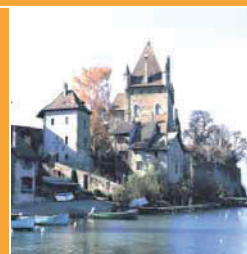
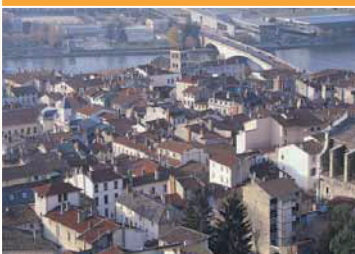


**CLUB
DE L'OBSERVATION
SOCIALE
EN RHÔNE-ALPES**

Les méthodes d'observation en santé mentale

FEVRIER 2009



Ce travail a été réalisé à la demande et avec le soutien financier de la DRASS Rhône-Alpes, dans le cadre du Club de l'Observation Sociale Rhône-Alpes

par **l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes**

Martine DRENEAU, Denis FONTAINE

Avec le soutien d'un groupe de travail inter-institutionnel :

Philippe Laperrouse, Valérie Olagner, Catherine Lombard (DRASS Rhône-Alpes),
Patrick Baguet (Grenoble Alpes Métropole), Séverine Rousset (Pays Viennois),
Mathieu Fortin (Ville de Villeurbanne), Lucie Patois (Ville de Grenoble),
Flora Paris (MRIE), Patrick Grégoire (CREAI Rhône-Alpes),
Claude Marescaux (DIM Hôpital Le Vinatier)

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Rhône-Alpes : www.ors-rhone-alpes.org,
ainsi que sur celui du Club de l'Observation Sociale : www.cosra.fr.

REMERCIEMENTS

Nous remercions ici vivement toutes les personnes qui nous ont apporté soit des informations soit leur expertise :

L'ARH (Agence régionale de l'hospitalisation) Rhône-Alpes
La CIRE (Cellule inter-régionale d'épidémiologie) Rhône-Alpes
La CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)
Le Conseil Economique et social Rhône-Alpes
Le Conseil Général du Rhône
Le CREA Rhône-Alpes
Les DIM des hôpitaux Le Vinatier et Saint-Jean de Dieu
La Direction régionale du service médical de l'assurance maladie
La DRASS Rhône-Alpes
La DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)
La DRTEFP (Direction régionale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle)
Le Groupe français d'épidémiologie psychiatrique
L'INSEE Rhône-Alpes
L'InVS (Institut de veille sanitaire)
Les services de médecine universitaire de Lyon et de Grenoble
L'Union régionale des missions locales

L'observation sanitaire et sociale dans la région

Les institutions en charge des politiques sanitaires et sociales de la région ont un besoin croissant de données qui leur permettent de conduire efficacement les dispositifs dont elles sont responsables.

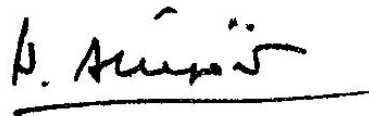
Les organismes producteurs d'informations notamment statistiques sont aujourd'hui nombreux et agissent parfois de manière dispersée.

Le Club de l'Observation Sociale en Rhône-Alpes, sous l'animation et le financement des services déconcentrés des Ministères chargés des Affaires Sociales, a pour objectif de rassembler l'information disponible de manière ordonnée en construisant des outils de travail professionnalisés et disponibles pour tous les chargés d'observation.

L'objet du présent document est de mener à bien une telle démarche dans le domaine de l'observation en santé mentale. Il recense grâce à un groupe de travail composé d'experts du domaine, les principales sources d'information sur le sujet.

Je formule le souhait qu'il soit utile à l'ensemble des praticiens et qu'il puisse faire l'objet d'enrichissements ultérieurs à partir de leur pratique.

Le directeur régional
des affaires sanitaires et sociales
de Rhône-Alpes



Pierre Alegoët

La Commission Permanente du Club de l'Observation Sociale en Rhône-Alpes, animée par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales a fait le constat que les outils d'observation de la santé mentale des habitants de la région sont disparates et mal connus des professionnels.

Elle a donc souhaité mandater l'Observatoire Régional de la Santé pour réaliser un recensement ordonné des différentes sources d'informations disponibles sur ce sujet. Ce travail doit permettre à toutes les personnes intéressées de mieux s'orienter dans le dédale de l'information dans le domaine.

Il est utile de remarquer qu'un certain nombre d'outils, même s'ils ont été conçus pour être utilisés au niveau national, peuvent être transposés au niveau régional et local. Dans tous les cas, il s'agit d'outils validés par des spécialistes.

Le présent document a donc vocation à servir de référence à tous les professionnels en charge d'application des politiques publiques dans le secteur de la santé mentale ; il pourrait être conduit à évoluer utilement en fonction des remarques de ses utilisateurs.

La Commission Permanente
du Club de l'Observation Sociale en Rhône-Alpes

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. PREMIERE PARTIE.....	5
1.1. AXE 1 : SANTE/MALADIE	5
1.1.1. Etat de santé	5
1.1.2. Offre de soins.....	6
1.1.3. Recours aux soins / consommation de soins.....	8
1.2. AXE 2 : BIEN-ÊTRE/DETRESSE PSYCHOLOGIQUE	10
1.2.1. Enquêtes	10
1.2.2. Dispositifs d'écoute	12
1.2.3. Outils d'évaluation	12
1.3. AXE 3 : FONCTIONNEMENT SOCIAL/HANDICAP	16
1.3.1. Handicap psychique.....	16
1.3.2. Outils d'évaluation	17
1.4. ADDICTOLOGIE.....	19
1.4.1. Consommation de produits psycho-actifs.....	19
1.4.2. Mortalité / Morbidité	20
1.4.3. Offre et consommations de soins.....	21
1.4.4. Outils d'évaluation des conduites addictives.....	22
2. DEUXIEME PARTIE	23
2.1. FICHE 1 : CépiDc INSERM	24
2.2. FICHE 2 : RIM-P.....	25
2.3. FICHE 3 : PMSI MCO	26
2.4. FICHE 4 : ALD	27
2.5. FICHE 5 : SAE.....	28
2.6. FICHE 6 : ADELI.....	29
2.7. FICHE 7 : Enquête ARH/CRCM	30
2.8. FICHE 8 : Réseau OSCOUR.....	31
2.9. FICHE 9 : RAPSY.....	32
2.10. FICHE 10 : Baromètre Santé.....	33
2.11. FICHE 11 : Enquête Kovess	35
2.12. FICHE 12 : SAMOTRACE	36
2.13. FICHE 13 : Enquête ES	37
2.14. FICHE 14 : Enquête HID/HSM.....	38
2.15. FICHE 15 : SUMER.....	39
2.16. FICHE 16 : ESCAPAD	40
ANNEXES	41
ANNEXE 1 : GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES.....	43
ANNEXE 2 : BIBLIOGRAPHIE.....	47
ANNEXE 3 : BAROMETRE « SANTE MENTALE » (VILLES-SANTE OMS DE L'ARC ALPIN).....	53
ANNEXE 4 : SOURCES D'INFORMATION PAR NIVEAU GEOGRAPHIQUE DE DISPONIBILITE.....	57
ANNEXE 5 : COORDONNEES DES ORGANISMES RESSOURCES.....	59

INTRODUCTION

De nombreux acteurs interviennent dans le champ de la santé mentale, qu'il s'agisse de professionnels de santé, de travailleurs sociaux, d'éducateurs, d'élus ou de personnels administratifs de l'Etat et des collectivités locales. Pour tous ces acteurs la recherche d'informations sur l'état de santé mentale de la population est souvent délicate, à la fois par méconnaissance des données disponibles et par le peu d'accessibilité de ces dernières.

