

Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage

Chantal Cases et Emmanuelle Salines*

Les pathologies psychiatriques, les addictions, les conduites à risques, mais aussi la souffrance psychique, voire le mal-être, sont autant d'atteintes à une « santé mentale » dont les contours demeurent flous¹. Le système de soins mis en place pour répondre à ces troubles est lui-même divers dans ses structures et dans ses pratiques.

L'observation statistique en santé mentale est ainsi confrontée à la double difficulté d'un objet à mesurer hétérogène et de définitions souvent imprécises et évolutives. Nous disposons malgré tout de sources de données nombreuses à partir desquelles un certain nombre de constats chiffrés peuvent être établis.

C'est principalement sur champ de la psychiatrie² en France que se centreront ces données de cadrage statistiques³. Elles porteront donc sur l'offre de soins en psychiatrie dans notre pays et sur les caractéristiques connues des personnes ayant recours aux soins (et notamment la prévalence des principaux troubles mentaux) en population générale ou dans des populations plus ciblées (détenus, enfants).

Une première partie fera une synthèse des principaux apports récents des statistiques en psychiatrie. Dans un deuxième temps, seront présentées les principales sources de données. Nous concluons par quelques indications sur les limites de ces travaux et les besoins de connaissance qui semblent aujourd'hui particulièrement à développer.

* Chantal Cases, administratrice INSEE, sous-directrice de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie à la DREES.

Emmanuelle Salines, médecin inspecteur de santé publique, chargée de mission à la sous-direction l'Observation de la santé et de l'assurance maladie à la DREES.

1 Rappelons la définition que l'OMS fait de la santé : « état de parfait bien-être physique, mental et social ». La santé mentale ne peut alors être dissociée de la santé au sens large puisqu'un mal-être physique ou social retentit à des degrés divers sur le bien-être mental. On voit bien que sa définition est potentiellement très large.

2 La psychiatrie est la spécialité médicale traitant de la santé mentale. Son domaine de compétence va de la prévention au traitement et à la réhabilitation.

3 Le lecteur pourra, en se reportant au bilan annuel produit par la DREES, « Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003 », compléter son information sur des thèmes non traités ici.

■ Les données statistiques marquantes produites ces dernières années dans le champ de la santé mentale

L'offre de soins, le recours aux soins

Le système de soins en psychiatrie français se caractérise par la diversité des organisations (libéral, hospitalier, médico-social), des financements (rémunération à l'acte, établissements sous objectif quantifié national, budget global hospitalier), des structures (centres médico-psychologiques : CMP, lits hospitaliers, hôpitaux de jours, appartements thérapeutiques...), des modalités de soins (ambulatoire, temps partiel, temps complet, réseaux de soins et partenariats professionnels et associatifs...). La prise en charge s'articule avec la médecine générale et d'autres champs professionnels ou associatifs (social, éducation, justice, familles...).

Notre système d'information sur cette offre de soins est diversement développé. Nous disposons de beaucoup de données sur l'hospitalier, surtout le public sectorisé qui représente l'essentiel de l'offre de soins sanitaire en psychiatrie, et peu sur le médico-social et l'exercice libéral en cabinet.

Deux grands constats se dégagent :

- on assiste depuis une dizaine d'années à des évolutions importantes, tant dans le recours aux soins qui s'accroît que dans les modalités de prises en charge pour lesquelles les suivis ambulatoires et, dans une moindre mesure, les suivis à temps partiel se développent ;
- on note une grande hétérogénéité de l'offre de soins, à la fois dans sa répartition géographique et entre types d'établissements (pathologies traitées) ou entre secteurs (modalités de soins, organisation).

L'offre de soins publique est prépondérante en psychiatrie ¹

En 2001, on comptait en France métropolitaine pour les établissements de soins en psychiatrie : 322 établissements ou entités juridiques publics ayant une activité en psychiatrie ; 347 établissements ou entités juridiques privés, dont 240 privés sous objectif quantifié national et 107 privés sous dotation globale. L'offre de soins publique est nettement prépondérante : plus de

¹ Le système de soins et de prise en charge psychiatrique en France est principalement basé sur une organisation géographique publique sectorisée avec une petite contribution du privé et de structures médico-sociales. Cette structuration de l'offre de soins, portée de façon militante depuis les années soixante par des professionnels avec le soutien actif de la Direction générale de la santé, a permis des avancées importantes en terme de qualité de prise en charge (avec notamment un développement important des soins ambulatoires, une prise en compte des besoins de prévention et de réinsertion...) et d'égalité d'accès aux soins sur tout le territoire. Depuis quelques années, toutefois, ce système vit une crise dont les causes sont complexes et multiples, on citera : l'explosion des demandes de soins débordant de plus en plus de la psychiatrie pour aller dans le champ du social ; les mutations théoriques des modèles médicaux de références ; les inquiétudes quant à la place respective des différents soignants dans la perspective d'une diminution à venir du nombre de psychiatres.

83 % des lits et places en psychiatrie le sont dans les hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH). Seuls quatre départements ont une offre privée supérieure à 50 % du total. Le phénomène est encore plus net pour l'offre de soins à temps partiel (89 % dans les hôpitaux publics ou PSPH). Quant aux prises en charge ambulatoires, elles sont quasi exclusivement publiques. En effet, les établissements privés sous objectif quantifié national, du fait des contraintes réglementaires, gardent un type de fonctionnement caractéristique, avec des prises en charge en hospitalisation complète majoritaires par rapport aux hospitalisations à temps partiel (alors que le rapport est d'un à dix dans le public)¹.

En complément de ces prises en charge institutionnelles, les patients peuvent être suivis par les professionnels libéraux en cabinet (psychiatres et psychologues).

Une évolution vers des prises en charge plus ouvertes

Pour l'année 2001, on compte environ 104 lits pour 100 000 habitants en moyenne, ce qui correspond à un total de 62 349 lits de psychiatrie dont 42 063 publics, 8 927 privés sous dotation globale, 11 359 privés sous objectif quantifié national (Buisson, 2003).

La diminution constante du nombre de lits constatée pour la psychiatrie sectorisée depuis plusieurs années (entre 1991 et 1997 : -27 % pour les adultes, -42 % pour les enfants) était encore, entre 1999 et 2000, de 5,4 % alors qu'on assiste à une forte augmentation de l'activité des secteurs (+46 % de patients suivis pour les adultes et +49 % pour les enfants, entre 1990 et 1997). L'évolution des capacités a peu touché le privé (Guilmin, juin 2000 ; *Études et Résultats*, n° 177, 2002).

Le taux d'occupation moyen, en 2001, est de 86,3 %, plus faible dans le public (84 %), et le privé sous dotation globale (82,9 %), plus élevé dans le secteur privé lucratif (97,4 %) (Buisson, 2003).

La durée moyenne de présence des personnes hospitalisées à temps plein est de quatre ans, mais la durée médiane n'est que de quatre mois. Malgré les longs séjours, la population des patients hospitalisés au long cours se renouvelle donc en permanence, surtout en CHS et hôpitaux psychiatriques privés participant au service public hospitalier (Chapureau, 2002).

Tous types d'établissements confondus, le nombre de journées en hospitalisation complète en psychiatrie diminue : -2,1 % en 2000, -3 % en 1999, -2,5 % en 1998. Cette tendance est cependant disparate selon le type d'établissement :

- secteur public : -1,7 % ;
- établissements privés sous dotation globale : -8,2 % ;
- établissements privés sous objectif quantifié national : +1,3 %.

