

respondant à la CIM et à la grande variété de systèmes de codage des actes actuellement en usage à travers l'Europe. La décision fut prise de collecter les données sur une courte liste de 18 actes sentinelles spécifiés en codes de la CIM-9-CM partie 3 et de demander aux pays de transcrire ces codes dans leur propre système. Les actes ont été choisis de manière à inclure des exemples de fort volume, de coût élevé et d'actes à la frontière de l'hospitalisation complète et de l'hospitalisation de jour. L'importance en termes de santé publique et la recherche de variété dans les appareils corporels considérés et dans les spécialités médicales ont été également prises en compte.

Ces travaux ont été présentés à la réunion annuelle des centres collaborateurs OMS pour la classification des maladies, qui s'est mise en position d'entamer des travaux de comparabilité des données hospitalières à un niveau plus général et, dans ce cadre, d'étudier la liste résumée pour aboutir, après une possible révision, à une recommandation internationale [43].

Création d'un fichier de données

Sur la base des domaines identifiés de comparabilité, on a procédé à une collecte de données pour l'hospitalisation complète parmi les pays participants. Les règles à respecter portaient sur les domaines d'activité hospitalière et les types de patients à inclure, l'année (1999), les définitions de la durée de séjour, la liste résumée de diagnostics, etc. Des règles ont également été définies pour l'agrégation des données individuelles ainsi que des formats standard pour certaines variables (tranches d'âge, par exemple).

Quatre fichiers ont ainsi été transmis portant sur les diagnostics, les causes externes, les actes ainsi qu'un fichier de données de population par groupes d'âge et sexe pour permettre les calculs de taux sur les trois premiers fichiers.

Chaque pays a également transmis des métadonnées concernant chaque variable donnant lieu à collecte, concernant son système de codage des actes ainsi que le détail des actes élémentaires inclus dans les 18 actes sentinelles.

Un petit nombre de pays n'a pu réaliser ce travail ou a eu des difficultés à se conformer au format commun. Certains n'ont pu faire qu'une réponse partielle (répondre sur les diagnostics, mais pas sur les actes par exemple). Pour l'Allemagne, les données proviennent d'un échantillon de 10 % des patients. L'appréciation globale à porter est que la conformité générale est très bonne et que les déviations par rapport aux normes communes sont documentées avec précision dans les métadonnées.

Un logiciel personnalisé a été élaboré pour permettre la validation des données et fournir un moyen de diffusion et d'utilisation des résultats. Le travail de validation a en particulier pu être réalisé par les experts participants sur leurs propres données, mais également de façon transversale sur l'ensemble du fichier. ★

Viviane Kovess-Masféty
Fondation MGEN
pour la santé publique, université René Descartes,
coordinateur du rapport sur l'état de santé mentale des pays de l'UE

Les indicateurs de santé mentale

Cela fait plusieurs années qu'il existe des projets pour mettre au point des indicateurs sur la santé mentale dans le cadre de divers projets de santé publique de l'Union européenne auxquels participent des chercheurs de chacun de ces pays.

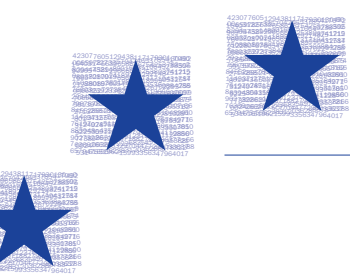
La santé mentale occupe une place particulière dans les relevés d'informations en ce sens qu'elle couvre un domaine très large qui va de la santé mentale positive aux diagnostics psychiatriques les plus sévères, en passant par les différents degrés de mal être, et que toutes ces dimensions sont pertinentes quant au suivi des effets de modifications engendrées par les différentes politiques mises en œuvre par l'Union européenne.

Paradoxalement à l'importance de cette dimension, on trouve peu d'informations dans les banques de données disponibles au niveau européen comme au niveau des États membres. Mises à part les données sur le suicide, les maladies mentales sont très mal couvertes par les données sur la mortalité car ce sont des maladies chroniques au long cours reconnues comme très handicapantes. Il faut donc trouver des données sur la morbidité, qui sont difficiles à obtenir autrement que par des enquêtes conduites à partir d'instruments diagnostiques standardisés et suivant des méthodes rigoureuses quant au taux de réponse et à la constitution des échantillons.

