Etat des lieux des enquêtes et études existant en épidémiologie. Rapport fait pour la Direction générale de la santé, sous-direction de la santé des populations, bureau de la santé mentale, des toxicomanies et des dépendances. Ministère de l'Emploi et de la solidarité, 18 juin 1998.
60. Shilling C - « Culture, the sick role and the consumption of health ». *British Journal of Sociology*. Vol 53, N° 4, pp 621-638, 2002.
61. Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale. Les services de santé mentale : un lieu pour les « urgences » ?
62. Weich S, Lewis G - "Material standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain". *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol 52, 8-14, 2002.
63. Martin Le Ray C - « La psychiatrie et l'articulation sanitaire sociale en santé mentale ». In: Raymond Lepoutre, Jean de Kervasdoué (sld) - La santé mentale des français. Paris, Odile Jacob, 2002.
64. Guilbert P, Baudier F, Gautier A, Goubert A.-C, Arwidson P, Janvrin M.P - Baromètre santé 2000. Méthode. Vanves : Comité français d'éducation pour la santé, 2001, 142 pp.
65. Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V - Public Health Approach on Mental Health in Europe. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2000, p 138.
66. Lewis G, Pelosi A.J, Araya R, Dunn G - "Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychological Medicine* 1992:22, 465-486.
67. Office of Population Censuses and Surveys. The General Household Survey 1992. Series GHS No 23. London: HMSO, 1992.
68. Hilton M - "Drinking patterns and drinking problems in 1984: results from a general population survey". *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* 11, 167-175, 1987.
69. Hilton M - "Measuring drinking problems." In: W.B. Clark and M. Hilton (Eds). *Alcohol in America. Drinking practices and problems* Albany, NY: State University of New York Press, 1991, pp. 51-70.
70. Caetano R - "The factor structure of the DSM-III-R and ICD-10 concepts of alcohol dependence." *Alcohol and Alcoholism*, 225, 303-318.
71. Robins L.N, Regier D.A. (eds) - *Psychiatric disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study*. New York, The Free Press, 1985.

72. Kovess V, Dubuis J, Lacalmontie E, Pellet J, Roelandt J.L - Les soins donnés aux patients schizophrènes dans quatre secteurs de psychiatrie. Rapport non-publié.
73. Anguis M, de Peretti C, avec la collaboration de F. Chapiro - « Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux ». Etudes et Résultats n° 231, ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Drees, avril 2003, 12 pp.
74. Lépine J.-P, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A, on behalf of the Depres Steering Committee * "Dépression in the community: the first pan-European study Depres (Depression Research in European Society). International Clinical Pharmacology 12:19-29, 1997.
75. WHO World Mental Health Survey Consortium - « Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization world mental health surveys ». JAMA 291:2581-2590, 2004.
76. Coldefy M, Faure P, Prieto N - Groupe français d'épidémiologie psychiatrique (GFEP) "La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux ». Etudes et résultats n° 181, ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Drees, juillet 2002, 12 pp.