¹ Statistique annuelle des établissements 2001, exploitation DREES.

En hospitalisation partielle, on comptait en 2001, 26 265 places de psychiatrie : 21 090 dans le public ; 4 928 dans le privé sous dotation globale ; 247 dans le privé sous objectif quantifié national ce qui constitue une diminution globale de 3 % environ par rapport à 1999 (Buisson, 2003).

Les différentes catégories d'établissements de psychiatrie ne reçoivent pas les mêmes malades

Dans l'ensemble des établissements, les pathologies prises en charge varient selon le sexe. Les femmes sont deux fois plus traitées pour dépressions que les hommes, qui souffrent deux fois plus de schizophrénies et troubles mentaux dus à l'alcool que les femmes. Dans les établissements de postcure, la différence est encore plus accusée : quatre femmes pour un homme y sont traitées pour dépression et sept hommes pour une femme y sont traités pour l'alcoolisme.

Comme dans d'autres disciplines, les différentes catégories d'établissements de santé en psychiatrie se sont spécialisées dans des pathologies et des types de population différents. Ainsi, on traite davantage de dépressions dans le privé et plus de troubles délirants dans le public. La clientèle des cliniques se rapproche de celle que les secteurs suivent en ambulatoire : vie en couple, activité professionnelle plus fréquentes. Les clientèles féminines en particulier sont très proches sur le plan socio-familial.

À l'opposé, les populations suivies à temps partiel et temps plein par les secteurs et dans les établissements de postcure privés ont en commun une forte proportion de jeunes adultes de sexe masculin présentant des pathologies invalidantes et cumulant difficultés socioprofessionnelles et isolement affectif (Boisguerin, 1999).

Les enfants sont suivis principalement en ambulatoire

Parmi les enfants pris en charge en psychiatrie, on comptait, en 1996, 172 garçons pour 100 filles dans les secteurs ; 181 pour 100 dans les CMPP ; 238 pour 100 dans les hôpitaux de jour privés. En 2000, le ratio s'était réduit pour les secteurs avec 144 garçons pour 100 filles, ce qui s'explique sans doute par une meilleure prise en charge des classes d'âge adolescentes où les recours des filles sont plus nombreux.

Dans les secteurs, les classes d'âges les plus suivies sont les 5-9 ans (41 %) et 10-14 ans (31 %). Les tout-petits et les adolescents font moins l'objet de prises en charge (respectivement 15 % et 13 %) alors que dans la population générale, la répartition entre toutes les classes d'âge est homogène. On note cependant, entre 1997 et 2000, une croissance du recours aux soins pour les très jeunes enfants et les adolescents. Dans la clientèle des hôpitaux de jour privés, la répartition par âge est plus homogène.

Le suivi des enfants atteints de troubles mentaux est principalement réalisé en ambulatoire. Leur scolarisation est très fréquente : 91 % pour les secteurs dont 78 % en classe ordinaire ; 98 % en centre médico-psychopédagogique

(CMPP) (91 % en classe ordinaire) ; 77 % en hôpitaux de jour privés, ce qui témoigne des partenariats engagés par les équipes de soins dans l'articulation entre projet thérapeutique et projet pédagogique, y compris pour les enfants psychotiques.

En matière de pathologies, les enfants suivis en CMPP ont un profil de troubles proche de celui des enfants suivis en ambulatoire par les secteurs. Ils diffèrent nettement de ceux qui sont suivis à temps partiel et à temps complet, chez lesquels on relève 40 % de psychoses et 30 % de personnalités pathologiques. On retrouve davantage de déficiences mentales en hospitalisation à temps complet. Les hôpitaux de jour privés ont une clientèle plus spécifique : 61 % de psychoses et 27 % des personnalités pathologiques (Boisguerin, 1997).

Des disparités importantes de l'offre de soins selon l'âge des patients et les zones géographiques

Sur l'ensemble des lits, 95 % sont destinés aux adultes contre 5 % aux enfants. En ce qui concerne les places, la répartition est de 67 % pour les adultes et de 33 % pour les enfants.

Pour les adultes, on compte en moyenne 165 lits et places pour 100 000 habitants avec des écarts allant de 69 (Hauts-de-Seine) à 702 (Lozère). Pour les lits, la moyenne est de 155 lits pour 100 000 ; les écarts vont d'un à dix entre départements les mieux dotés et les moins dotés. Pour les places, la moyenne est de 42, avec là encore des écarts d'un à dix. Il n'y a pas cumul ou compensation entre ces deux types d'offre de soins : certains départements ont beaucoup de lits et de places, d'autres peu des deux, d'autres beaucoup d'un type et peu de l'autre.

Pour les enfants, la disparité est encore plus marquée, avec des écarts d'un à vingt pour les places. Trente départements n'ont aucun lit.

Les secteurs, conçus pour offrir, sur une aire géographique donnée, toutes les possibilités d'aide de la psychiatrie, se révèlent disparates dans leurs moyens et leur fonctionnement

Constituée de 829 secteurs adultes, 320 secteurs infanto-juvéniles et 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, la psychiatrie sectorisée est rattachée à 301 hôpitaux publics ou privés participant au service public. Parmi eux, 34 % des secteurs adultes et 41 % des secteurs infanto-juvéniles dépendent d'hôpitaux non spécialisés en psychiatrie.

La population desservie par les secteurs de psychiatrie adulte, qui est en moyenne de 72 000 habitants, varie de 20 000 à 170 000. Pour les enfants, pour une moyenne de 49 000 habitants de moins de 20 ans, on enregistre des variations de moins de 40 000 à plus de 55 000 (Coldefy, 2003 ; Guilmin, 21 mai 2000).

En 1999, ce sont 1,1 million de personnes qui ont été prises en charge par les secteurs de psychiatrie générale, pour 86 % d'entre elles en ambulatoire, pour 11 % à temps partiel et pour 27 % à temps complet (certaines ont été suivies selon plusieurs modalités dans l'année). La file active moyenne (nombre de patients vus dans l'année) est de 1 370 en 1999, mais varie selon les secteurs entre moins de 6 000 et plus de 3 000 (Coldefy, mars 2002).

Les structures de soins en psychiatrie générale sont diverses et diversement réparties. On trouve le plus fréquemment le centre médico-psychologique (CMP) puisqu'il existe dans 98 % des secteurs. Le nombre de lits varie de 0 à plus de 200. Les hôpitaux de jour se retrouvent dans 83 % des cas. Entre 1989 et 1997, la capacité en hospitalisation temps plein a diminué ; le nombre moyen de lits par secteur est passé de 94 à 61, avec une évolution plus marquée pour les CHS et les HPP. Durée de séjour et quantité de personnels sont très liées à la capacité en lits.

La diversité des secteurs a été plus particulièrement étudiée pour la psychiatrie générale. Cette diversité peut notamment être illustrée par les données suivantes : la file active, en moyenne de 19 pour 1 000 habitants, varie de 10 à 38, la densité en lits et places va d'un à six pour mille, la densité de praticiens d'un à quatre, la densité d'infirmiers d'un à cinq.