Les techniques de l'épidémiologie psychiatrique sont mal connues des milieux de la santé publique et des différents intervenants en santé, ce qui fait que ces thèmes sont rarement abordés adéquatement dans les enquêtes de santé alors que tout le monde s'accorde sur leur importance déterminante à tous les niveaux de la santé.

Quant aux données sur le système de soins, elles sont décevantes car la définition des éléments des systèmes de soins et leurs fonctionnements diffèrent substantiellement entre les États, ce qui fait que la comparaison des sorties annuelles de « lits » psychiatriques, souvent utilisée, reste par exemple très difficile à interpréter puisque la définition même du lit psychiatrique est problématique et que des soins équivalents peuvent dans certains pays être donnés en extra hospitalier quand dans d'autres ils le sont en hospitalisation complète. La réhabilitation pose aussi ce type de problème avec les passages du système de santé à celui du système social, tous ces éléments étant répartis très différemment entre les pays de l'Union.

Nous avons aussi proposé de tirer partie des données sur les ventes de psychotropes, qui posent néanmoins le problème de leur unité comptable puisque les « doses quotidiennes standardisées » ne sont pas toujours disponibles dans les pays.



La première étape a consisté logiquement à partir des différents concepts en santé mentale pour faire un travail sur les définitions de la santé mentale et ses déterminants. Ce projet s'est appelé « core concepts » et fait l'objet de plusieurs publications dans lesquelles on peut noter l'importance donnée à la santé mentale positive tout en conservant la santé mentale négative et la définition médicale de la morbidité psychiatrique, ainsi que la part faite aux déterminants sociaux, en particulier au réseau social et aux mécanismes de défense contre les stress.

La deuxième étape a été celle de la proposition d'un système de surveillance de la santé en santé mentale (monitoring).

Pour cela, on est parti d'une part d'une sélection d'indicateurs « santé mentale » basée sur :

- des listes d'indicateurs déjà disponibles en routine dans la plupart des pays,
 - des indicateurs proposées par l'OMS et l'OCDE,
 - ainsi que ceux recueillis par Eurostat,
- et d'autre part d'une sélection d'indicateurs qui ne peuvent être recueillis que par des enquêtes en population à intégrer dans les enquêtes de santé des pays de l'Union européenne ou dans celles faites au niveau de l'UE, cohérents autant que faire se peut avec les instruments utilisés dans la plupart des pays et avec ceux prônés par l'OMS.

Choix des indicateurs

Les indicateurs pour la santé mentale doivent bien entendu s'intégrer dans le projet Echi¹ qui subdivise les indicateurs en quatre catégories d'autant plus pertinentes que les variables sociales sont indispensables pour l'analyse et le suivi de l'état de la santé mentale :

- Facteurs sociaux et démographiques ;
- Statut de la santé : mortalité et morbidité ;
- Déterminants de la santé : facteurs personnels et environnements culturel et social ;
- Ressources et santé : prévention, promotion de la santé, ressources du système de soins et utilisation de ce système, services sociaux, dépenses et indicateurs de qualité des systèmes.

Chaque indicateur sélectionné est accompagné d'une définition précise permettant de spécifier les données que l'on souhaitait obtenir, ainsi qu'un taux, et la ou les années pour lesquelles il est produit. Comme le recueil de ces indicateurs a été fait à titre pilote, nous présenterons les résultats obtenus.

Dans chacun de ces quatre chapitres les indicateurs sélectionnés pour suivre la santé mentale ont été les suivants :

Indicateurs à partir de données issues de systèmes administratifs de routine

Mortalité spécifique (Echi : 2.1.3.)

Mortalité par suicide : CIM-10 groupe suicide et

violence intentionnelle contre soi-même (X60-X84) : nombre de décès par 100 000 habitants par an. À cette catégorie il a paru important pour des raisons de comparabilité d'ajouter une catégorie spécifique (Y10-Y34) : Mortalité de cause violente pour laquelle l'intention n'est pas identifiée.

Mortalité due à la toxicomanie : CIM-10 catégories X40-X44, X46-X49 ; Y10-Y19 ; T36-T50 ; F11.0-F19.0. Nombre de décès par 100 000 habitants par an.

