

Sources de données épidémiologiques en psychiatrie et santé mentale

Christine Chan Chee
Institut de Veille Sanitaire

Outils épidémiologiques

- Enquêtes en population
 - Prévalence des troubles
 - Questions sur le recours aux soins
- Données médico-administratives
 - Données de recours aux soins
 - Données d'hospitalisation
 - PMSI-MCO
 - RIM-P
 - Données de l'Assurance Maladie
 - SNIIRAM / EGB
 - » PMSI, consultations, conso psychotropes, ALD 23, décès
 - Données de surveillance non spécifique
 - Recours aux services d'urgences hospitaliers (Oscour®)
 - Consultations de médecine de ville (réseau sentinelles, SOS médecins...)
 - Données de mortalité
 - Suicide
 - Par diagnostic psychiatrique en causes associées
- Registres du handicap de l'enfant

Enquêtes* en population générale

	Depres	ESPS	SMPG	ESEMeD	Baromètres Santé	Anadep
Date terrain	1996	1996 - 1997	1999 - 2003	2001 - 2003	2005 et 2010	2005
Promoteur		Irdes	CCOMS	OMS - WMH	Inpes	Inpes
Nombre de personnes	14 517 en France	18 289 Assurés sociaux	36 105	2 894 en France	16 833 en 2005 8 238 en 2010	6 498
Echantillon	Quota	Aléatoire	Quota	Aléatoire	Aléatoire	Aléatoire
Thématique	Dépression	Multiple	Santé mentale	Santé mentale	Multiple	Dépression
Mode de passation	Face à face	Auto-questionnaire	Face à face	Face à face	Téléphone	Téléphone
Taux de réponse	Inconnu (panel)	68% ménages 42% sujets tirés au sort	Inconnu (lieux publics)	46%	≈ 60%	63%
Age (ans)	≥ 18	≥ 16	18-75	≥ 18	15-75	15-75
Questionnaire	MINI	MINI	MINI	WMH-CIDI	CIDI-SF	CIDI-SF
Prévalences EDM (%)	6 mois = 9,1%	1 mois = 12,0% (déclaré: 6,3%)	2 semaines = 11,1%	Vie = 21,4% 12 mois = 6,0%	12 mois = 7,8% en 2005 et en 2010	Vie = 17,8% 12 mois = 5,0%

* Enquêtes sur échantillons nationaux utilisant des questionnaires standardisés faisant appel à des classifications internationales (CIM ou DSM)

Recours aux soins dans ESPS 1996

- Plusieurs questions étaient posées sur la prise en charge des pathologies
 - Dans l'auto-questionnaire :
 - Si maladie déclarée par le sujet, question suivante : « Avez-vous traité cette maladie au cours des 12 derniers mois ? »
 - Consommation médicamenteuse des dernières 24 heures
 - Carnet pour noter la consommation de soins pendant 30 jours en précisant le motif médical.

La prise en charge médicale des dépressifs

	Déclaré seul	MINI seul	Déclaré et MINI	Ensemble des dépressifs
Dépressions déclarées et jugées traitées par l'enquête au cours des 12 derniers mois	88,7 %		90,5 %	
Consommation de médicaments la veille de l'enquête				
- Antidépresseurs associés ou non à des hypnotiques et tranquillisants	37,7 %	2,7 %	30,1 %	17,9 %
- Hypnotiques ou tranquillisants sans antidépresseur	14,8 %	10,0 %	22,8 %	14,0 %
- Ensemble des psychotropes	52,5 %	12,7 %	52,9 %	31,9 %
Recours aux soins en un mois pour dépression				
- Généraliste	9,0 %	1,4 %	9,1 %	4,7 %
- Psychiatre	5,6 %	0,3 %	9,5 %	3,5 %
- Pharmacie	38,5 %	7,2 %	40,1 %	22,0 %
- Ensemble des recours	40,9 %	8,1 %	43,9 %	23,9 %