Une typologie construite à partir des données d'activité a aussi permis de repérer cinq groupes de secteurs dont les pratiques de prise en charge sont nettement différenciées :

- les secteurs du premier groupe assurent surtout des soins en CMP, accueillent moins de patients mais offrent des prises en charge plus médicalisées que la moyenne ;
- les secteurs du deuxième groupe délivrent surtout des soins en unité d'hospitalisation somatique, accueillent 35 % de patients de plus que les autres et assurent une prise en charge plus fréquente de l'urgence ;
- les secteurs du troisième groupe sont plus spécialisés dans l'hospitalisation à temps plein, ont moins réduit leurs capacités d'hospitalisation à temps plein que les autres depuis 1993, ont un taux important de personnels peu qualifiés ;
- le quatrième groupe concerne un petit nombre de secteurs qui développent des structures d'accueil surtout tournées vers l'insertion et la réadaptation ;
- le cinquième groupe rassemble des secteurs généralistes, à l'encadrement infirmier important, ils disposent de capacités d'hospitalisation importantes dont beaucoup ont été reconverties entre 1993 et 1999 vers des formes de prise en charge alternatives (Coldefy, mars 2002 ; Coldefy, avril-juin 2002).

Plus de 432 000 enfants et adolescents ont été suivis, en 2000, dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Ils représentent plus du quart des patients suivis par les secteurs. Le recours aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile est toujours croissant : plus 49 % entre 1989 et 1997, plus 14 % entre 1997 et 2000. 97 % des enfants ont bénéficié d'une prise en

charge ambulatoire, 10 % à temps partiel et moins de 3 % à temps complet (certains enfants ont eu plusieurs modalités de suivi). 97 % des secteurs disposent d'un CMP situé le plus souvent hors des établissements de rattachement, 93 % utilisent un hôpital de jour ou un CATTP voire les deux (52 %) qui dans la plupart des cas sont aussi situés hors de l'établissement de rattachement. 57 % ont au moins un CATTP. Les secteurs disposant de lits d'hospitalisation complète sont plus souvent des HPP (68 %) et des CHS (48 %) que des secteurs rattachés à des CHR ou CH (Coldefy, 2003).

Le recours aux soins en psychiatrie est en forte croissance

Même s'il est difficile d'objectiver les besoins de soins en psychiatrie, on constate que le recours auprès de l'ensemble du système de soins s'accroît partout où il a pu être mesuré (secteurs, ville). On a ainsi pu évaluer à 56 % l'augmentation du nombre de personnes suivies par les secteurs de psychiatrie en dix ans (de 1989 à 1999) et à 19,4 % celle des consultations par les psychiatres de ville entre 1992 et 2001 (DREES, 2003).

1,2 million environ de personnes vivant à domicile déclaraient consulter régulièrement pour trouble mental ou psychique en 1999 (Anguis, 2003). 56 000 personnes étaient hospitalisées dans les établissements de psychiatrie à la fin de l'année 1998, ce qui correspond à un taux d'hospitalisation de 96 pour 100 000 habitants (Chapireau, 2002).

Sur le plan des pathologies, les dépressions représentent un quart du total des recours aux soins (y compris médecins généralistes) contre 7 % pour les psychoses. Parmi les motifs de recours aux soins en établissement, la part des dépressions semble augmenter et celle des retards mentaux et des démences diminuer (DREES, 2003).

La perception que les Français ont de la santé mentale varie avec le sexe, le niveau d'étude et l'expérience vécue : elle peut expliquer les comportements différents de recours aux soins

Une enquête en population générale, réalisée par la DREES en partenariat avec le CC-OMS¹, a permis de montrer à travers une première vague de collecte, qu'en France métropolitaine, les représentations de la santé mentale varient peu suivant les catégories de personnes interrogées (Anguis, 2001). Toutefois, les femmes et les personnes ayant fait des études supérieures ont une meilleure connaissance des possibilités de soins et partagent avec les jeunes une plus grande confiance dans l'efficacité des traitements ou les possibilités de guérison. Les personnes ayant une certaine proximité avec les affections mentales (soit pour elles-mêmes, soit dans leur entourage) sont plus sensibles aux difficultés d'intégration et pensent plus souvent que la présence d'un dépressif à la maison n'est pas une charge. À l'opposé, une minorité refuse la prise en charge hors de l'hôpital de toutes

¹ Centre collaborateur OMS pour la formation et la recherche en santé mentale.

les personnes atteintes de troubles mentaux. Ce type de comportement est associé à une méconnaissance des malades et des structures d'accueil.

Les professionnels : des dynamiques de répartition très diverses

Les **infirmiers** constituent les professionnels majoritaires en psychiatrie. Leur répartition est étroitement liée à celle des capacités d'hospitalisation (lits et places) contrairement à celle des psychiatres.

Les **psychologues** salariés exercent à 80 % dans le secteur public. Ils sont environ 4 000 (soit un pour quinze infirmiers) dans les services de psychiatrie des établissements de santé (Guilmin, juin 2000).

En 1999, sur un total de 13 200 **psychiatres**, 52 % étaient exclusivement salariés, 34 % exclusivement libéraux et 14 % avaient une activité mixte. Les psychiatres sont les spécialistes dont le nombre a le plus augmenté depuis 1973 (multiplication par quatre, contre multiplication par deux et demi pour l'ensemble des spécialistes) et pourtant, le taux de vacance des postes de psychiatres hospitaliers reste un des plus élevés (10 % en 1997) par rapport aux autres disciplines médicales (Guilmin, juin 2000). Le nombre de psychiatres hospitaliers tend à se stabiliser depuis quelques années et on s'attend à ce qu'il diminue dans l'avenir : les projections sous hypothèse du maintien du nombre d'internes et d'un *numerus clausus* à 4 700, ainsi que de la stabilité des comportements des médecins (lieux d'installation, âges de départs en retraite...), estiment qu'à l'horizon 2020 le nombre de psychiatres diminuerait de 7 % entre 1984 et 2020 et de 41 % entre 2001 et 2020 (Niel, 2002).

La part d'internes se spécialisant en psychiatrie a en outre diminué : 9 % en 1992 contre 7 % en 2001 au profit d'autres disciplines (santé publique, médecine du travail). Les psychiatres débutent plus souvent qu'autrefois leur activité à l'hôpital (création de places de postinternat, accès au secteur à honoraires libres). Ils y restent toujours en moyenne seize ans (Vilain, 2001).

La répartition des psychiatres, libéraux ou salariés, est par ailleurs extrêmement variable selon les régions : l'Ile-de-France enregistre une densité de psychiatres de 88 pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale de 22. À l'opposé, c'est dans les départements d'outre-mer qu'ils sont les moins nombreux : 8 pour 100 000 habitants (Guilmin, juin 2000).

De même, alors que les secteurs de psychiatrie générale emploient en moyenne 6,4 médecins (en équivalent temps plein : ETP) et 83,7 ETP d'autres professionnels, on note de fortes variations de ces dotations en personnel entre secteurs et entre types d'établissements. Ce phénomène concerne surtout les infirmiers qui sont en moyenne 91,5 dans les secteurs rattachés à des centres hospitaliers spécialisés (CHS), 116 dans les secteurs rattachés à des hôpitaux

privés psychiatriques, 61,6 dans les secteurs rattachés à des centres hospitaliers généraux et régionaux (Guilmin, 21 mai 2000).