Mortalité due à l'alcool : CIM-10 catégories F10 ; G312, G621, G721 ; I426 ; K292, K70, K860 ; O354 ; P043 ; X45. Nombre de décès par 100 000 habitants par an.

Ressources du système de soins (Echi : 4.2.)

Nombre de lits psychiatriques : nombre de lits utilisés par les personnes ayant un problème de santé mentale (codes F (chapitre V) de la CIM-10) par 100 000 habitants.

Nombre de psychiatres (incluant les psychiatres à la retraite qui ont toujours un droit d'exercice). Nombre de psychiatres par 100 000 habitants.

Nombre de pédopsychiatres (mais cet indicateur ne s'est pas avéré possible dans notre enquête pilote).

Nombre de professionnels de la santé mentale non médecins par 100 000 habitants (infirmiers psychiatriques, psychologues, travailleurs sociaux). Le nombre de psychologues cliniciens a aussi été proposé, mais n'a pu être obtenu.

Utilisation du système de soins (Echi : 4.3.)

Nombre d'épisodes d'hospitalisation pour un problème de santé mentale : nombre de sorties dues à un problème de santé mentale (codes F de la CIM-10) dans l'année pour 100 000 habitants. Cet indicateur a été proposé pour les adultes (18 ans et plus) et pour les enfants et adolescents, mais il n'a pu être produit que globalement.

Nombre de patients ayant séjourné plus d'un an à l'hôpital pour un problème de santé mentale à partir d'une coupe faite en fin d'année. Cet indicateur a été proposé par l'OMS et semble un bon indicateur de chronicité et éventuellement d'inadéquation du système mais en fait il n'est pas produit par les pays.

Utilisation des services externes : nombre de visites faites aux services externes de psychiatrie chaque année pour 100 000 habitants. Sont inclus toutes les institutions dans lesquelles ont lieu des soins en externe publics et privés c'est-à-dire pour la France les CMP, CATTP, hôpitaux de jour, consultations externes des hôpitaux ou cliniques.

Vente de psychotropes par dose moyenne journalière par 1 000 habitants par jour pour les produits suivants à partir des données de vente en pharmacie, en hôpital et dans n'importe quel autre système :

- Antidépresseurs : ATC classe : N06A ;
- Antipsychotiques : ATC classe : N05A ;
- Anxiolytiques : ATC classe : N05B ;
- Hypnotiques : ATC classe : N05C.

À ces indicateurs, on propose d'ajouter :

1. Voir l'article de Pieter Kramers dans ce dossier p. 36.

Consommation d'alcool : bière, vins et spiritueux exprimés en litres d'alcool pur par habitant par année.

Services sociaux et pensions

Pensions d'invalidité dues à un problème de santé mentale : pourcentage des pensions d'invalidité pour un problème de santé mentale (codes F de la CIM-10) pour les personnes de 16 à 64 ans : cette donnée n'a pu être recueillie lors de l'enquête pilote. Dépenses en euros par habitant pour les pensions d'invalidité dues à un problème de santé mentale par année.

Nombre de prestations d'arrêt maladie pour des problèmes de santé mentale par année sur la population 16-64 ans (cette donnée n'a pu être recueillie par fichiers administratifs et a été recueillie par l'enquête).

Ou encore proportion des arrêts maladie dus à un problème de santé mentale (cette donnée n'a pu être recueillie).

Dépenses pour les services (Echi : 4.4.)

Dépense totale pour les services de santé mentale soit la dépense totale pour les services spécialisés en psychiatrie avec ou sans hospitalisation par personne : dépense en euros par habitant. Cette donnée, qui n'est disponible que pour quelques pays seulement, nécessite d'être harmonisée dans son calcul pour être comparable.

Indicateurs à recueillir par des enquêtes

Morbidité

Comme nous l'avons dit, la morbidité, bien que très importante quantitativement pour les problèmes de santé mentale, ne peut être évaluée que par des enquêtes de population utilisant des instruments rigoureusement validés sur des populations représentatives.