Le Club de l'Observation Sociale Rhône-Alpes (COSRA) a confié à l'ORS Rhône-Alpes, début 2008, le pilotage d'un groupe de travail, dont la mission était de repérer, dans le champ de la santé mentale, les indicateurs et les outils d'évaluation permettant d'observer l'état de santé au niveau de la région Rhône-Alpes, voire à un niveau infrarégional. Ce travail consistait à réaliser un descriptif de toutes les sources d'information repérées en santé mentale, à analyser leur pertinence, à en extraire les indicateurs les plus intéressants, et à vérifier l'accessibilité des données. Le présent rapport du groupe de travail vise à faciliter la recherche d'informations pour les différents intervenants concernés par la santé mentale, il privilégie les informations pratiques, telles que la localisation des différentes sources (références bibliographiques, bases de données) sur internet ou encore les coordonnées des principaux organismes producteurs ou diffuseurs de données.

Le repérage des sources d'information existantes, ainsi que des outils d'évaluation, s'est appuyé sur plusieurs démarches : une recherche bibliographique, les apports des membres du groupe de travail, des interviews d'experts de chaque source d'information.

Définition du champ de la santé mentale

Avant de commencer le travail de repérage des sources d'information, le groupe s'est attaché, dans un premier temps, à définir le champ de la santé mentale afin de délimiter les thématiques abordées dans ce travail.

De nombreuses définitions de la santé mentale coexistent.

La définition de la santé mentale par l'OMS est largement reprise par la plupart des auteurs. Pour l'OMS, la santé mentale se conçoit de façon positive comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté » [Réf. 10].

Sont couramment distingués, notamment dans le plan national « Psychiatrie et santé mentale » [Réf. 4] trois « stades » de santé mentale : **la santé mentale positive** (bien-être, épanouissement personnel), **la détresse psychologique** (ou souffrance psychique) qui peut correspondre à des situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et **les troubles psychiatriques** qui se réfèrent à des classifications diagnostiques. Certains auteurs placent les deux premiers stades dans la définition de la santé mentale et classent le troisième dans la « psychiatrie », alors que d'autres auteurs conçoivent la santé mentale comme un tout, englobant santé positive, « problèmes » de santé mentale, et « troubles mentaux ».

Aux problèmes et troubles de la santé mentale, est très souvent associé un « **handicap psychique** », correspondant à la notion de limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société ; le handicap résulte « d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (définition de la loi du 11 février 2005, Code de l'action sociale et des familles, reprise par la CNSA). Le livre blanc des partenaires de la santé mentale (UNAFAM, Réf. 12) évoque « l'extrême fragilité » qui résulte du handicap psychique, d'autres auteurs parlant de « vulnérabilité ».

En matière d'observation de la santé mentale, ces distinctions conduisent plusieurs auteurs (dont Viviane Kovess, Réf. 37) à considérer la santé mentale selon trois axes :

- **un axe santé/maladie**, caractérisé par la présence d'un diagnostic médical. Les deux classifications les plus utilisées au niveau mondial sont la CIM10 (Classification Internationale des Maladies, version 10) et le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders - 4^{ème} version, classification de l'American Psychiatric Association)
- **un axe bien-être/détresse psychologique**, qui permet de décrire la santé mentale à partir des symptômes de souffrance psychique déclarés par les personnes
- **un axe fonctionnement social/handicap**, qui permet de décrire le retentissement des troubles de santé mentale dans les différents rôles de la vie quotidienne : activités physiques, soins de base, activités domestiques, scolaires ou professionnelles, relations interpersonnelles, problèmes légaux. Les nombreux outils d'évaluation (recensés par l'ANCREAI) reposent sur deux classifications internationales : la CIF (Classification internationale du fonctionnement, de la santé et du handicap) et le PPH (Processus de Production du Handicap).

Cette approche de la santé mentale, selon trois axes, est retenue par le groupe de travail afin de structurer la présentation des indicateurs et outils d'évaluation en santé mentale.

Les conduites à risque (dont **les conduites addictives**) ont fait l'objet d'une discussion au sein du groupe quant à leur inclusion dans le champ de la santé mentale. Bien que n'entraînant pas toujours des troubles psychiques, ces conduites peuvent être néanmoins considérées comme des symptômes de problèmes de santé mentale ; il est possible de les appréhender selon l'axe santé/maladie (quand il s'agit de conduites addictives ou suicidaires qui nécessitent un recours au système de soins) ou selon l'axe bien-être/détresse (description des comportements). Les conduites addictives font donc l'objet d'un chapitre spécifique.

Plan du document

La première partie de ce document liste les indicateurs et outils d'évaluation en santé mentale, actuellement disponibles (ou repérés comme prochainement disponibles), classés selon les trois axes précédemment définis : santé/maladie, bien-être/détresse psychologique, fonctionnement social/handicap. Les indicateurs et outils d'évaluation en addictologie ont été regroupés dans une sous-partie spécifique.

Les indicateurs sont présentés de façon succincte, avec la mention de la source d'information et de la fiche correspondante. Une même source d'information pouvant donner lieu à plusieurs indicateurs, et afin d'éviter les répétitions, la description détaillée des principales sources est communiquée une seule fois, sous forme de fiche, dans une seconde partie.

Certaines données ne peuvent être collectées de façon centralisée, c'est le cas notamment pour quelques indicateurs recueillis de façon très locale par les Villes-santé OMS de l'Arc alpin dans le cadre d'un travail commun (au travers d'un baromètre « santé mentale »). Ces indicateurs sont présentés en annexe.

A l'inverse, certaines données nationales ne peuvent être déclinées à un échelon régional, faute de représentativité des échantillons à cet échelon, c'est le cas de nombreuses enquêtes, comme l'enquête nationale sur les populations suivies en psychiatrie, réalisée par la DREES en 2003.

La deuxième partie de ce document rassemble les fiches décrivant les principales sources d'information mentionnées au préalable. Pour chaque source d'information sont détaillés : le type de recueil des données, les données recueillies, la périodicité, le niveau géographique, l'accessibilité, quelques précisions et limites, et les indicateurs retenus issus de cette source d'information.

Plusieurs annexes complètent ce document :

- un glossaire des sigles utilisés
- la liste des références bibliographiques utilisées dans le cadre de ce travail : la disponibilité des documents en texte intégral sur internet est systématiquement signalée
- la présentation du baromètre « santé mentale » des Villes-santé OMS de l'Arc alpin
- un tableau récapitulant les diverses sources d'information par niveau géographique
- les coordonnées des organismes ressources.

1. PREMIERE PARTIE

1.1. AXE 1 : SANTE/MALADIE

Cet axe est caractérisé par la présence d'un diagnostic médical, qui définit un trouble psychiatrique. Les deux classifications diagnostiques les plus utilisées au niveau mondial sont la CIM10 (Classification Internationale des Maladies, version 10) et le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 4^{ème} version, classification de l'American Psychiatric Association).