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile comptent en moyenne 5,8 ETP de médecins, et 48,4 ETP de personnel non médical. De façon générale, le personnel est plus nombreux dans les secteurs disposant de lits d'hospitalisation, et dans ceux rattachés à des CHS (Coldefy, 2003).

Les données sur l'état sanitaire et social des personnes ayant recours aux soins en psychiatrie

Une fragilité physique et sociale vient en sus des problèmes de santé mentale de ces personnes. La dépression et le suicide ont été plus particulièrement étudiés ainsi que les troubles rencontrés dans certaines populations comme les détenus. Beaucoup reste à connaître toutefois sur les prévalences des différents troubles psychiatriques dont la mesure en population générale se heurte à des difficultés méthodologiques.

Les personnes suivies en psychiatrie : une population cumulant mauvais état de santé global et fragilité sociale

Au-delà des problèmes de santé mentale, la population des personnes suivies en psychiatrie, telle qu'elle a été repérée dans l'enquête « Handicap, Incapacités, Dépendance » de l'INSEE¹, apparaît globalement en plus mauvaise santé physique que le reste de la population : ainsi l'on constate, chez les personnes hospitalisées, une surmortalité par rapport à la population du même âge, ainsi qu'une mobilité limitée. L'ensemble des personnes suivies régulièrement pour troubles mentaux déclare en outre, en plus des déficiences psychiques, davantage de déficiences physiques, motrices, métaboliques que la population générale. Par contre, elles n'ont pas plus de déficiences visuelles ou auditives (Anguis, 2003 ; Chapiro, 2002).

Pour la sous-population des schizophrènes, un suivi de cohorte (Casadebaig, 1999) met en évidence une surmortalité 4,5 fois plus importante qu'en population générale avec un taux de suicide 20 fois plus élevé et à un âge particulièrement jeune.

D'une manière générale, les personnes suivies en psychiatrie apparaissent, par rapport à la population générale, confrontées à des difficultés tant sur le plan de la vie affective ou sociale que sur le plan de l'activité professionnelle. Ainsi, le célibat ou le divorce sont deux fois plus fréquents qu'en population générale. L'insertion professionnelle apparaît plus difficile, surtout pour les hommes. L'emploi protégé occupe une place très marginale (Anguis, 2003 ; Chapiro, 2002).

¹ Voir sur cette enquête, le numéro 1/2 -2003 de la *Revue française des Affaires sociales* qui lui a été consacré (N.D.L.R.).

Les aides monétaires sous forme d'allocations sont fréquentes, concernant un malade sur trois, et davantage des hommes. Deux personnes sur trois ont une reconnaissance administrative de leur handicap et le coût social du handicap mental est considérable puisqu'une personne sur quatre qui consulte perçoit une allocation ou pension du fait de son état de santé (Anguis, 2003).

Les prévalences des troubles psychiatriques les plus graves sont variables selon les régions

La plupart des malades atteints de troubles graves bénéficient d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD). La prévalence des différents troubles dans cette population s'établissait en 1994 comme suit : 3,9 ‰ de personnes atteintes de schizophrénie ou de troubles délirants ; 2,7 ‰ de personnes souffrant de retard mental ; et respectivement 2,3 ‰ de démence, 2,3 ‰ de névrose, 2,2 ‰ de troubles de l'humeur et 1,8 ‰ de troubles de la personnalité, 0,4 ‰ de trisomie 21, 0,4 ‰ de toxicomanie et 0,3 ‰ d'autisme. Des variations notables de ces prévalences sont toutefois observées selon les régions (Borgès Da Silva, 1998 et 1999).

Une prévalence élevée de troubles dépressifs

En France, le nombre de personnes atteintes par an (prévalence) est mal connu mais certaines études suggèrent des prévalences de 9 % à 12 % (Le Pape, 1999). Les études font apparaître que l'absence d'activité est fortement corrélée à la dépression et qu'un certain nombre de personnes, chez qui on repère une souffrance importante, n'ont pas recours aux soins.

Le CREDES apporte un autre éclairage, à partir de l'analyse des résultats de l'enquête « Santé protection sociale », sur les aspects socio-économiques liés à la dépression : les personnes présentant des signes de dépression déclarent en moyenne sept maladies psychiques ou somatiques, dépression incluse, au lieu de trois pour les personnes non dépressives. L'indicateur synthétique de qualité de vie confirme un état de santé très altéré des dépressifs, égal à celui de personnes non dépressives plus âgées de dix ans. En raison de ces polyopathologies, la consommation médicamenteuse d'un sujet dépressif durant trois mois est trois fois plus élevée que celle des personnes ne souffrant pas de ce trouble.

Enfin, le lien entre dépression et suicide apparaît nettement : on retrouve l'existence d'un trouble dépressif dans 30 à 50 % des cas de décès par suicide dans un certain nombre d'études internationales pour des pays comparables à la France, avec pour ces décès, un accroissement de la prévalence de troubles dépressifs avec l'âge.

Le suicide est un problème reconnu de santé publique

En 1999, l'Inserm a enregistré 10 268 décès par suicide, soit 2 % de l'ensemble des décès. En outre, ces chiffres doivent être corrigés à la hausse, du fait de la sous-déclaration des suicides, et on estime qu'en réalité

ils sont de 20 à 25 % supérieurs (Jougla, 2002). Après une période d'augmentation au début des années quatre-vingt-dix, le nombre total des décès dus à cette cause a diminué ces dernières années. Cependant, la France reste parmi les pays d'Europe qui enregistrent les taux les plus élevés.

Les décès par suicide sont très majoritairement masculins (72 %). Le taux de mortalité par suicide des hommes est plus élevé que celui des femmes dans toutes les tranches d'âge. Le différentiel s'accroît aux âges élevés : il atteint un ratio de quatre à un chez les personnes âgées de 75 et 84 ans, mais augmente encore aux grands âges (Badeyan, 2001).

Le suicide est la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 34 ans mais, en nombre absolu, ce sont les personnes de 35 à 54 ans qui sont le plus touchées (3 983 décès en 1999). Rapporté aux effectifs de la population, le taux de décès augmente avec l'âge jusque vers 40 ans, reste relativement constant jusque vers 70 ans et augmente ensuite fortement chez les hommes. Dans la population âgée, les taux de suicide sont plus élevés en maison de retraite qu'à domicile, particulièrement pour les femmes de 65 à 74 ans (Casadebaig, 2003).

Cet effet d'âge s'accompagne, en outre, d'effets de date (périodes où l'on enregistre des augmentations de suicides, particulièrement autour de l'année 1985) et d'effets de génération (celles nées après la seconde guerre mondiale se suicident davantage). Ces facteurs devraient conduire à une hausse « spontanée » du taux de suicide dans les années qui viennent, parallèlement à l'avancée en âge des générations du « baby boom » (Anguis, 2002).

Diverses études ont montré que les taux de suicide ne sont pas homogènes selon les régions et par classes d'âge. Certaines sont plus touchées par le phénomène pour les adultes (Nord-Pas-de-Calais, Bretagne), d'autres pour les jeunes de 15 à 24 ans (Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées). Globalement, le nord-ouest de la France enregistre les taux les plus importants (Facy, 2000).

Les tentatives de suicide touchent davantage les femmes que les hommes contrairement aux décès par suicide proprement dit. Le nombre des tentatives de suicide prises en charge annuellement par le système de soins a été estimé entre 130 000 et 180 000 (Badeyan, 2001).