Source : CREDES
Données : ESPS 1996-1997

Recours aux soins dans SMPG

- Lorsqu'un trouble est repéré par le MINI (15 derniers jours)
 - fiche complémentaire sur le recours aux soins pendant la période du trouble
 - « avoir déjà pris des médicaments pour les nerfs, pour la tête », « avoir déjà suivi une psychothérapie », « avoir été soigné pour folie ou maladie mentale ou dépression »
 - hospitalisation, consultation d'un professionnel de santé, traitement traditionnel (marabout, sorcier, guérisseur...)
 - « avez-vous déjà été soigné pour dépression ? »

Prise en charge des personnes souffrant de troubles dépressifs –
Données d'enquête en population générale

B. LAMBOY, C. LÉON ⁽¹⁾

L'Encéphale, 2006 ; 32 : 705-12, cahier 1

TABLEAU I. — *Pourcentage de personnes dépressives déclarant avoir eu recours à des soins et avoir été soignées pour dépression selon le type de trouble dépressif.*

En %	Recours aux soins	Soigné pour dépression
Pas de dépression	35,6	14,9
1 EDM	55,9	27,1
Trouble récurrent	74,2	51,1
Trouble chronique	81,5	56,0
Dysthymie	78,7	55,7
Dépression (total)	71,9	47,1



- 28% des dépressifs « ne se soignent pas »
- 35% recours aux MG et aux médicaments
- 18% recours aux médecines douces
- 5% recours aux « traitements traditionnels »
- 15% hospitalisés

Recours aux soins dans ESEMeD, Baromètres santé et Anadep

- Questions sur les services, types de professionnels, médicaments
 - Utilisation des services d'un **hôpital**, d'une **association**, d'un **centre**, d'une **ligne téléphonique**, d'un **site internet** ou d'un autre service pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement (ou des problèmes d'alcool ou de drogues) ?
 - Hôpital, Centres spécialisés (CMP, centre de crise)
 - Groupe d'entraide, association, ligne téléphonique d'aide ou d'écoute, site Internet
 - Avez-vous consulté un **psychiatre**, un **psychologue**, un **médecin généraliste** ou **spécialiste**, un **thérapeute**, une **infirmière**, une **assistante sociale** ou autre, pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement (ou des problèmes d'alcool ou de drogues) ?
 - Psychiatre, pédopsychiatre, Médecin généraliste, autre médecin spécialiste
 - Psychologue, psychanalyste, psychothérapeute
 - Infirmier(e), kinésithérapeute
 - médecine douce par les plantes, homéopathie, acupuncture
 - médecine traditionnelle (**guérisseur, rebouteux...**)
 - **travailleur social (éducateur, assistante sociale...), Religieux, Coach**
 - Avez-vous déjà pris des médicaments pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ? / Avez-vous déjà pris des médicaments pour les nerfs, pour dormir, comme des tranquillisants, des somnifères, ou des antidépresseurs, etc. ?

Recours aux soins dans Baromètres

- Sur les 12 derniers mois
- En 2005 : questions posées à tous les sujets
- En 2010: Posées à ceux qui répondent positivement aux questions filtre sur les symptômes de dépression

La dépression en France : prévalence, facteurs associés et consommation de soins

YANNICK MORVAN
ANA PRIETO
XAVIER BRIFFAULT
ALAIN BLANCHET
ROLAND DARDENNES
FRÉDÉRIC ROUILLON
BÉATRICE LAMBOY

TABLEAU V Données 2005 incluant services, professionnels et médicaments

Recours aux soins pour raison de santé mentale en fonction des troubles dépressifs