Les indicateurs relevant de cet axe sont essentiellement issus du système de soins. Ils permettent d'appréhender l'état de santé de la population (mortalité/morbidité), l'offre de soins et la consommation de soins.

Les principales sources d'information font l'objet de fiches descriptives, présentées en 2^{ème} partie de ce document.

1.1.1. Etat de santé

Mortalité :

- **Effectifs de décès par troubles mentaux et du comportement**, par sexe et par tranches d'âge, et taux comparatifs de mortalité – CIM10 : F00 à F99 (troubles mentaux organiques, troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives, schizophrénie, troubles de l'humeur, autres troubles mentaux) – *Source : CépiDc INSERM – Fiche 1*
- **Effectifs de décès par suicide**, par sexe et par tranches d'âge, et taux comparatifs de mortalité – CIM10 : X60-X84, précision sur le mode de suicide - *Source : CépiDc INSERM – Fiche 1*

Morbidité :

- **Effectifs par grand groupe diagnostic** (CIM10) de patients accueillis dans les établissements ayant une activité de soins en psychiatrie – *Source : RIM-P – Fiche 2*
- **Nombre de séjours et nombre de patients** hospitalisés dans l'année en court séjour **pour tentatives de suicide**, et taux comparatifs – *Source : PMSI MCO – Fiche 3*
- **Nombre d'admissions en Affection Longue Durée** (ALD) : ALD n° 23 « affections psychiatriques de longue durée » selon la pathologie (CIM10), par sexe et âge, et taux comparatifs - *Source : ALD – Fiche 4*
- **Répartition des patients hospitalisés en psychiatrie de manière inadéquate** selon les pathologies, les conduites addictives, les troubles du comportement - *Source : Enquête ARH/CRCM sur les patients en hospitalisation inadéquate - Fiche 7*
- **Nombre d'assurés ayant eu un arrêt de travail de plus de 6 mois pour troubles mentaux** (CIM10) – *Source : Régime général de l'Assurance maladie – exploitation sur demande auprès de la Direction régionale du Service Médical*
- **Nombre de nouvelles admissions en invalidité pour troubles mentaux** (CIM10) – *Source : Régime général de l'Assurance maladie – exploitation sur demande auprès de la Direction régionale du Service Médical [Réf. 78]*
- **Pourcentage des passages aux urgences hospitalières pour motif de recours lié à la santé mentale**, ou pour diagnostic psychiatrique, par sexe et âge du patient - *Source : Réseau OSCOUR - Fiche 8*

- **Nombre d'appels à SOS Médecins pour un problème de santé mentale** (motif d'appels ou diagnostic) – *Source*: SOS Médecins – Données transmises quotidiennement à l'InVS, il existe des regroupements syndromiques, mais actuellement pas dans le champ de la santé mentale ; un travail d'exploration serait envisageable au niveau de la CIRE Rhône-Alpes.

Le nombre de dossiers traités par le SAMU et liés à la santé mentale n'est actuellement pas disponible ; l'activité du SAMU fait l'objet d'une transmission quotidienne de données au serveur Oural (ARH Rhône-Alpes) mais ces données concernent le nombre des affaires traitées et des interventions sans indication du motif de recours ni du diagnostic. Un nouveau recueil d'information informatisé (prévu dans le SROS 2006-2010) devrait permettre de recueillir un certain nombre d'items minimaux dans chaque structure des urgences (dont les motifs de recours, les diagnostics, l'accueil pour tentatives de suicide).

Une enquête nationale sur les populations suivies dans les établissements ayant une activité de psychiatrie générale ou infanto-juvénile a été réalisée par la DREES (Ministère chargé de la Santé) entre le 20 janvier et le 2 février 2003. Les seuls résultats régionaux publiés à partir de cette enquête concernent **les enfants et adolescents suivis dans les CMPP** (Centres médico-psycho-pédagogiques) [Réf. 76, 80]. En Rhône-Alpes 14 CMPP ont répondu à l'enquête sur les 18 CMPP (taux de réponses : 77,8%). Sont disponibles sur la population suivie, au niveau régional, les éléments suivants : âge et sexe, répartition des diagnostics principaux et associés, répartition des facteurs organiques et environnementaux associés, ainsi que des éléments sur le mode de vie des enfants et adolescents et sur l'intensité du suivi.

Un travail d'enregistrement **des tentatives de suicide** a été réalisé entre 2002 et 2007 dans une vingtaine de services d'urgences hospitalières de la région Rhône-Alpes, travail réalisé par le DIM (département d'information médicale) du Centre hospitalier de Roanne et les services universitaires de psychiatrie des CHU de Saint-Etienne et de Lyon, avec le soutien financier du FNPEIS, de la DRASS et de la CRAM. Cette base, riche de 13 570 événements pour 11 239 patients, renseigne sur les caractéristiques des patients : âge, sexe, antécédents suicidaires, et sur la prise en charge des tentatives de suicide avec le taux d'hospitalisation à l'issue du passage aux urgences. L'ensemble des données de cette base est en cours d'exploitation.

Les tentatives de suicide font également partie des événements suivis par le réseau Sentinelles (INSERM/InVS), réseau de surveillance continu constitué d'environ 1 200 médecins généralistes libéraux volontaires répartis sur le territoire métropolitain français. Au niveau de la région Rhône-Alpes, la grande variabilité des données sur les dernières années ne permet pas de retenir actuellement cette source d'information.

Des informations sur l'état de santé mentale sont également disponibles dans certaines enquêtes en population (Baromètre Santé de l'INPES, enquête Kovess,...), ces enquêtes seront décrites dans l'axe 2.

1.1.2. Offre de soins

Etablissements :

Les deux principales sources d'information en matière d'établissements développant une activité de psychiatrie, la SAE (Statistique annuelle des établissements) et les rapports de secteurs, ne fournissent pas de données comparables en matière d'équipement et d'activité, principalement en raison du mode de recueil différent. La SAE est une enquête annuelle auprès de l'ensemble des établissements de soins et n'intègre que depuis 2006 certains indicateurs spécifiques à la psychiatrie, qu'elle soit sectorisée ou non. Les rapports de secteurs ne décrivaient jusqu'à présent que l'activité sectorisée, mais de façon beaucoup plus fine que la SAE, toutefois la périodicité du recueil est irrégulière : le dernier recueil date de 2003, le recueil suivant est prévu en 2009 sur l'activité 2008, avec une modification du questionnaire afin que l'ensemble des sources d'information sur la psychiatrie soient plus cohérentes entre elles (SAE, RAPSY,

RIM-P) et afin de retracer l'activité psychiatrique de tous les établissements (y compris les non sectorisés). SAE est une analyse de l'offre et de l'activité de soins par établissement de santé. Les rapports de secteurs (RAPSY) permettent une analyse intra-établissement en distinguant l'activité de chaque secteur psychiatrique.