Une forte prévalence de troubles mentaux parmi les détenus

La prévalence des troubles mentaux parmi les détenus apparaissant enfin comme un problème spécifique, cette population a fait l'objet d'études particulières. Celles-ci montrent notamment que sur une période d'un mois (juin 2001), les psychiatres des services médicaux psychiatriques régionaux (SMPR) ont repéré au moins un trouble psychiatrique pour la moitié des entrants en détention. Parmi ceux qui sont suivis par le SMPR, très majoritairement des hommes, jeunes, célibataires et en grande difficulté sociale, les troubles de la personnalité prédominent (un tiers des cas) ainsi que les conduites addictives (un quart). 12 % ont des troubles névrotiques ou anxieux, 8 % souffrent de psychose et 7 % de troubles de l'humeur (Coldefy, juillet 2002).

■ Un système d'observation statistique en construction

Les principales sources utilisées : enquêtes et bases de données administratives

Le tableau (annexe 2) récapitule les principales sources de données statistiques récentes sur la santé mentale.

Outre celles produites par le ministère de la Santé (Direction générale de la santé et, depuis 1998, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), les données statistiques relatives à la santé mentale proviennent de nombreuses sources.

Il convient de signaler :

- le centre épidémiologique sur les causes de décès (Cepi-DC) qui centralise et étudie les données générales de mortalité, permet d'établir des statistiques de mortalité selon les grandes catégories de pathologies psychiatriques de la classification internationale des maladies (CIM 9) ;
- certaines unités de l'Inserm effectuent des travaux de recherches en lien direct ou indirect avec la psychiatrie ;
- par ailleurs, le Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) produit des données plus orientées vers des problématiques médico-économiques (sur la dépression par exemple) ;
- les caisses d'assurance maladie disposent également de sources statistiques plus orientées sur les prises en charge (reconnaissance d'affections de longue durée, actes et médicaments remboursés...) ;
- des données statistiques sur la santé mentale perçue sont publiées, en outre, dans le baromètre santé de l'Institut national de la prévention en santé (INPES), et l'enquête décennale de santé de l'INSEE comporte également des questions sur ce thème ;
- enfin, il existe divers organismes qui collectent et diffusent des bases de données statistiques sur les médicaments psychotropes, sur les motifs de consultation médicale...

Les données statistiques sur le système de soins

Les établissements

La DREES collecte et exploite les données administratives de la statistique annuelle des établissements (SAE) et des rapports annuels de secteur. Ces sources exhaustives permettent d'avoir des données de cadrage nationales, mais aussi des exploitations de niveau régional, départemental, voire d'établissements ou de secteurs. La SAE concerne l'ensemble des établissements

sanitaires publics et privés et permet, en matière de psychiatrie, de connaître les évolutions des structures (nombre de lits et places) et l'activité (journées d'hospitalisation, nombre de consultations...). Le recueil est annuel. Elle distingue la psychiatrie générale de la psychiatrie infanto-juvénile mais ne permet pas de décrire l'activité ambulatoire.

C'est pourquoi, à partir de 1986, la DGS a élaboré avec les psychiatres un rapport spécifique à la psychiatrie sectorisée permettant une description plus précise de son activité. Ces rapports ont été collectés par le SESI puis par la DREES depuis 1998. Les rapports de secteurs, établis pour les secteurs adultes et infanto-juvéniles, mais aussi pour les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) qui délivrent des soins psychiatriques aux détenus, donnent des indications plus complètes sur les structures, l'activité, la prise en charge. Ces rapports supposent un recueil d'informations systématique, tout au long de l'année, au moyen de fiches d'informations remplies pour chaque patient et dont les données sont agrégées. Les questionnaires des rapports ont été rénovés et notablement augmentés en 2000 pour mieux les adapter à la diversité des pratiques professionnelles sectorielles, l'objectif étant de mieux décrire le travail de liaison des équipes avec les intervenants extérieurs, réalisé au bénéfice des patients et très consommateur de temps. L'objectif est, également, de mieux documenter les conditions d'accueil et l'accessibilité aux soins des malades, les organisations particulières mises en place comme la participation aux urgences ou des dispositifs spécialisés intersectoriels. Les questionnaires sont désormais collectés tous les trois ans.

La DREES a également prévu de mettre en place, en collaboration avec les professionnels et les autres services de l'administration de la santé, des rapports de même type que les rapports de secteur adaptés aux établissements non sectorisés (cliniques privées, établissements de postcure, services de psychiatrie de certains CHU, hôpitaux de jour privés...). Ces données permettront une description plus précise des complémentarités de l'offre de soins psychiatrique publique et privée.

Pour compléter la connaissance de l'offre de soins, il restera à étudier de la même façon les pratiques libérales (psychiatres d'exercice libéral en cabinet, psychologues cliniciens).

Les professionnels de santé

Les données sont issues essentiellement des fichiers ADELI, redressés pour être mis en cohérence avec les fichiers de l'Ordre des médecins et ceux des caisses d'assurance maladie. Des données complémentaires sont fournies par l'enquête SAE pour les médecins salariés des établissements de santé. Les études actuelles concernent surtout les médecins et les infirmiers, il s'agit notamment de projections démographiques qui ont été faites jusqu'en 2020 ainsi que d'études de répartition des professionnels.

Les données statistiques sur les populations

Les populations suivies dans le système de soins

Les données sur la file active sont recueillies « en routine » par la SAE et les rapports de secteur.

De grandes enquêtes réalisées par la Direction générale de la santé en collaboration avec l'Inserm jusqu'en 1998, puis par la DREES avec le groupe français d'épidémiologie psychiatrique (GFEP) en 2003 (les résultats seront disponibles en 2004) permettent d'analyser le profil des patients suivis dans le système de soins (âge, sexe, troubles psychiatriques, données socio-familiales...). Les détenus ont fait l'objet d'une enquête récente menée par la DREES et le GFEP qui a attiré l'attention sur l'importance des troubles de santé mentale retrouvés dans cette population et a permis de mieux les décrire. Une autre enquête pilotée par la DGS est menée actuellement dans cette population.

L'enquête « Handicap, Incapacité, Dépendance » (HID), réalisée en 1998 et 2000, a permis de préciser également des caractéristiques intéressantes des personnes en situation de handicap psychique, qu'elles soient en établissement ou à domicile.

Des études sur les malades atteints de troubles psychiatriques graves, avec en particulier des comparaisons régionales, ont pu être réalisées à partir des données de l'assurance maladie sur les affections de longue durée.

La population générale

De grandes enquêtes sont conduites régulièrement en population générale et comportent quelques questions sur la santé mentale. Des échelles de mesure validées de la qualité de vie ou de symptomatologies comme la dépression ou les tendances suicidaires sont ainsi utilisées. Elles permettent d'approcher des troubles mais ne constituent pas des diagnostics précis. C'est ainsi le cas de l'enquête décennale de santé de l'INSEE, de l'enquête santé-protection sociale du CREDES, du baromètre santé de l'INPES.

Une enquête est en cours de réalisation par le Centre collaborateur OMS pour la formation et la recherche en santé mentale (CC-OMS) avec l'appui de la DREES. Elle vise à analyser les perceptions de la santé mentale en population générale, ainsi qu'à évaluer la prévalence des principaux troubles.