	Effectif non pondéré	Hommes	Femmes		Ensemble
Épisode dépressif caractérisé (EDC) total	1 404	53,3 %	64,0 %	***	60,5 %
Sévérité de l'EDC					
EDC léger	76	28,9 %	33,8 %	ns	32,2 %
EDC moyen	733	46,1 %	58,8 %	**	54,4 %
EDC sévère	595	67,8 %	74,1 %	**	72,2 %
Chronicité des troubles					
EDC unique	491	47,0 %	63,0 %	ns	56,8 %
Trouble dépressif récurrent	676	55,3 %	59,9 %	***	58,6 %
Trouble dépressif chronique	237	66,8 %	79,2 %	ns	75,4 %
Symptômes dépressifs (sans EDC)	3 331	32,4 %	46,7 %	**	40,9 %
Un seul symptôme principal	1 768	29,5 %	41,0 %	ns	35,7 %
Plusieurs symptômes sans EDC	1 174	37,5 %	52,3 %	**	46,9 %
EDC sans retentissement	389	35,4 %	52,7 %	***	47,9 %

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001

Types de professionnels

La dépression en France

Enquête Anadep 2005

TABLEAU II

Répartition des types de professionnels consultés au cours de la vie par les répondants qui ont eu recours aux professionnels, par sexe

	Hommes (n = 470)	Femmes (n = 1138)	Ensemble (n = 1608)
Médecin généraliste/médecin de famille	63,9	69,2	67,2
dont exclusivement ^a	45,0	46,7	46,1
Psychiatre	29,1	33,8	32,0
dont exclusivement ^a	27,2	27,1	27,1
dont accompagnées de consultations de généralistes ^a	58,0	58,0	58,0
Psychologue	23,6	25,4	24,8
dont exclusivement ^a	19,7	24,1	22,6
dont accompagnées de consultations de généralistes ^a	57,6	53,8	55,1
Autre médecin spécialiste	17,6	14,0	15,3
« Psy » (ne sait pas si psychiatre ou psychologue)	10,1	8,2	8,9
Autre professionnel de santé	12,8	12,3	12,5
Autre professionnel	8,5	9,3	9,0

Les pourcentages sont calculés à partir de l'échantillon redressé par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et grande région de la population française. Les effectifs sont non pondérés. La psychanalyse n'apparaît pas dans les modalités présentées dans la mesure où c'est une méthode applicable par n'importe lequel des types de professionnels.

a. Pourcentage rapporté au nombre d'individus déclarant consulter le type de professionnel concerné.

Lecture : parmi les 1 608 personnes ayant eu recours à un professionnel pour raison de santé mentale, 67,2 % ont consulté un médecin généraliste. Parmi ceux-là, 46,1 % ont consulté exclusivement un MG.

Recours aux services dans ESEMeD

Questions posées à tous les sujets sur la vie et sur les 12 derniers mois

Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries

Viviane Kovess-Masfety, M.D., Ph.D.
 Jordi Alonso, M.D., Ph.D.
 Traolach S. Brugha, M.D., F.R.C.Psych.
 Matthias C. Angermeyer, M.D.
 Josep Maria Haro, M.D., Ph.D.
 Christine Sevilla-Dedieu, Ph.D.
 and the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators

Table 2

Lifetime rate of consultation for "emotions or mental health problems" according to lifetime mental health status

Mental health status	N ^a	Belgium		France		Germany		Italy		Netherlands		Spain		p ^b
		%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	
Overall sample	8,796	23.4	19.5-27.8	27.8	24.8-31.1	22.3	19.7-25.1	9.7	8.4-11.2	29.9	26.2-33.8	15.4	13.5-17.5	<.001
No disorder	6,516	12.5	9.8-18.4	16.8	12.1-21.2	14.4	11.7-17.6	4.8	3.6-6.4	17.2	13.2-22.0	8.2	6.2-10.8	<.001
Any disorder	2,280	47.8	40.8-55.0	45.5	40.7-50.7	46.3	40.6-52.0	31.4	27.4-35.7	57.9	52.0-63.7	44.1	39.5-49.8	<.001
Any mood disorder	1,292	62.4	56.4-67.9	58.3	53.6-62.9	62.3	56.6-67.7	37.0	32.6-41.7	71.0	64.6-76.5	60.4	55.4-65.1	<.001
Any anxiety disorder	1,286	50.3	41.1-59.6	46.8	39.8-53.8	48.3	40.6-56.0	33.1	27.4-39.3	63.6	55.2-71.3	44.3	36.2-52.7	.001
Any mood and anxiety disorder	544	68.3	56.3-78.3	67.5	60.5-73.8	70.8	62.3-78.1	45.0	37.6-52.6	78.9	70.7-85.3	67.5	60.2-74.1	<.001
Alcohol use disorder	432	35.1	23.0-49.5	30.8	20.4-43.6	40.3	28.6-53.3	16.5	7.7-32.1	45.9	33.7-58.7	16.1	8.6-28.1	.020