- **Nombre de lits ou places installés en psychiatrie (ou nombre de structures) et taux d'équipement pour 10 000 habitants**, selon le type de psychiatrie (générale, infanto-juvénile...) et selon le mode de prise en charge : prise en charge à temps complet, prise en charge à temps partiel, prise en charge ambulatoire – *Source : SAE – Fiche 5*
- **Nombre de lits ou places (ou nombre de structures) par secteur et taux d'équipement pour 10 000 habitants**, selon le mode de prise en charge : prise en charge à temps complet, prise en charge à temps partiel, prise en charge ambulatoire – *Source : Rapports d'activité de psychiatrie – Fiche 9*
- **Nombre de lits ou places des unités de soins dédiées à des prises en charge spécifiques** (unité mère-enfant, adolescents, patients agités ou difficiles, sujets âgés, troubles des conduites alimentaires, autisme et troubles envahissants du développement) - *Source : Rapports d'activité de psychiatrie – Fiche 9*

Professionnels de santé :

De même que pour les établissements, plusieurs sources d'information sont mobilisables sur le personnel des structures de psychiatrie : SAE, rapports de secteurs. D'une source à l'autre, les chiffres peuvent varier en fonction des modalités de comptabilisation et éventuellement du niveau d'agrégat de catégories de personnels. Les données de la SAE présentent plusieurs avantages : recueil annuel, professions plus détaillées. Les données des rapports de secteur ne sont pas collectées tous les ans (2003, 2008) mais l'enquête 2008 comportera des informations plus précises sur les personnels que la SAE. Concernant les professionnels libéraux, plusieurs fichiers existent : ADELI, Assurance-maladie, Ordre des médecins, chaque fichier ayant ses définitions propres. Dans l'attente d'un seul fichier uniformisé (le RPPS), seul le fichier ADELI sera présenté pour des raisons d'accessibilité. L'URCAM met en ligne (<http://www.rhone-alpes.assurance-maladie.fr/Demographie-medicale.53727.0.html>) des effectifs et des densités de médecins libéraux (dont psychiatres et neuropsychiatres) par département, ainsi qu'une carte des densités communales de psychiatres. L'URML a réalisé en 2006 une enquête auprès des psychiatres de Rhône-Alpes [Réf.24].

- **Effectifs en ETP de personnels et taux pour 10 000 habitants** : personnels médicaux (psychiatres et médecins non psychiatres) et non-médicaux (infirmiers, aides-soignants, psychologues,...) *Source : SAE – Fiche 5*
- **Effectifs en ETP de personnels par secteur et taux pour 10 000 habitants** : personnels médicaux (psychiatres et médecins non psychiatres) et non-médicaux (infirmiers, aides-soignants, psychologues,...) - *Rapports d'activité de secteurs – Fiche 9*
- **Nombre de médecins psychiatres libéraux, et salariés exclusifs**, taux pour 100 000 habitants - *Source : ADELI – Fiche 6*

Le nombre de psychologues libéraux n'est actuellement pas disponible. Il s'agit d'une profession réglementée recensée par le fichier ADELI mais l'inscription dans le fichier étant volontaire, peu de psychologues libéraux sont inscrits à ce jour. A un niveau local, il est possible de récupérer cette information par les annuaires téléphoniques (pages jaunes®), mais l'exhaustivité n'est pas assurée.

1.1.3. Recours aux soins / consommation de soins

Soins en établissement :

L'activité en établissements de soins fait principalement appel aux mêmes sources d'information que l'offre de soins (ci-dessus). Les sources diffèrent entre elles sur plusieurs points : périodicité (annuelle pour SAE, trimestrielle pour le RIM-P, tous les 4 ou 5 ans pour les rapports de secteurs), définitions ou règles de comptabilisation différentes (par exemple de « la journée »), données seulement enregistrées au niveau de l'établissement (SAE, rapports de secteurs) ou avec mention du lieu de domicile du patient (RIM-P), accessibilité des données (accès internet à un niveau fin pour SAE, accès plus limité pour le RIM-P et les rapports de secteurs). Les données d'activité des rapports de secteur pourraient disparaître avec la montée en charge du RIM-P.

SAE :

- **Nombre de journées** réalisées dans les établissements en psychiatrie (pour le temps complet) **et de venues** (pour le temps partiel) – *Source : SAE – Fiche 5*
- **Nombre d'actes, soins et interventions** réalisés dans les établissements en psychiatrie (pour l'ambulatoire) – *Source : SAE – Fiche 5*
- **Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année** (file active) : file active totale, file active exclusivement ambulatoire, file active hospitalisée à temps plein (et à temps plein depuis plus d'un an) – *Source : SAE – Fiche 5*
- **DMHa : Durée moyenne d'hospitalisation annuelle** (nombre de journées hospitalisation complète/file active hospitalisée à temps plein) – *Source : SAE – Fiche 5*
- **Nombre de patients selon le mode d'hospitalisation** : hospitalisation libre, hospitalisation d'office, hospitalisation à la demande d'un tiers – *Source : SAE – Fiche 5*

RIM-P :

- **Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année** dans un établissement ayant une activité de soins en psychiatrie (file active) et **taux pour 10 000 habitants par secteur** – *Source : RIM-P – Fiche 2*
- **Taux d'hospitalisation sous contrainte** (Hospitalisation d'office HO, Hospitalisation à la demande d'un tiers HDT) – *Source : RIM-P – Fiche 2*
Les effectifs des hospitalisations sous contrainte sont également disponibles dans les DDASS.
- **Nombre et % de journées d'isolement thérapeutique** – *Source : RIM-P – Fiche 2*

Rapports d'activité de secteurs :

- **Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année** (file active), par sexe et par groupes d'âges, et **taux pour 10 000 habitants par secteur** (détails de la file active : nombre de patients vus pour la première fois au cours de l'année, vus une seule fois dans l'année, présents en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an) – *Rapports d'activité de secteurs – Fiche 9*
- **Nombre de patients selon le mode d'hospitalisation** : hospitalisation libre, hospitalisation d'office, hospitalisation à la demande d'un tiers – *Rapports d'activité de secteurs – Fiche 9*

Enquête ARH/CRCSM :

- **Pourcentage de personnes hospitalisées en psychiatrie de manière inadéquate** (patients maintenus en service d'hospitalisation complète en psychiatrie faute de solutions adaptées d'aval) – *Source : Enquête ARH/CRCSM sur les patients en hospitalisation inadéquate – Fiche 7*

Deux indicateurs d'évaluation du SROS 2006-2010 Rhône-Alpes : **délais pour l'obtention d'un 1^{er} rendez-vous en CMP** (Centre Médico-psychologique - psychiatrie générale et psychiatrie infanto-

juvénile) et **pourcentage de patients déclarés « sortants »** dans les services de psychiatrie générale, n'ont pas été retenus en raison du faible taux de réponses à ces items dans l'enquête annuelle d'évaluation. Au niveau local chaque CMP est en mesure de fournir les délais moyens pour l'obtention d'un premier rendez-vous (mais il s'agit pas toujours d'un rendez-vous avec un médecin).

Soins de ville :

Les principales données disponibles en matière de consommation de soins en secteur libéral sont les données de remboursement des soins au patient par l'assurance maladie (régime général). Ces données de consommation médicale peuvent être déclinées selon le statut de « bénéficiaire de la CMU complémentaire » ou « non bénéficiaire » (indicateur de précarité). Il est ainsi possible de croiser des données de santé avec des données sociales.