■ Les limites

Un système d'information à développer

Nous disposons donc de sources statistiques nationales nombreuses traitant de la psychiatrie, auxquelles s'ajoutent tout le champ des études et enquêtes relatives aux addictions et aux médicaments psychotropes ainsi que les

travaux statistiques développés à des niveaux régionaux, départementaux ou locaux, notamment par les observatoires régionaux de la santé, qui n'ont pas été abordés ici.

Pour autant des aspects de la santé mentale restent encore mal connus. Le Haut Comité de la santé publique avait souligné, en 1995, certaines limites du système d'information en santé qui se retrouvent de façon assez similaire dans le champ de la psychiatrie¹.

- Un système éclaté résultant d'une multiplicité de données dont les objectifs, le champ, les définitions et les concepts diffèrent. Nous disposons de beaucoup d'informations sur l'hospitalier, surtout le public sectorisé, et peu sur le médico-social et l'exercice libéral en cabinet. Peu d'enquêtes ont été menées sur les filières de soins ou l'évaluation économique ou celle des pratiques professionnelles.

- Un état de santé mal connu. Si les enquêtes menées par la DGS et l'Inserm (qui vont être réactualisées par l'enquête DREES/GFEP de 2003) ont permis de mieux repérer les troubles dont souffrent les patients suivis dans les établissements de soins de psychiatrie, il reste plusieurs domaines de méconnaissance importants concernant les pathologies traitées dans le système libéral ambulatoire et les établissements médico-sociaux et plus encore les troubles psychiatriques de certaines populations fragilisées et/ou socialement marginalisées (migrants, SDF, personnes âgées...) parmi lesquelles on sait que la prévalence des troubles est plus forte mais qui ont moins recours aux soins.

- Enfin, la valorisation des données disponibles est sans doute insuffisante. Il existe un nombre important d'informations qui nécessiteraient davantage de mobilisation pour leur exploitation à travers des études ou des synthèses.

Ces constats, même s'ils ont été pris en compte notamment dans les préconisations du CNIS et dans les programmes de travail de la DREES, restent encore largement valables en 2004.

Des difficultés d'observation

En matière de santé mentale et même de psychiatrie, l'objet lui-même est, bien sûr, de contours incertains et d'observation difficile :

- qu'il s'agisse de la mesure des prévalences des maladies ou symptômes pour lesquels la nosographie est parfois imprécise (diagnostics de dépression ou dépressivité par exemple) et évolutive et les biais nombreux, particulièrement dans les enquêtes en population générale ;
- qu'il s'agisse des prises en charge qui s'avèrent être extrêmement diverses et qu'il est difficile de décrire de façon homogène (l'activité d'un

¹ Repris par Antoine D., « À propos des statistiques en psychiatrie », *Pour la recherche*, revue de la Fédération française de psychiatrie, septembre 1997.

CATTP peut dans certains secteurs s'apparenter à celle d'un hôpital de jour, les pratiques des professionnels sont éminemment variables...), pour lesquelles il est, de plus, encore impossible de repérer des trajectoires de soins des patients ;

– qu'il s'agisse, enfin, des professionnels : les psychologues cliniciens sont mal répertoriés car à ce jour leur activité libérale, non couverte par l'assurance maladie, n'apparaît pas dans les statistiques de cette administration. De plus, l'activité des psychothérapeutes et psychanalystes non psychologues et non médecins reste très mal connue. Les modifications réglementaires annoncées dans ce domaine devraient permettre de mieux appréhender dans l'avenir le nombre, la répartition et la pratique de ces professionnels.

Sensibiliser les professionnels

Par ailleurs, la qualité des données produites est la résultante de différentes étapes qui chacune doit avoir un degré de qualité suffisant.

Si la conception et l'exploitation des questionnaires bénéficient du professionnalisme des équipes, reste à convaincre les producteurs de données de l'importance d'un recueil de qualité.

Or, en santé mentale, en France, la culture de l'évaluation chiffrée se développe depuis peu et on note encore de nombreuses réticences quant à l'opportunité de ces mesures. Certaines équipes de soins expriment également leur crainte d'une utilisation des statistiques à des fins de repérage d'une population déjà trop stigmatisée. S'ajoutent à ces réserves de fond, des difficultés plus techniques : charge de travail clinique importante et en augmentation constante, vétusté, voire absence d'équipement informatique et/ou de personnel formé à son utilisation.

En conséquence, le système d'information statistique en psychiatrie et plus généralement en santé mentale aura dans l'avenir à développer des axes de travail sur des thèmes comme l'évaluation médico-économique de la prévention et des soins, la qualité de vie des malades et de leurs aidants. Il doit s'attacher à mieux connaître les problèmes psychiques de certaines populations (enfants, migrants, milieu de travail, précaires et exclus...) et leurs comportements d'accès aux soins.

Davantage de coordinations, de partage et d'analyses conjointes entre équipes doivent être mis en œuvre pour optimiser l'exploitation des données disponibles.

Enfin, il importera d'approfondir les comparaisons dans le temps mais aussi dans l'espace (entre secteurs, régions en France et avec d'autres pays d'Europe) ce que devraient permettre les programmes d'enquêtes sur la santé et le handicap de la Commission européenne.

Annexe 1 : Publications et sites internet

Publications

Publications de la DREES ¹

• **Études et Résultats**

« L'activité des établissements de santé en 2000 : des évolutions diverses selon les secteurs hospitaliers », *Études et Résultats*, n° 177, juin 2002.

ANGUIS M., CASES C., SURAULT P., « L'évolution des suicides sur une longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération », *Études et Résultats*, n° 185, août 2002.

ANGUIS M., DE PERETTI C., « Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux », *Études et Résultats*, n° 231, avril 2003 (exploitation enquête HID).

ANGUIS M., ROELANDT J.-L., CARIA A., « La perception de la santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites », *Études et Résultats*, n° 116, mai 2001.

AUDRIC S., NIEL X., « La mobilité des professionnels de santé salariés des hôpitaux publics », *Études et Résultats*, n° 169, avril 2002.

BADEYAN G., PARAYRE C., « Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique », *Études et Résultats*, n° 109, avril 2001.

BUISSON G., CARRASCO V., COLDEFY M., THOMSON E., TRIGANO L., « L'activité des établissements de santé en 2001 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 238, mai 2003.

CARRASCO V., BAUBEAU D., « Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats*, n° 212, janvier 2003.

CHAPIREAU F., « Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et en 2000 », *Études et Résultats*, n° 206, décembre 2002 (exploitation enquête HID).

COLDEFY M., BOUSQUET F., « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 », *Études et Résultats*, n° 163, mars 2002.

COLDEFY M., FAURE P., PRIETO N., « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les SMPR », *Études et Résultats*, n° 181, juillet 2002.

DARRINE S., « Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice », *Études et Résultats*, n° 156, février 2002.

GUILMIN A., « L'offre de soins en psychiatrie : des » modèles « différents selon les départements », *Études et Résultats*, n° 48, janvier 2000.

¹ La plupart sont disponibles sur le site :
http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/index_pub.htm

MICHEL E., JOUGLA E., « La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998 », *Études et Résultats*, n° 153, janvier 2002.

NIEL X., « La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002 », *Études et Résultats*, n° 161, mars 2002.