^a Weighted

^b Differences between countries

Recours aux soins dans les enquêtes

- Diversité dans la définition des recours aux soins
 - En majorité : MG, traitement médicamenteux
- Faible congruence entre « diagnostic psychiatrique » et recours déclaré
 - Traitement en absence de diagnostic
 - Absence de traitement en présence d'un diagnostic (35 – 50%)
 - Toutefois, taux de recours augmente avec sévérité des troubles
- Souvent imputation « diagnostic » → recours aux soins « globalisé » faite a posteriori lors des analyses (sauf ESEMeD ?)
 - Sans nécessairement concordance dans le temps
- Quelle signification accorder aux notions
 - D'adéquation de traitements ?
 - De besoin de soins non satisfait (unmet need for care) ?
- Quelle mesure du « besoin de soins » dans des enquêtes en population ?

Besoin de soins dans ESEMeD

- Parmi ceux qui répondent positivement aux questions filtre sur les symptômes de troubles dépressifs et anxieux
 - Si pas de recours aux soins : questions sur éventuelle perception d'un besoin de soins
 - Si recours aux soins : questions sur soins volontaires ou « forcés »

Perceived need for mental health care and use of services for mental health reasons among survey respondents in six European countries, by mental health status group^a

Group	Total	Perceived need for mental health care ^b			Service use among those with perceived need		
		N	%	95% CI	N	%	95% CI
Total sample	8,796	1,496	9.0	8.3–9.8	1,130	70.1	65.8–74.1
No lifetime mental disorder, no lifetime subthreshold morbidity	3,315	144	3.8	3.0–4.8	100	67.2	55.6–77.0
No lifetime mental disorder, any lifetime subthreshold morbidity	1,334	158	6.8	5.3–8.7	108	62.2	48.7–74.0
Any lifetime mental disorder, no 12-month mental disorder	2,296	394	13.0	11.2–15.1	295	70.7	62.7–77.5
12-month mental disorder	1,851	800	33.0	29.7–36.4	627	73.6	67.6–78.9
Any mood disorder	990	550	50.3	45.9–54.7	428	75.6	70.1–80.3
Any anxiety disorder	1,204	496	30.7	26.9–34.9	408	76.9	68.4–83.7
Any alcohol use disorder	93	30	17.9	9.9–30.1	20	69.5	42.8–87.4
Any nondisabling disorder	783	271	24.2	20.0–29.0	190	61.7	50.5–71.7
Any disabling disorder	1,068	529	43.6	39.1–48.2	437	81.7	76.3–86.2

^a Actual Ns and weighted percentages (weighted to the general populations of the six countries)

^b Perceived need is a constructed variable that includes those who voluntarily used health services for mental health reasons during the 12 months before the interview and those who did not use services but reported some need for care.