- **Nombre de bénéficiaires de consultations de neuro-psychiatres** remboursées par l'assurance maladie, et taux comparatifs (données par sexe et âge, domiciliées à la commune du patient) - *Source : Assurance maladie – exploitation sur demande à l'URCAM ou aux échelons du service médical du régime général*
- **Nombre de patients sous traitement psychotrope (dont anxiolytique, antidépresseur et neuroleptique)** et taux comparatifs (données par sexe et âge, domiciliées à la commune du patient) - *Source : Assurance maladie – exploitation sur demande à l'URCAM ou aux échelons du service médical du régime général*

Exemple d'étude : L'URCAM, avec l'appui de CPAM de Lyon, a mis à disposition de la sous-commission « suivi du SROS » de la CRCSM des données sur la consommation de soins en psychiatrie générale et infanto-juvénile : médicaments (neuroleptiques, normothymiques, psychostimulants), consultations neuropsychiatriques et hospitalisations en psychiatrie, pour chacun des 13 bassins de santé de Rhône-Alpes [Réf. 18].

Le CETAF (Centre technique d'appui et de formation) des Centres d'examen de santé produit également des données sur **les personnes déclarant consommer des médicaments psychotropes**. Ce sont des données déclaratives, portant sur la seule population reçue dans les Centres d'examen de santé de l'assurance maladie, mais ces données peuvent être déclinées selon le sexe, l'âge, la situation de précarité (score EPICES) et la catégorie socio-professionnelle [Réf. 16].

Des informations sur **le recours aux soins** pour des problèmes de santé mentale sont également disponibles dans certaines enquêtes en population (Baromètre Santé de l'INPES, enquête Kovess,...), ces enquêtes sont décrites dans l'axe 2. Au niveau national, on peut citer l'enquête décennale santé réalisée par l'INSEE en 2003 [Réf. 40], qui décrit le recours aux soins spécialisés en santé mentale (consultations de psychiatres, psychologues et psychanalystes, hospitalisations dans un service de psychiatrie), à partir des déclarations d'un échantillon de ménages ordinaires, la représentativité étant assurée au niveau national et pour cinq régions (ne comprenant pas la région Rhône-Alpes).

1.2. AXE 2 : BIEN-ÊTRE/DETRESSE PSYCHOLOGIQUE

Cet axe couvre le champ de la santé mentale, qui va de l'état positif (bien-être) à l'état de détresse ou de souffrance psychologique (mal-être). L'observation fait essentiellement appel à des enquêtes en population générale, utilisant des auto-questionnaires sur les symptômes ressentis par les personnes interrogées. Il existe des questionnaires standardisés, validés et utilisés à un niveau national, européen, international.

Quelques indicateurs issus d'enquêtes exploitables au niveau de la région Rhône-Alpes, ou à un niveau plus fin, sont présentés ci-dessous. Les principales enquêtes sont décrites dans la seconde partie de ce document sous forme de fiches.

Sont ensuite présentés les principaux outils d'évaluation pouvant être mobilisés dans les enquêtes en population générale.

1.2.1. Enquêtes

Parmi les enquêtes citées ci-dessous, certaines sont des enquêtes nationales conduites auprès d'échantillons représentatifs de la population nationale (Baromètre Santé, Sumer), enquêtes qu'il est envisageable d'exploiter au niveau de la région Rhône-Alpes, d'autres ont été menées soit au niveau régional (enquête Kovess), soit à des niveaux départementaux (Samotrace), ou encore à des niveaux plus fins (communes pour l'enquête téléphonique santé de la DRASS, université pour l'enquête étudiants). La plupart de ces enquêtes ont été réalisées ponctuellement, et ne feront pas l'objet d'un renouvellement ; certaines sont renouvelées à périodicité plus ou moins régulière (environ tous les 5 ans pour le Baromètre Santé, et moins régulièrement pour l'enquête Sumer).

Baromètre Santé (INPES) – France/région – 2005 – Population : 12-75 ans - Fiche 10

Indicateurs :

- Pourcentage de personnes ayant présenté un épisode dépressif caractérisé durant l'année précédant l'entretien, selon le sexe et l'âge
- Pourcentage de personnes ayant eu des idées suicidaires au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge
- Pourcentage de personnes ayant fait des tentatives de suicide au cours de leur vie ou au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge
- Pourcentage de personnes ayant eu recours à des services de santé ou à des professionnels pour raison de santé mentale durant l'année précédant l'entretien, selon le sexe et l'âge
- Scores de qualité de vie de Duke (de 0 à 100), selon le sexe : score de santé mentale, score d'estime de soi, score d'anxiété, score de dépression

Enquête Kovess « santé mentale » - Région/territoires de santé - 2005 – Population : 18 ans et plus – Fiche 11

Indicateurs (déclinables selon plusieurs variables sociodémographiques) :

- Pourcentage de personnes souffrant d'une détresse psychologique
- Pourcentage de personnes souffrant d'une gêne ressentie en lien avec un trouble psychologique
- Pourcentage de personnes présentant un absentéisme pour un problème de santé mentale
- Pourcentage de personnes présentant un ou plusieurs diagnostics psychiatriques (DSM IV)
- Pourcentage de personnes présentant un besoin de soins en santé mentale
- Pourcentage de personnes présentant un besoin de soins en psychiatrie
- Pourcentage de personnes ayant eu un recours l'année passée auprès des différents intervenants du système de soins
- Pourcentage de personnes ayant un problème de consommation d'alcool ou de drogue

Programme Samotrace (Santé mentale Travail Rhône-Alpes Centre) - Rhône-Isère – 2007-2009

Population : salariés (secteurs privé et public) - Fiche 12

Indicateurs :

- Pourcentage de salariés en situation de mal-être (questionnaire GHQ), selon la PCS et le secteur d'activité
- Pourcentage de salariés souffrant de troubles dépressifs et anxieux (questionnaire MINI), selon la PCS et le secteur d'activité
- Pourcentage de salariés consommant des psychotropes, selon la PCS et le secteur d'activité
- Répartition des diagnostics des mises en invalidité pour troubles psychiatriques, selon la PCS et le secteur d'activité
- Pourcentage de salariés exposés à certaines contraintes psychosociales (violence, discrimination, horaires atypiques, forte demande psychologique, faible latitude professionnelle), selon la PCS et le secteur d'activité

Enquête téléphonique : Comportement et usage en matière de santé

(DRASS/collectivités territoriales) – Saint-Chamond en 2005, Vénissieux en 2006, Saint-Priest en 2007, Grenoble et Bourgoin-Jallieu en 2008 – Population : échantillon représentatif des 18 ans et plus de chaque commune enquêtée – [Réf. 38]

Indicateurs :

- Pourcentage de personnes ayant consulté un psychiatre (ou psychanalyste) dans l'année
- Pourcentage de personnes ayant ressenti, dans l'année, une douleur morale
- Pourcentage de personnes estimant être exposées à des risques fréquents pour la santé dans la vie quotidienne (consommation d'alcool, de tabac, de drogues, de psychotropes, stress professionnel,...)
- Pourcentage de personnes déclarant souffrir actuellement de dépression (états dépressifs fréquents, autres troubles psychiques), d'un handicap mental ou psychique, et recours à un traitement pour ces pathologies.