La plupart des instruments utilisés demandent un temps relativement long, généralement incompatible avec des enquêtes santé générales. Plusieurs solutions sont alors proposées :

- Une version minimale qui devrait se trouver dans toute enquête de santé et dont le temps de passation est très court ; c'est la version qui est décrite ici, étant entendu que la pertinence de mesurer des dimensions de la santé mentale comme la dépression et l'anxiété généralisée est largement établie en raison de la comorbidité importante des problèmes de santé mentale avec les problèmes de santé physique ainsi que leur influence sur les consommations de soins dans tous les domaines. À ces indicateurs spécifiques doit être ajouté un indicateur de problèmes avec l'alcool que nous décrirons également.

- Une version plus longue qui permet de recouvrir tous les diagnostics des troubles anxieux : phobies, troubles anxieux post traumatiques, troubles obsessionnels compulsifs, troubles somatoformes disponibles dans le Composite International Diagnostic Interview (CIDI), soit sous une forme simplifiée, soit sous une forme complète plus longue qui peut éventuellement évaluer les troubles les plus sévères dont les psychoses. Cette

version permettrait une enquête quinquennale spécifique dans laquelle les facteurs de risque et l'utilisation des soins devraient être aussi documentés.

Morbidité spécifique (Echi : 2.2.)

Dépression : Utilisation du CIDI version courte [20]. Cette version propose deux questions dites d'entrée, avec des éléments d'intensité qui en augmentent la sensibilité afin de sélectionner des sujets à risque à qui une dizaine de questions sont posées et d'éliminer les sujets non à risque pour lesquels le questionnement est arrêté. Elle permet une probabilité de diagnostic d'épisode dépressif majeur à partir d'un algorithme avec plusieurs niveaux de sévérité CIM-10 et DSM IV.

Anxiété généralisée : utilisation du CIDI version courte [20]. Cette version propose une question dite d'entrée avec des éléments d'intensité qui en augmentent la sensibilité afin de sélectionner des sujets à risque à qui une dizaine de questions sont posées et d'éliminer les sujets non à risque pour lesquels le questionnement est arrêté. Elle permet une probabilité de diagnostic d'anxiété généralisée à partir d'un algorithme CIM-10 et DSM IV.

Tentatives de suicide : à partir d'une question du CIDI : « Avez-vous déjà fait une tentative de suicide dans votre vie ? » En cas de réponse positive, la question est posée de savoir si cela est arrivé plusieurs fois et si cela a eu lieu l'année passée ou antérieurement.

Dépendance à l'alcool (Cage) : cet indicateur permet à partir de 4 questions de proposer une probabilité de problèmes d'alcool en utilisant le seuil de 2 réponses positives ; les questions sont les suivantes :

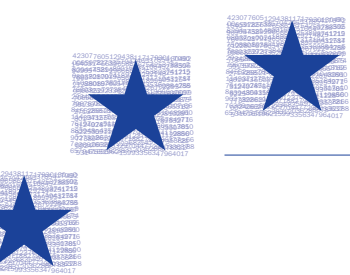
- Avez-vous déjà pensé que vous deviez diminuer votre consommation d'alcool ?
- Avez-vous déjà été critiqué(e) par des personnes de votre entourage à cause de votre consommation d'alcool ?
- Vous êtes-vous déjà senti(e) mal à l'aise ou coupable de votre consommation d'alcool ?
- Avez-vous déjà pris de l'alcool en vous levant le matin pour calmer vos nerfs ou vous débarrasser d'une « gueule de bois » ?

Indicateurs génériques d'état de santé (Echi 2.3.)

Détresse psychologique : il s'agit d'une dimension de la santé mentale qui est mesurée par des indicateurs non spécifiques qui indiquent une probabilité accrue d'avoir un trouble anxieux ou dépressif sans que l'on puisse conclure à un diagnostic. L'instrument proposé ici est le questionnaire SF-36² qui comporte une courte échelle de détresse psychologique, le MHI-5 ; il a été choisi car le SF36 est considéré comme un instrument de mesure de la qualité de vie et à ce titre est très utilisé dans les enquêtes de santé en général, sans toujours en utiliser les potentialités pour la santé mentale.

Bien-être psychologique : cela correspond aux dimen-

2. Ce questionnaire est utilisé dans l'enquête santé 2002.



sions de la santé mentale positive. Le SF 36 comporte aussi 4 questions sur le bien-être qui recouvrent les dimensions énergie et vitalité, auxquelles on propose d'ajouter une question sur un sentiment général de bonheur.