Données d'hospitalisation (I)

- PMSI-MCO

- Exemple : Hospitalisation pour tentatives de suicide

- Analyses descriptives de séjours hospitaliers

- Sexe, âge, région, durée séjour, modalité de sortie, diagnostics psychiatriques associés

- Estimation et suivi des taux annuels d'hospitalisation

- Evaluer le risque de réadmission depuis 2004

- Chainage au travers d'un numéro identifiant unique

- Avantages

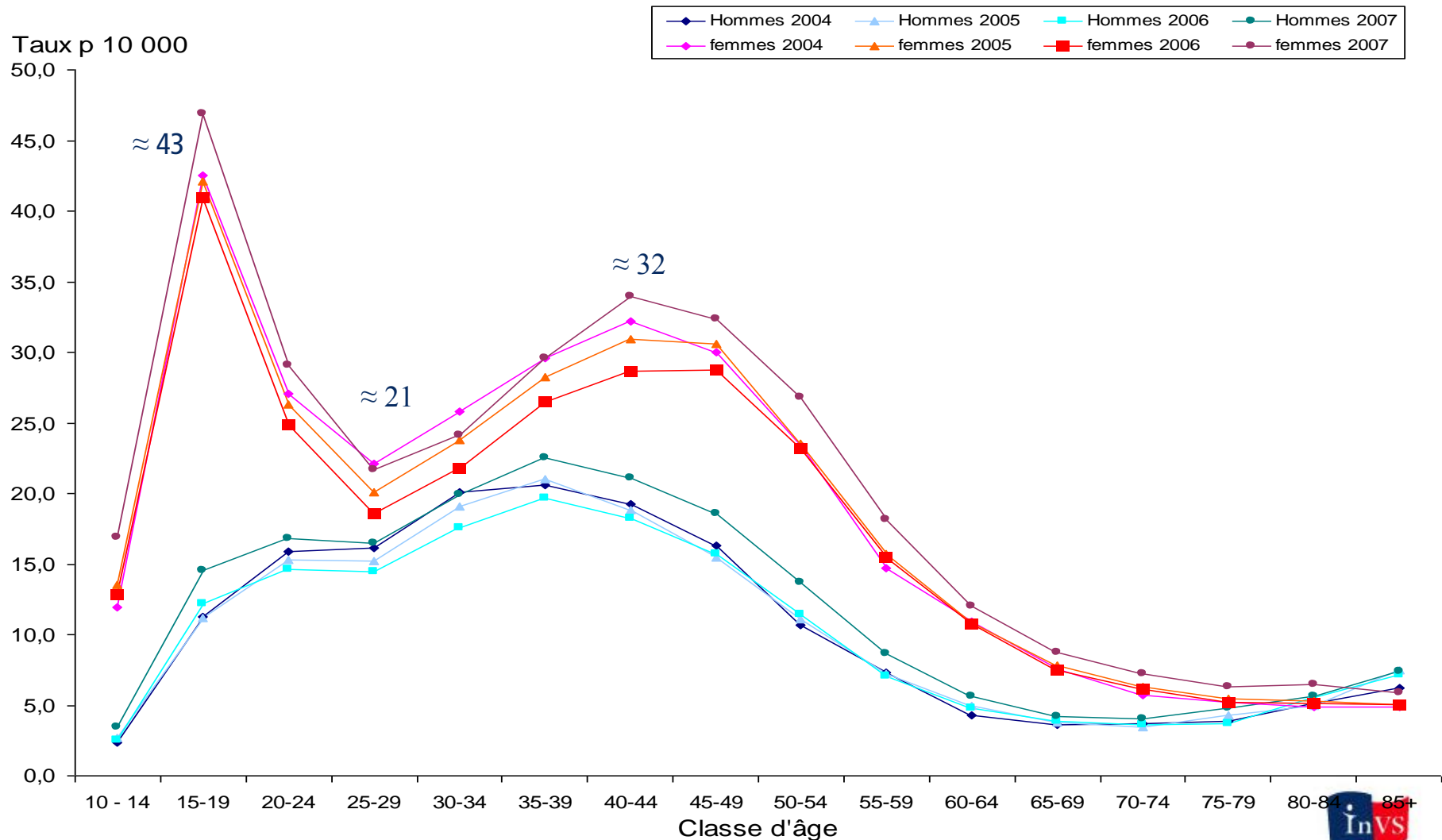
- Remontées nationales d'informations utiles pour la surveillance