Enquête SUMER (Surveillance médicale des risques professionnels) – France/région – 2003-2009

Population : salariés (secteurs privé et public) – Fiche 15

Indicateurs :

- Pourcentage de salariés s'estimant en bonne santé, par sexe, par groupe d'âge, par PCS, par fonction exercée, par secteur d'activité de l'entreprise
- Pourcentage de salariés exposés au « job strain » (tension au travail) - situation où la demande psychologique est forte et la latitude décisionnelle faible -, par sexe, par groupe d'âge, par PCS, par fonction exercée, par secteur d'activité de l'entreprise

La santé des étudiants – Observatoire de la santé des étudiants de Grenoble –

Début : 2005-2006 - Population : étudiants 1^{ère} année licence, puis 2^{ème} année licence, puis 1^{ère} année master – [Réf. 42, 83]

Le centre de santé Grenoble Universités réalise chaque année une enquête auprès d'un échantillon (environ 1 000 individus) représentatif des étudiants d'un niveau d'études : 1^{ère} année de licence (L1) en 2005-2006, 2^{ème} année de licence (L2) en 2006-2007, 1^{ère} année de master (M1) en 2007-2008, puis de nouveau L1, L2 et M1 les années suivantes.

L'auto-questionnaire aborde les thèmes suivants : perception de la santé, corpulence, activité sportive, consommation de produits psycho-actifs (tabac, alcool, cannabis, médicaments psychotropes), santé mentale, IVG et contraception.

Questionnaire standardisé utilisé : General Health Questionary (GHQ-12)

Indicateur :

- Pourcentage d'étudiants présentant une souffrance psychique (définie par un score au GHQ-12 égal ou supérieur à 4), par sexe. Le score de souffrance psychique a été mis en lien avec la perception globale de la santé, l'activité sportive, la consommation de produits psycho-actifs.

D'autres enquêtes ont été menées de façon ponctuelle en Rhône-Alpes **auprès des étudiants** de différentes universités, enquêtes qui abordaient la question de mal-être et la consommation de produits psycho-actifs. On peut citer les enquêtes de la Médecine Préventive Universitaire de Lyon menées régulièrement entre 1991 et 2000 [Réf. 45, 46], une enquête menée en 1999 sur les suicides et les tentatives de suicide chez les étudiants lyonnais [Réf. 28], ou encore une enquête menée en 2002-2003 auprès des étudiants de l'INSA Lyon [Réf. 44]. Certaines enquêtes nationales sur la santé des étudiants ont pu être exploitées au niveau régional lorsque les effectifs étaient suffisants, par exemple l'enquête de la LMDE (La Mutuelle des Etudiants) de 2005 [Réf. 43], en revanche l'enquête LMDE de 2008 comportait un nombre trop faible d'étudiants enquêtés pour être exploitée régionalement.

1.2.2. Dispositifs d'écoute

Il existe des dispositifs spécifiques d'écoute en direction de certaines populations, essentiellement des jeunes (et de leurs parents), ayant pour objectif le soutien et l'orientation de jeunes en situation de mal-être, exposés à des risques divers.

Points d'Accueil et d'Ecoute Jeunes (PAEJ)

Il existe 24 PAEJ en Rhône-Alpes, avec une douzaine d'antennes au total.

Les PAEJ doivent communiquer aux DDASS un rapport annuel d'activité standardisé, comportant des données d'activité (nombre de jeunes accueillis, nombre d'entretiens...), des données sur les caractéristiques des jeunes (exposition à des situations de risque, jeunes en rupture familiale et sociale,...) [Réf. 27]. Ces données ne sont actuellement pas centralisées et exploitées. Des projets d'harmonisation des données des PAEJ sont en cours, notamment dans le Rhône. Il est possible localement de demander à un PAEJ son rapport d'activité.

Missions locales

Un groupe de travail national des Missions locales, en collaboration avec des universitaires et des professionnels du CETAF, a mis au point courant 2008 un questionnaire de repérage des troubles de santé mentale chez les jeunes. Ce questionnaire est actuellement testé auprès de 1 300 jeunes, il sera administré aux jeunes suivis dans les Missions locales et dans les Centres d'Examens de Santé.

1.2.3. Outils d'évaluation

Les outils d'évaluation présentés ci-dessous sont les principaux outils utilisés en population générale pour dépister des troubles liés à la santé mentale, ce sont des questionnaires que l'on peut administrer en face-à-face ou en auto-questionnaire. Ils ont été validés par des chercheurs et utilisés dans de nombreuses études au niveau international. Certains outils offrent une correspondance avec les classifications médicales (DSM IV ou CIM10), d'autres évaluent davantage des troubles psychiques mineurs, une souffrance psychologique.

CIDI – SF (Composite International Diagnostic Interview – Short Form) - OMS

Outil d'entretien diagnostique structuré conçu pour être utilisé par des non cliniciens en population générale (plus de 12 ans). Le questionnaire porte sur des symptômes, et une correspondance avec le DSM IV ou la CIM10 permet de définir des troubles caractérisés et des états subsyndromiques.

La version complète nécessite une formation approfondie de l'enquêteur et deux heures de passation de questionnaire, elle comprend plus de 40 sections. La version courte (SF) ne nécessite que quelques heures de formation et 10 minutes de passation.

Huit troubles peuvent être diagnostiqués par le CIDI-SF : les désordres anxieux généralisés, l'agoraphobie, les troubles paniques, les épisodes de dépression majeure, la phobie sociale et la

phobie simple, la dépendance à l'alcool et aux drogues illicites. Les questions portent sur les 12 derniers mois.

Utilisé partiellement dans les enquêtes nationales ou régionales suivantes : Baromètre Santé INPES [Réf. 29, 30, 36], ANADEP [Réf. 29], enquête Kovess [Réf. 37].

Descriptif détaillé et questionnaire : p. 6-9 du document « Outils psychométriques » 2005 [Réf. 5], et p. 32 du questionnaire du Baromètre Santé :

http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_Questionnaire.pdf.

MINI (The Mini-International Neuropsychiatric Interview)

Questionnaire structuré d'entretien à visée diagnostique, utilisé en population générale en face-à-face ou en auto-questionnaire. Cet instrument (120 questions) permet notamment d'interroger les individus sur 17 des pathologies de l'axe I du DSM IV et de la CIM 10, dont les épisodes dépressifs majeurs, les épisodes maniaques, l'anxiété généralisée, les troubles psychotiques, l'abus d'alcool et de drogues,... Le MINI est organisé en modules pouvant être administrés séparément. Pour chaque trouble, on compte 2 à 4 questions filtres permettant le dépistage des symptômes ; des questions supplémentaires sont posées selon les réponses aux questions filtres, permettant de valider ou non le diagnostic concerné. Cet outil ne permet d'évaluer ni la sévérité du trouble ni son retentissement fonctionnel.

Utilisé partiellement dans les enquêtes nationales ou régionales suivantes : SMPG (enquête nationale Santé et Maladie en Population Générale, OMS/DREES) [Réf. 32, 39, 41], cohorte SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales) [Réf. 31], Samotrace en Rhône-Alpes [Réf. 50].

Descriptif détaillé : p. 15-17 du document « Outils psychométriques » 2005 [Réf. 5]

DIS (Diagnostic Interview Schedule)

Correspondance DSM III (questionnaire long 45 à 75 mn, passé par des personnes formées aux techniques des entretiens psychiatriques, davantage adaptées à des populations pathologiques qu'à la population générale)

Descriptif détaillé : p. 10-12 du document « Outils psychométriques » 2005 [Réf. 5]

DISSA (Diagnostic Interview Schedule Self-Administred)

(idem ci-dessus, plus court, auto-administré, plus adapté à la population générale)

Il permet de dépister 3 troubles : les épisodes de dépression majeure, les troubles anxieux, les troubles liés à la consommation d'alcool.