Retentissement fonctionnel : le retentissement fonctionnel pour un problème de santé mentale est également couvert par 3 questions du SF36 qui demandent si le sujet a un fonctionnement diminué par rapport à ses habitudes à cause d'un problème de santé mentale : réduire son temps, faire moins de choses ou avec moins de soin que d'habitude. Une question est ajoutée sur l'existence et le nombre de journées de travail perdues pour un problème de santé mentale, y compris de mésusage de substances.

Déterminants de la santé : facteurs personnels (Ecbi 3.1.2.)

Étant donné l'importance consacrée à la promotion de la santé dans l'Union européenne, il a paru essentiel d'accorder une place importante aux diverses dimensions de la santé mentale positive ; ont ainsi été proposées les échelles suivantes :

Sens de la maîtrise : cette échelle, qui comporte 7 items, explore le sentiment qu'a la personne de contrôler sa vie et les événements qui lui arrivent ; elle a été très utilisée dans les études sur les mécanismes de gestion des stress [35].

Optimisme : cette échelle de 6 items est considérée comme mesurant une dimension de la personnalité qui permet de réagir positivement vis-à-vis des stress (Life Orientation Test-Revised LOT-R) [42].

Déterminants de la santé : conditions de vie et de travail (Ecbi : 3.3.)

Une courte liste de 12 événements [5] permet de recueillir les événements majeurs survenus l'année passée qui nécessitent une adaptation et représentent un risque pour la santé mentale : environnements social et culturel, support social, isolement social, événements de vie négatifs.

Le support social a été largement étudié comme médiateur en cas d'événements stressants ; il est exploré ici par une courte échelle de trois items développée en Norvège qui permet d'évaluer la disponibilité de personnes sur qui on peut compter en cas de difficultés et qui s'intéressent à la personne interrogée.

Déterminants de la santé : utilisation du système de soins (Ecbi : 4.2.)

Ces questions s'ajoutent à celles qui sont tirées des fichiers administratifs et sont basées sur une déclaration d'utilisation de services pour un problème de santé mentale à partir de la question suivante : « *Durant les 12 derniers mois, avez-vous reçu de l'aide de quelqu'un pour des difficultés psychologiques ou des problèmes de comportement ?* »

Une liste décline 11 intervenants possibles dont le généraliste, les divers spécialistes de la santé mentale et d'autres intervenants n'appartenant pas au système de santé.

Suivent des questions concernant les traitements qui ont pu être reçus pour ces problèmes de santé mentale durant les 12 derniers mois : hospitalisation, psychothérapie ou médicaments.

Réalisation d'enquêtes pilotes

La troisième étape a été celle de la mise en place de tous ces indicateurs à titre pilote.

Pour le recueil de données de routine

Le recueil de données de routine, par l'intermédiaire de correspondants dans les différents pays, a été complété et le tableau 1 résume les indicateurs qui ont pu être conservés ainsi que le nombre de pays de l'Union européenne à même de les fournir et les valeurs moyennes obtenues à ce jour¹.

Les enquêtes pilotes

Une première enquête pilote en population générale a été menée dans cinq pays : France, Allemagne, Norvège, Finlande, Grèce, auprès de 2 000 personnes, dont les résultats sont en cours d'analyse. Cette enquête a utilisé tous les indicateurs proposés ci-dessus dans la version dite minimale.

Il est à noter qu'en ce qui concerne la France, l'enquête pilote a été menée dans le cadre de l'évaluation du réseau Yvelines Sud (échantillon de 1 000 personnes Yvelines Sud/Seine-et-Marne) qui sont suivies sur 18 mois.

Enfin, lors de la récente enquête pilote Eurobaromètre faite sur un échantillon représentatif de tous les pays de l'Union européenne, il n'a été possible d'intégrer que les questions SF 36 sur la détresse psychologique (MH5) et le bien-être, soit 9 questions non spécifiques sur la santé mentale, ainsi que la question sur l'utilisation de soins pour un problème de santé mentale durant les 12 derniers mois et les questions concernant le réseau social. Les données sont aussi en cours d'analyse.