- Limites

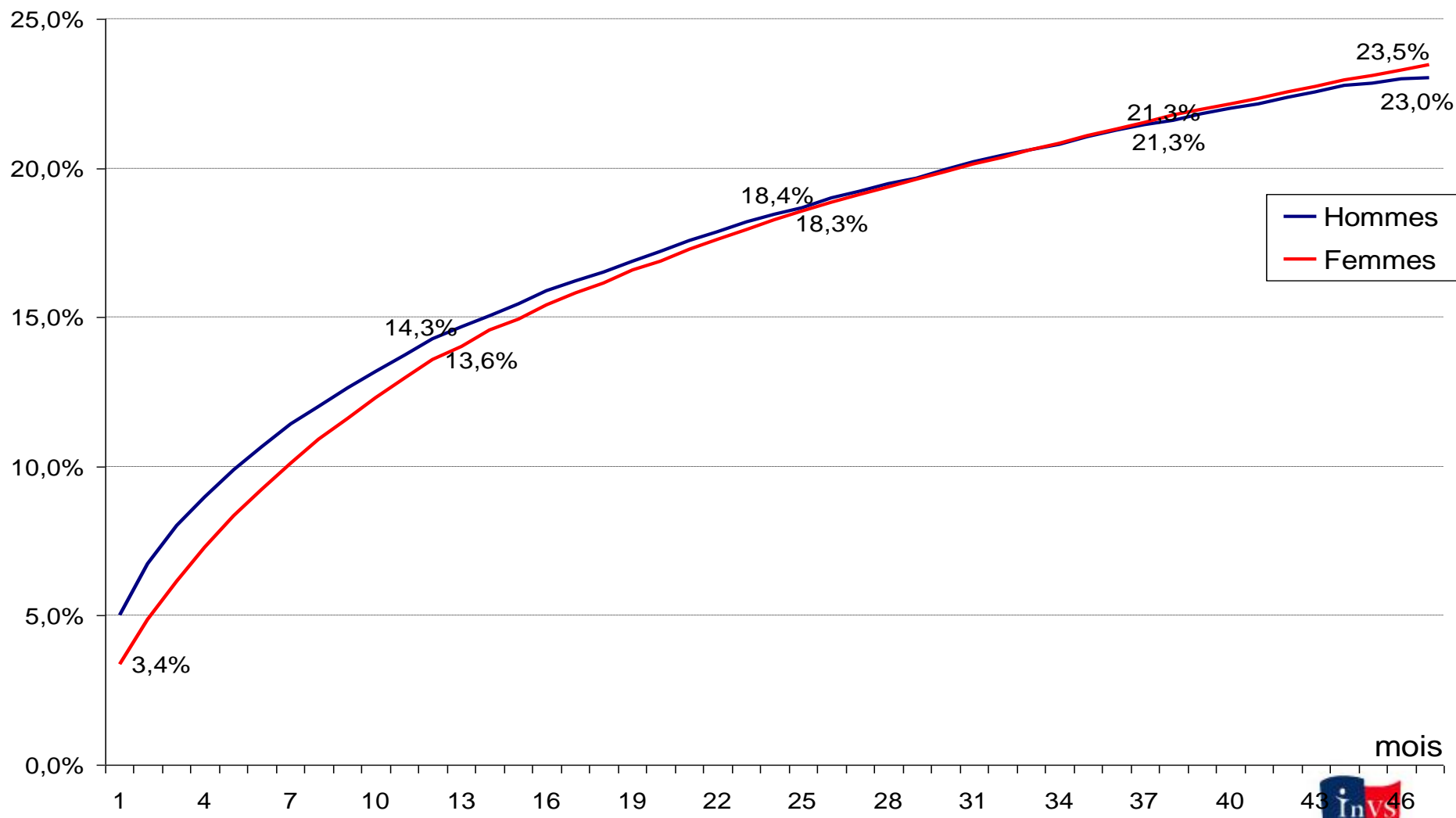
- Données socioéconomiques limitées : pas d'info sur profession, statut marital, environnement socio culturel