VILAIN A., NIEL X., « Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années quatre-vingt : davantage de débuts de carrière à l'hôpital », *Études et Résultats*, n° 145, novembre 2001.

• Documents de travail

« Les professions de santé : éléments d'informations statistiques », *Série Études*, n° 9, janvier 2001.

COLDEFY M., SALINES E., « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 », *Série Études*, n° 32, mai 2003.

CHAPPERT J.-L., PEQUIGNOT F., PAVILLON G., JOUGLA E., « Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention », *Série Études*, n° 30, avril 2003.

GUILMIN A., « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 1997 : analyse des évolutions entre 1989 et 1997 à partir des rapports de secteur », *Série Études et Statistiques*, n° 21, mai 2000.

GUILMIN A., « Les secteurs de psychiatrie générale en 1997 : analyse des évolutions entre 1989 et 1997 à partir des rapports de secteur », *Série Études et Statistiques*, n° 20, mai 2000.

GUILMIN A., « La psychiatrie dans les hôpitaux publics et privés en 1997 », *Série Études et Statistiques*, n° 17, janvier 2000.

GUILMIN A., PARAYRE C., BOISGUERIN B., « Bilan de la sectorisation psychiatrique », *Série Statistiques*, n° 2, juin 2000.

SICARD D., « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2003 – Répertoire ADELI », *Série Statistiques*, n° 52, mai 2003.

SICARD D., « Les médecins : estimations au 1^{er} janvier 2002 », *Série Statistiques*, n° 44, décembre 2002.

• Dossiers Solidarité et Santé

COLDEFY M., BOUSQUET F., « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 », n° 2, avril-juin 2002.

• Collection « Études et statistiques »

DREES, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003*, La Documentation française, Paris, 2002, épuisé, consultable sur le site de la DREES.

DREES, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003*, La Documentation française, Paris, 2003 (à paraître).

Autres publications

CASADEBAIG F., PHILIPPE A., « Mortalité chez les patients schizophrènes – Trois ans de suivi d’une cohorte », *L’Encéphale*, XXV : 329-37, 1999.

CASADEBAIG F., RUFFIN A., PHILIPPE A., « Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite en France », *Revue d’épidémiologie et de santé publique*, 2003, 51 : 55-64.

LE PAPE A., LECOMTE T., « Prévalence et prise en charge médicale de la dépression : France 1996-1997 », *Rapport n° 1277* (série Analyses), septembre 1999, CREDES.

LECOMTE Th., « Aspects socio-économiques de la dépression », *CREDES*, n° 774, 1988, 61 p.

JOUGLA E. *et al.*, « La qualité des données de mortalité sur le suicide », *Revue d’épidémiologie et de santé publique*, 50, 2002.

FACY F., JOUGLA E., « Les suicides », in Salem G., Rican S., Jougla E., *Atlas de la santé en France*, vol. 1, John Libbey Eurotext, août 2000.

BOISGUERIN B., CASADEBAIG F., QUEMADA N., « Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, les cliniques privées, et les établissements de réadaptation et de postcure », *DGS-Inserm-cc-OMS*, août 1999.

BOISGUERIN B., GALLOT A.-M., QUEMADA N., THEVENOT J.-P., « Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les centres médico-psychopédagogiques, les hôpitaux de jour privés », *DGS-Inserm-cc-OMS*, décembre 1997.

BORGES DA SILVA G. *et al.*, « Prévalence des affections psychiatriques reconnues en affection de longue durée par le régime général chez ses affiliés », *Ann. Méd.-Psychol.*, 1998 ; 156 : 445-456.

BORGES DA SILVA G. *et al.*, « Prévalence des affections psychiatriques des affiliés régime général par région », *Ann. Méd.-Psychol.*, 1999 ; 157 n° 10.

Sites à consulter

Assurance maladie : <http://www.ameli.fr>.

CREDES : <http://www.credes.fr>

INPES (ex-CFES) : <http://cfes.zeni.fr>

INSEE : <http://www.insee.fr>

INSERM Cepi-DC : http://sc8.vesinet.inserm.fr:1080/accueil_fr.html

PMSI : <http://www.atih.sante.fr/>

Réseau médecins sentinelles, Inserm : <http://rhone.b3e.jussieu.fr/senti/php/navigation/accueil/>

Score santé : <http://score-sante.atrium.rss.fr>

Annexe 2 : Le cadre juridique et déontologique de la collecte des données pour l'INSEE et les services statistiques ministériels

Parmi les producteurs de données de niveau national, le service statistique ministériel chargé de la santé (Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques : DREES), correspondant de l'INSEE dans le champ de l'observation de la santé occupe une place prépondérante.

Le cadre juridique de son fonctionnement est essentiellement défini par un texte fondateur, la loi du 7 juin 1951 « sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques ».

• Concertation, coordination, expertise : le rôle du Conseil national de l'information statistique

En vertu de cette loi, le programme de travail de la DREES et ses projets d'enquêtes sont validés par le Conseil national de l'information statistique (CNIS), qui assure la concertation entre les producteurs et les utilisateurs de statistiques (experts, partenaires sociaux, professionnels) et coordonne les travaux et enquêtes statistiques des services publics ¹.

La formation « santé, protection sociale » du CNIS examine les projets d'enquêtes statistiques du point de vue de leur finalité, de leur place dans le dispositif d'information et de leur caractère prioritaire ou non. Toutes les étapes font l'objet de discussions et de propositions, depuis la préparation de l'opération jusqu'à la diffusion des résultats.

Ainsi les avis donnés par le CNIS représentent l'assurance que toute opération retenue correspond bien à un besoin d'information d'intérêt général, ne fait pas double emploi et s'insère dans les objectifs à moyen terme définis pour le domaine étudié.

Le CNIS est également un lieu où peuvent se tenir des débats sur des sujets novateurs ou sensibles. Grâce aux groupes de travail et missions temporaires du CNIS, des dispositifs statistiques sont expertisés et des propositions formulées. En matière de santé, par exemple, un groupe de travail du CNIS a favorisé et validé le rapprochement des diverses sources d'information sur la démographie médicale, un autre a analysé les sources disponibles et souhaitables sur l'état de santé de la population, un autre devrait prochainement travailler sur les statistiques du médicament.

• Un strict secret professionnel

La loi impose aux statisticiens de l'INSEE et des services statistiques ministériels (SSM) un strict secret professionnel, sous peine de sanctions pénales. Des règles précises de sécurité des données, de traitement et de

¹ <http://www.cnis.fr/>

publication ont été élaborées pour garantir la confidentialité. Les enquêtes concernant des personnes sont, de plus, présentées au visa de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Seules les collectes de données administratives, réalisées dans le cas de circulaires ministérielles (par exemple la statistique annuelle d'entreprise), peuvent être communiquées aux tiers. En revanche, les enquêtes statistiques réalisées par la DREES dans le cadre de la loi de 1951 ne sont, en application des règles du secret professionnel, diffusées que sous forme de tableaux agrégés ne permettant aucune identification, même par recoupement, des personnes ou des établissements de santé concernés. C'est par exemple le cas de l'enquête en cours sur les patients suivis dans les établissements de psychiatrie. Ses données détaillées restent confidentielles, même envers les autres directions du ministère.