Conclusion et recommandations

Il existe des indicateurs simples pour suivre la santé mentale dans les États membres. Certains proviennent de statistiques déjà mises en place par les États et pour lesquelles se posent la question de l'harmonisation des méthodes de recueil et des définitions afin qu'une comparabilité puisse se faire dans de bonnes conditions.

Pour la santé mentale, il est recommandé de recueillir la morbidité par enquête. Les enquêtes sont onéreuses et les taux de réponse de moins en moins bons, aussi est-il indispensable que les États s'organisent pour recueillir des données identiques avec une méthodo-

1. Les commentaires détaillées sur les données disponibles et leurs limites peuvent être consultés à l'annexe 7 du rapport : europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_annexe7_09_en.pdf

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 71.

tableau 1

Moyenne des données disponibles pour les 16 pays (pays de l'Union européenne plus Norvège)

Indicateur	Nombre de pays	1996-2000
Taux de décès par suicide pour 100 000 habitants par an	16	13,5
Taux de décès dus à la toxicomanie pour 100 000 habitants par an	15	2,44
Consommation d'alcool (litres d'alcool pur par habitant) par an	15	10,5
Nombre de lits psychiatriques pour 1 000 habitants	15	0,93
Nombre de psychiatres pour 100 000 habitants	7	12,1
Nombre de pédopsychiatres pour 100 000 habitants	4	2,08
Autres professionnels de santé mentale pour 100 000 habitants	8	159,6
Épisodes d'hospitalisation pour un problème de santé mentale pour 100 000 habitants par an	16	744
Épisodes d'hospitalisation pour un problème de santé mentale chez les mineurs pour 100 000 habitants par an	12	25,4
Nombre de patients ayant séjourné plus d'un an à l'hôpital pour un problème de santé mentale pour 100 000 habitants	8	30,0
Nombre de visites faites aux cliniques externes de psychiatrie pour 100 000 habitants par an	9	15 100
Ventes d'antidépresseurs (dose moyenne journalière) pour 1 000 habitants par jour	8	30,8
Ventes d'antipsychotiques (dose moyenne journalière) pour 1 000 habitants par jour	8	7,7
Ventes d'anxiolytiques (dose moyenne journalière) pour 1 000 habitants par jour	7	15,6
Ventes d'hypnotiques (dose moyenne journalière) pour 1 000 habitants par jour	7	25,9
Proportion des pensions d'invalidité dues à un problème de santé mentale parmi les personnes de 16 à 64 ans	10	25,1
Dépenses en euros par habitant pour les pensions d'invalidité dues à un problème de santé mentale par année	5	178
Dépense totale en euros par habitant pour les services de santé mentale par année	8	110

Sources : Eurostat, OCDE, OMS, Projet sur les indicateurs de santé mentale.

logie lisible et similaire (enquêtes standardisées). La santé mentale doit faire partie de tout recueil sur la santé ; nous avons proposé une version minimale dont on doit au moins retenir les éléments de morbidité de problèmes les plus fréquents, à savoir la dépression et l'abus d'alcool.

De plus chaque État devrait s'engager à des enquêtes spécifiques pour la santé mentale sur des périodes plus espacées (quinquennales) et bien entendu utiliser les instruments préconisés.

Nous sommes en train de rédiger un rapport sur l'état de la santé mentale dans les pays membres de l'Union et force est de dire que les données de fichiers administratifs ou issues d'enquêtes sont bien difficiles à comparer. Après avoir fait un recensement de toutes les enquêtes européennes faites ces dernières années sur la santé mentale, soit environ une soixantaine, nous constatons que les instruments ne

sont pas les mêmes, les échantillons mal définis. Pour de nombreux États, nous n'avons pas de données nationales et souvent il n'existe pas de données concernant certaines populations : enfants, personnes âgées par exemple.

Nous essayons de faire des méta-analyses à partir d'une sélection d'entre elles sur des critères méthodologiques et à tout le moins de comparer des ratios par facteurs de risque : sexe, statut d'emploi et statut matrimonial, ruralité. Nous utilisons bien évidemment de préférence toutes les enquêtes qui ont été faites en même temps dans plusieurs États, mais nous ne pouvons que souligner l'importance de suivre les recommandations sur les instruments dans les pays membres et de conduire des enquêtes simultanées ou encore de rédiger un cahier des charges pour des enquêtes standardisées dont la santé mentale ne peut être absente. ★