- Dépendant de la qualité du codage des praticiens – pas de retour vers les dossiers

Taux d'hospitalisation pour TS par sexe et classe d'âge pour 10 000 habitants, PMSI 2004 – 2007



Taux de réhospitalisation pour TS selon le temps écoulé après une hospitalisation index par sexe, PMSI 2004 – 2007



Données d'hospitalisation (II)

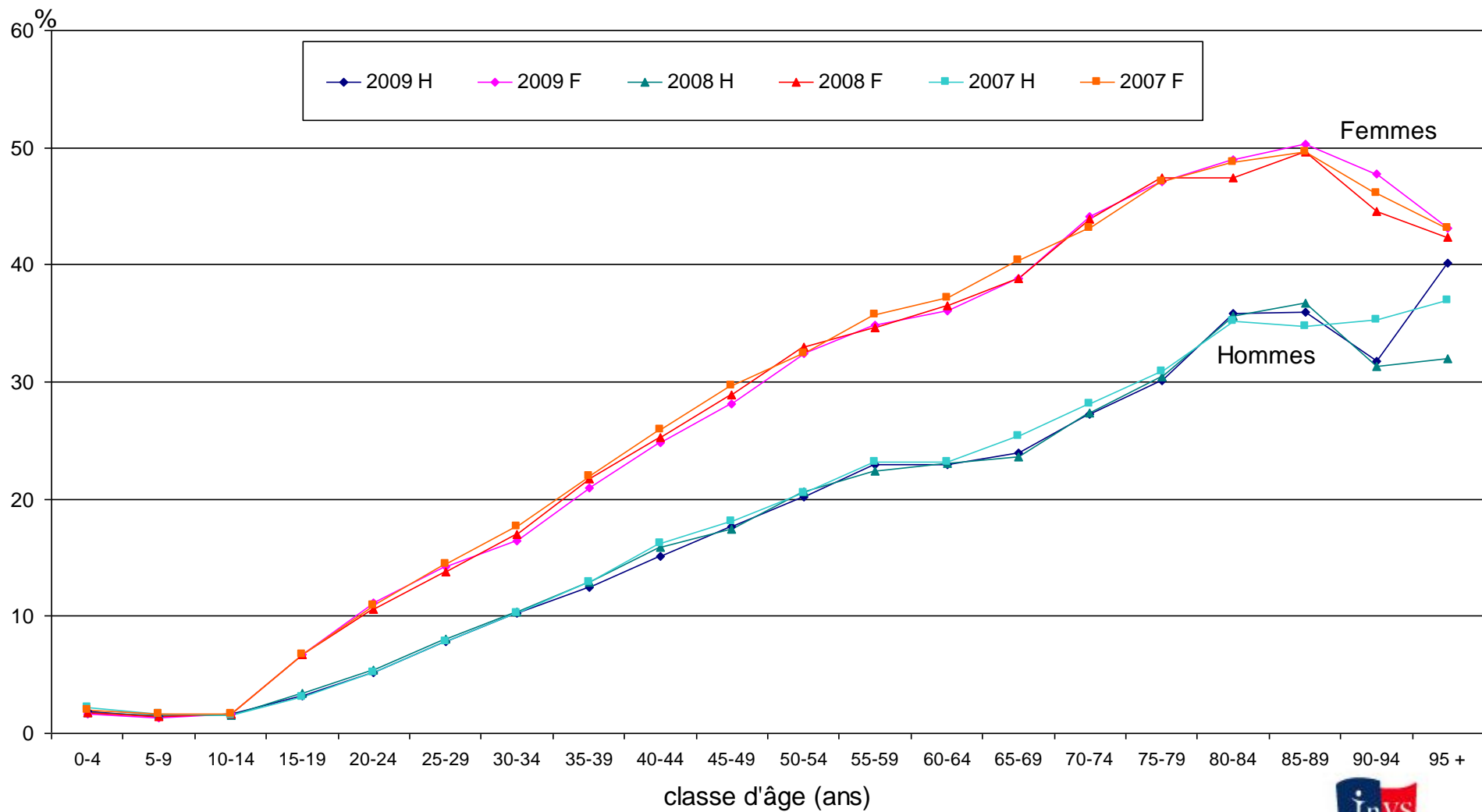
- RIM-P
 - Hospitalisations en psychiatrie (temps complet ou partiel)
 - Prises en charge sanitaires ambulatoires.
 - Débuté en 2007
 - Préalable à l'utilisation du RIM-P pour l'épidémiologie, s'assurer de :
 - L'exhaustivité de transmission des données
 - La qualité du chainage
 - L'exhaustivité du codage diagnostique
 - Avantages
 - Remontée unique des données pour des pathologies psychiatriques graves
 - Limites
 - Dépendant du codage des praticiens
 - Pas de données sociodémographiques autres que PMSI