Sous les mêmes conditions de confidentialité, la loi permet à l'INSEE et aux SSM d'exploiter divers fichiers administratifs à des fins statistiques. On peut citer, par exemple, les déclarations de données sociales des établissements de santé ou les fichiers des bénéficiaires non commerciaux des médecins libéraux, qui permettent d'élaborer les statistiques et les études sur les salaires et les revenus de divers professionnels.

Principales sources de données statistiques récentes sur la santé mentale en France

Thème	Champ	Informations disponibles	Producteur des données	Exploitation des données	Enquête ou base de données	Périodicité, dernière année disponible
Inventaire des établissements ayant des activités de psychiatrie	France entière	Catégorie, statut, adresse, téléphone, capacité installée	DREES	DREES	Fichier FINESS	Mise à jour régulière
	Établissements et services de psychiatrie publics et privés	Hospitalisation à temps plein et à temps partiel : capacités, entrées, journées, présences ou séances	DGS (SESI) puis DREES	DGS (SESI) puis DREES	H80 et EHP puis SAE à partir de 1994	Annuelle, 2001
Équipement et activité des structures de soins	Établissements habilités à recevoir des malades hospitalisés sans consentement	Nombre d'hospitalisations sans consentement et de levées d'hospitalisation	Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques	DGS SD6	Bilan annuel des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques	Annuelle, 2001
	Psychiatrie sectorisée pour adultes, enfants, détenus	File active, mode de prise en charge, personnel, structures, organisation des soins, travail en réseau	DGS (SESI) puis DREES	DGS (SESI) puis DREES	Rapports annuels de secteur	Exploitation tous les trois ans, 2000
Ensemble des professionnels de santé	France entière	Nombre, lieu d'exercice, projection d'évolution des effectifs	DREES, assurance maladie, Ordre des médecins	DREES, assurance maladie	Fichier ADELI, fichier assurance maladie et fichier de l'Ordre des médecins	Annuelle
Professionnels exerçant en établissement	Établissements et services de psychiatrie publics et privés	Catégorie de personnel en effectif et en ETP* par structure de soins	DGS (SESI) puis DREES	DGS (SESI) puis DREES	H80 et EHP puis SAE à partir de 1994	Annuelle, 2001
	Psychiatrie sectorisée	Catégorie de personnel en effectifs et en ETP* selon le sexe par secteur	DGS-SESI puis DREES	DGS-SESI puis DREES	Rapports annuels de secteur	Exploitation tous les trois ans, 2000

Caractéristiques des patients suivis pour troubles mentaux	Établissements de psychiatrie adulte publics et privés	Sexe, âge, diagnostic, situation familiale et professionnelle, mode de prise en charge, AAH	DGS-Inserm puis DREES-GFEP	DGS-Inserm puis DREES-GFEP	Enquête sur quinze jours	Ponctuelle : dernières enquêtes en 1998 et 2003 (en cours d'exploitation)
	Établissements de psychiatrie infanto-juvénile publics et privés	Sexe, âge, diagnostic, situation familiale, scolarité, mode de prise en charge et intensité du suivi	DGS-Inserm puis DREES-GFEP	DGS-Inserm puis DREES-GFEP	Enquête sur quinze jours	Ponctuelle : dernières enquêtes en 1996 et 2003 (en cours d'exploitation)
	Consultations de médecine libérale (généralistes et spécialistes : psychiatres et neuropsychiatres)	Sexe, âge, diagnostic ou motif de consultation, prescription	IMS-Health (producteur privé)		Étude permanente de la prescription médicale	Permanente
Troubles mentaux en général	Assurés sociaux du régime général des travailleurs salariés (soit 83 % de la population française totale)	Incidence annuelle et effectifs par sexe et âge pour les diagnostics de psychotose, trouble grave de la personnalité et arriération mentale	CNAMTS	CNAMTS, DREES	Base de données des affections de longue durée (NB : ces bases existent aussi pour la CANAM et la MSA)	Annuelle
	Population générale interrogée dans un lieu public	Prévalence mesurée : troubles identifiés par un questionnaire	Centre collaborateur OMS-DREES	Centre collaborateur OMS-DREES	Recherche-action sur sites volontaires, quota	Ponctuelle, exploitation en cours
	Population générale, ménages	Prévalence déclarée : maladies déclarées, consommation individuelle de soins	INSEE, DREES	INSEE, DREES	Enquête décennale santé	Environ tous les dix ans, 2002-2003 : exploitation en cours
	Population générale interrogée par téléphone	Troubles déclarés : tentatives de suicide, dépressivité	CFES puis INPES	CFES puis INPES	Baromètre-santé	Tous les trois ans, 1999
	Population générale, ménages : troubles déclarés	Consultation de spécialistes, suivi pour une maladie grave ou chronique	INSEE	INSEE	Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, partie « Santé »	Annuelle, 2001
	Détenus	Sexe, âge, symptômes présentés à l'entrée en prison, pathologies des patients suivis, caractéristiques sociales, raisons de l'incarcération, durée de la peine	DREES-GFEP	DREES-GFEP	Enquête menée sur un mois auprès des services médico-psychologiques régionaux	Ponctuelle, 2001

Thème	Champ	Informations disponibles	Producteur des données	Exploitation des données	Enquête ou base de données	Périodicité, dernière année disponible
Suicide	France entière	Taux par sexe et par âge, effets de période et de génération	Inserm (Cepi-De)	Inserm (Cepi-De), DREES, Inserm...	Certificats de décès	Annuelle, 1999
Tentatives de suicide	France entière, clientèle des médecins généralistes	Estimations nationales sur le nombre de cas et l'incidence des tentatives de suicide, les modalités de suicide et la mortalité dans la clientèle des médecins généralistes	Inserm (réseau sentinelle)	Inserm (réseau sentinelle)	Enquête permanente auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes	Hebdomadaire. Bilans annuels, 2002
Dépression	Ménages comportant au moins un assuré social	État de santé associé aux consommations de soins remboursées par la Sécurité sociale. Une pathologie étudiée selon les années	CREDES avec la collaboration de l'assurance maladie	CREDES, assurance maladie, DREES,...	Enquête « Santé et protection sociale »	Tous les deux ans, 2002. Questionnaire sur la dépression en 1996
Schizophrénie	Patients schizophrènes suivis en secteur de psychiatrie adulte	Pathologies somatiques, médicaments psychotropes, facteurs de risque, décès par cause	Inserm	Inserm	Cohorte de 3 500 patients suivis depuis 1993	Depuis 1993
Personnes atteintes d'un handicap psychique	Population générale (institutions, ménages, détention)	Lieu de prise en charge, caractéristiques du handicap, données socio-économiques, scolarité, profession, ressources, loisirs...	INSEE et nombreux partenaires	DREES, Inserm...	Enquête « Handicap, Incapacité, Dépendance » (HID)	Ponctuelle de 1998 à 2001. Exploitation en cours.
Perception de la santé mentale en population générale	Population générale interrogée dans un lieu public	Représentation du fou, du malade mental, du dépressif, opinion sur les possibilités de soins et de guérison, l'intégration	Centre collaborateur OMS-DREES	Centre collaborateur OMS-DREES	Recherche-action sur sites volontaires, quota	Ponctuelle

* ETP : équivalent temps plein.

Note : la plupart des enquêtes citées font l'objet d'une description détaillée dans le document suivant : De Kervasdoué J., Boisselot P., Mermilliod C., « Connaissance statistique de l'état de santé de la population », *CMIS*, n° 76, septembre 2002.