Descriptif détaillé : p. 13-14 du document « Outils psychométriques » 2005 [Réf. 5]

GHQ (General Health Questionnaire)

Echelle d'auto-évaluation dont l'objectif est de dépister des troubles psychiatriques mais également des troubles psychiques mineurs en population générale. Plusieurs versions existent, dont le GHQ-28 et le GHQ-12, versions les plus utilisées car rapides à passer. Le GHQ-28 (28 questions) couvre 4 domaines : dépression, anxiété, dysfonctionnement social et hypocondrie. Il ne permet pas de faire des diagnostics cliniques, il apprécie surtout une notion de souffrance générale grâce à l'observation de manifestations psychopathologiques mineures. Le GHQ-12 (12 questions) donne des indications sur les difficultés psychologiques ressenties, il comporte 12 questions, pour chaque question quatre modalités de réponses : les modalités 1 et 2 sont cotées 0, les modalités 3 et 4 sont cotées 1. Le score varie de 0 à 12, et un score supérieur ou égal à 4 montre la présence d'un trouble psychologique.

Utilisé partiellement dans les enquêtes nationales ou régionales suivantes : Samotrace (GHQ-28 et GHQ-12) [Réf. 50], La santé des étudiants à Grenoble (GHQ-12) [Réf. 42], SUMER (GHQ-12) [Réf. 49, 47]

Descriptif détaillé et questionnaire GHQ-28 : p. 18-23 du document « Outils psychométriques » 2005 [Réf. 5]

CES-D (Center of Epidemiologic Studies Depression scale)

Echelle d'auto-évaluation permettant de dépister des cas potentiels de dépression et d'évaluer l'intensité actuelle de la symptomatologie dépressive. L'échelle est composée de 20 items exprimant des symptômes ou des comportements souvent associés à la dépression. Cinq axes de symptomatologie dépressive sont identifiés cliniquement et par analyse factorielle : humeur dépressive, sentiments de culpabilité, ralentissement psychomoteur, perte d'appétit, troubles du sommeil. L'échelle évalue l'état du sujet au cours des 7 derniers jours.

Utilisé partiellement dans les enquêtes nationales ou régionales suivantes : enquête nationale décennale santé INSEE [Réf. 39]

Descriptif détaillé et questionnaire : p. 49-52 du document « Outils psychométriques » 2005 [Réf. 5]

MOS-SF-36 (Medical Outcome Study Short Form)

Echelle d'auto-évaluation de la qualité de vie liée à la santé. L'outil original était composé de 149 items, cette version comporte 36 questions, qui explorent 8 dimensions de la santé : l'activité physique, la vie et les relations avec les autres, les douleurs physiques, la santé perçue, la vitalité, les limitations dues à l'état psychique, les limitations dues à l'état physique et la santé psychique. Le module MHI-5 (Mental Health Inventory) permet de calculer un score de sévérité de détresse psychologique. Deux scores synthétiques sont élaborés à partir d'une analyse factorielle : un score de santé physique et un score de santé mentale.

Utilisé partiellement dans les enquêtes nationales ou régionales suivantes : enquête décennale santé INSEE [Réf. 39], enquête Kovess « santé mentale » [Réf. 37], enquête HSM 2008

Descriptif détaillé et questionnaire : p. 72-77 du document « Outils psychométriques » 2005 [Réf. 5]

MOS-SF-12 (Medical Outcome Study Short Form)

Echelle d'auto-évaluation de la qualité de vie liée à la santé, en 12 questions, construite à partir du SF-36 (ci-dessus). Deux scores sont calculés : un score de qualité de vie mentale et un score de qualité de vie physique. L'auto-questionnaire est rempli par le sujet (en 3 à 7 minutes) par rapport à son état au cours des quatre dernières semaines.

Descriptif détaillé et questionnaire : p. 78-80 du document « Outils psychométriques » 2005 [Réf. 5]

WHOQOL-BREF, ou WHOQOL-26 (World Health Organisation Quality Of Life)

Echelle d'auto-évaluation de la qualité de vie, version courte en 26 questions de l'échelle WHOQOL-100. Cette échelle correspond à la définition de la qualité de vie de l'OMS. Les 4 domaines étudiés sont : la santé physique, la santé psychologique, les relations sociales, l'environnement. L'auto-questionnaire est rempli par le sujet (en 8 à 12 minutes) par rapport à son état au cours des quatre dernières semaines.

Utilisé partiellement dans les enquêtes nationales ou régionales suivantes : Baromètre Santé INPES [Réf. 35]

Descriptif détaillé et questionnaire : p. 81-86 du document « Outils psychométriques » 2005 [Réf. 5], et p. 19-21 du questionnaire du Baromètre Santé :

http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_Questionnaire.pdf.

ECHELLE DE DUKE

L'échelle de santé de Duke permet d'évaluer la santé ressentie et déclarée par les individus à partir d'un questionnaire de 17 items. Trois dimensions sont explorées : la santé physique, la santé mentale et la santé sociale, qui sont associées pour produire le score de santé générale. Sont également évalués : l'anxiété, la dépression, l'estime de soi, la douleur, l'incapacité, ainsi que la santé perçue. Chaque item est coté soit 0, soit 1, soit 2, et la somme des items permet de calculer des scores pour chaque dimension.

Utilisé partiellement dans les enquêtes nationales ou régionales suivantes : Baromètre Santé INPES [Réf. 35]

Questionnaire : p. 18 du questionnaire du Baromètre Santé :
http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_Questionnaire.pdf.

MODELE DE KARASEK

Ce modèle, de type « Demande/Contrôle », évalue trois dimensions de l'environnement psychosocial au travail : la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social. Le questionnaire comporte 26 questions, dont les réponses sont cotées de 1 à 4, ce qui permet de calculer un score pour chaque dimension. On calcule ensuite la valeur de la médiane de chacun des scores, c'est-à-dire la valeur qui partage l'ensemble de la population enquêtée en deux parties égales. Le « job strain » est défini comme une situation où la demande psychologique est supérieure à la médiane et la latitude décisionnelle inférieure à la médiane, ce qui constitue une situation à risque pour la santé.

Utilisé partiellement dans les enquêtes nationales ou régionales suivantes : Samotrace [Réf. 50], SUMER [Réf. 49, 47,74]

Questionnaire : p. 3 du document DARES [Réf. 49] :
http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/2005.05-22.1_v3.pdf

MODELE DE SIEGRIST

Ce modèle, de type « Effort/Récompense », évalue les facteurs psychosociaux au travail. Il identifie les conditions de travail pathogènes comme étant celles associant des efforts élevés à de faibles récompenses. Les efforts peuvent être soit extrinsèques (contraintes professionnelles) soit intrinsèques (facteurs de personnalité, engagement excessif dans le travail). Les récompenses comprennent les gratifications monétaires, l'estime et le contrôle sur son propre statut professionnel en termes de perspectives de promotion et de sécurité de l'emploi. Le questionnaire comporte 46 questions évaluant les efforts extrinsèques et intrinsèques ainsi que les récompenses, les réponses sont cotées de 1 à 4 et permettent de déterminer des scores d'efforts et de récompenses. Les situations à risque se présentent lorsque le ratio efforts/récompenses est supérieur à 1, le poids des efforts étant plus élevé que celui des récompenses.