SNIIR-AM et EGB

- SNIIR-AM
 - données exhaustives de remboursement de soins ~tous régimes (98,6%)
 - 3 ans + année en cours (archivage depuis 2006)
 - EGB
 - Échantillon au 1/97^{ème} avec ou sans soins
 - Conservation prévue 20 ans
 - CnamTS depuis 2003, RSI et MSA depuis 2011
 - Données sur les patients
 - Age, sexe, département et région de résidence, date de décès, CMU-C, ALD
 - Données sur les soins
 - Toutes les remboursements de soins de villes
 - actes médicaux, biologie, dispositifs médicaux, code CIP des médicaments
 - Données d'hospitalisation PMSI (MCO-SSR-HAD) depuis 2007
- Exemple : consommation de psychotropes

Taux de remboursement d'Anxiolytiques - Hypnotiques (≥ un remboursement /an) par sexe et âge, EGB 2007 - 2009



Données de surveillance non spécifique

- Organisation de la surveillance coordonnée des Urgences - Oscore®
 - Mise en place en juillet 2004
 - Transmission automatique à l'InVS en temps quasi réel des données sur les passages aux Urgences
 - Couvre toutes les régions
 - En mars 2012 : 373 établissements, 60% des passages aux Urgences
 - Objectifs :
 - Détecter des événements attendus et inattendus
 - Estimer leur impact sur la santé publique
 - Données de recours aux soins de ville
 - Données SOS médecins transmises à l'InVS
 - Par 59 des 62 associations (assurant 80% de la couverture libérale de la permanence des soins en milieu urbain et périurbain)
- ➔ Exemple : Associer les données de surveillance non spécifique à d'autres sources pour estimer le nombre de TS

Discussion (I)

- Enquêtes en population
 - Approche syndromique pour la mesure des troubles
 - Signification clinique ?
 - Évaluation du besoin de soins ?
 - Recueil des déterminants socioéconomiques, culturels
 - Données déclaratives pour le recours aux soins
 - Problèmes d'imputation « diagnostic » → recours aux soins
 - Ne mesurent que les troubles fréquents : dépression, troubles anxieux
 - Pas de données sur troubles psychotiques, bipolaires (sauf dans populations particulières - détenus, sans domicile)
- Données médico-économiques
 - A partir du recours aux soins → ne donnent pas la prévalence des troubles
 - Quelques données sociodémographiques
 - Nécessitent une évaluation de la qualité de codage des données
 - Pas prévues pour l'épidémiologie → codages évoluent avec les impératifs économiques
 - Données sur les troubles graves

Discussion (II)

- Chainage de données encadré par la Cnil
- Chainage de différentes sources de données médico-économiques
 - Étude des recours aux soins hospitaliers et de ville
- Chainage des données médico-économiques et causes de décès
 - Étude du suivi des patients jusqu'au décès
- Chainage des enquêtes en population et données médico-économiques
 - Comparaison des données déclaratives et « objectives »