Utilisé partiellement dans les enquêtes nationales ou régionales suivantes : Samotrace en région Centre [Réf. 50], SUMER [Réf. 49, 47], Cohorte GAZEL des agents EDF-GDF [Réf. 51]

Questionnaire : p. 434-436 de l'article RESP 2000 [Réf. 51]

1.3.AXE 3 : FONCTIONNEMENT SOCIAL/HANDICAP

Cet axe permet de décrire le retentissement des troubles de santé mentale dans les différents rôles de la vie quotidienne. Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne (article 2 de la loi du 11 février 2005 relative aux personnes handicapées). La description du handicap psychique peut s'appréhender sous différents aspects, décrits par la « séquence de Wood » : définition de la pathologie ou accident à l'origine du handicap (psychose, pathologie génétique, accident,...), définition des déficiences (perte ou dysfonctionnement de parties du corps ou du cerveau : retard mental, troubles du psychisme,...), description des incapacités (difficulté ou impossibilité de réaliser des actes élémentaires) et des désavantages (difficulté ou impossibilité à remplir des rôles sociaux).

Sont tout d'abord présentés les principales données mobilisables sur le handicap psychique, puis les outils d'évaluation du handicap psychique.

1.3.1. Handicap psychique

Il existe peu de données descriptives du handicap, et notamment du handicap psychique, dans la population générale.

L'enquête ES (*Etablissements Sociaux - fiche 13*), réalisée tous les 4 ans auprès des établissements sociaux et médico-sociaux, permet d'appréhender la population accueillie en établissements pour enfants et pour adultes handicapés.

L'enquête HID (Handicap Incapacité Dépendance - fiche 14), réalisée une première fois en 1998-2001, a permis d'estimer les handicaps, incapacités et dépendances de personnes à domicile et de personnes en institution ; cette enquête, menée sur échantillon représentatif national, est peu déclinable au niveau régional. Une nouvelle version de cette enquête, intitulée Handicap Santé Ménages, réalisée en 2008, comporte une extension sur le département du Rhône.

Le RHEOP (Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal) fonctionne pour le département de l'Isère depuis 1991, et également en Savoie et Haute-Savoie depuis 2005. Il surveille l'évolution de la prévalence des déficiences sévères chez l'enfant dans sa 8^{ème} année [Réf. 54].

Enquête ES

- **Nombre d'enfants et d'adultes accueillis dans les établissements et services médico-sociaux pour une pathologie du psychisme** (autisme, psychose) – *Source : Enquête ES – Fiche 13*
- **Nombre d'enfants et d'adultes accueillis dans les établissements et services médico-sociaux pour une déficience psychique** (déficiences intermittentes de la conscience, troubles de la conduite et du comportement, troubles graves de la personnalité, troubles psychologiques ou relationnels) – *Source : Enquête ES – Fiche 13*

Enquête HID

- **Pourcentage de personnes atteintes de déficiences intellectuelles ou mentales**, par tranche d'âge, parmi les personnes vivant à domicile (HID) – *Source : Enquête HID/HSM – fiche 14*
- **Pourcentage de personnes atteintes de maladies psychiques**, de déficiences psychiques et de difficultés fonctionnelles d'ordre psychique, par sexe et tranche d'âge, parmi les personnes vivant à domicile (HSM) – *Source : Enquête HID/HSM – fiche 14*

RHEOP

- **Taux de prévalence** (pour 1 000 enfants résidant en Isère, Savoie et Haute-Savoie) **des enfants de 7 ans atteints d'un trouble psychique sévère** (troubles envahissants du développement et autisme)

Enquête ARH/CRCM sur les patients en hospitalisation inadéquate

- **Répartition des patients en hospitalisation inadéquate** selon les capacités d'adaptation sociale - Source : *Enquête ARH/CRCM sur les patients en hospitalisation inadéquate - Fiche 7*

La CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) a réalisé en 2008 (sur l'activité de l'année 2006) une enquête nationale auprès **des CAMSP** (Centres d'action médico-sociale précoce). Cette enquête a permis de recueillir des données sur **la file active des enfants accueillis** (vus au moins une fois dans l'année) selon l'âge et **selon la déficience principale** (déficience intellectuelle, handicap psychique, troubles du comportement, troubles des apprentissages et de la communication,...) [Réf. 55]. Le taux de réponse à l'enquête (80% au niveau national) ne permet pas de fournir des données exhaustives pour tous les départements ; en Rhône-Alpes le taux de réponses peut être considéré comme satisfaisant dans les départements de la Loire et de la Haute-Savoie.

Les bilans de santé scolaire (5-6 ans) comportent quelques éléments qui pourraient être exploités, notamment le test **des troubles du langage** (intitulé Zorman II ou BDSDS 5-6 : Bilan de santé évaluation du développement pour la scolarité). Ce test est passé par le médecin scolaire en face-à-face avec l'enfant, dans la grande majorité des bilans. Les résultats des tests ne sont actuellement pas diffusés par les rectorats, seuls sont disponibles les effectifs d'enfants adressés en consultations spécialisées (telles que orthophonie-orthoptie, CMP, centre de référence) sans référence à la prévalence constatée des troubles. On peut citer le Languedoc-Roussillon où un Observatoire régional d'épidémiologie scolaire exploite les résultats des bilans de santé scolaire.

1.3.2. Outils d'évaluation

Les deux classifications principalement utilisées dans le champ du handicap sont la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, de la santé et du handicap) et le PPH (Processus de Production du Handicap) qui permettent de décrire les relations entre les différentes dimensions du handicap.

De nombreux outils et méthodes ont été développés afin d'évaluer le fonctionnement individuel, psychique et social de l'individu ; ces outils ont fait l'objet d'une analyse par la délégation ANCREAI d'Île-de-France, dans le cadre d'une étude commanditée par la CNSA [Réf. 56]. La plupart de ces outils sont davantage utilisés pour évaluer le fonctionnement d'un individu, dans le cadre d'une prise en charge médico-sociale, que pour observer le retentissement des troubles psychiques en population générale. Seuls quelques outils sont présentés ci-dessous, à partir de l'analyse faite par la délégation ANCREAI.

Deux outils de mesure du fonctionnement global sont directement issus des classifications internationales :

- **Le WHO-DAS II** (échelle d'évaluation des incapacités de l'OMS, 2^{ème} version, issue de la CIF) comprend 6 domaines de fonctionnement et 36 items (déclinés en une cinquantaine de questions), avec trois versions : questionnaire assisté, auto-administré, questionnaire pour proches. Le WHO-DAS II semble relativement complexe et difficile à administrer.
Questionnaire : <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/index.html>
- **La MHAVIE** (mesure des habitudes de vie, outil issu du PPH) évalue « les conditions corporelles, les soins corporels, la communication, l'habitation, les déplacements, les responsabilités, les relations interpersonnelles, la vie communautaire, les loisirs, les sports et la culture ». L'échelle concerne le niveau de réalisation et le type d'aide requis pour réaliser ces habitudes de vie. La version détaillée de la MHAVIE comprend 240 items, une version abrégée en comprend 77 items.
Guide : <http://www.ripph.qc.ca/documents/GuidedelutilisateurMHAVIEjuin2002.pdf>

L'outil de référence national français a été élaboré par la Direction générale de l'action sociale et retravaillé par un comité de pilotage sous l'égide de la CNSA, à partir de la CIF, du PPH et de la MHAVIE :

- **Le GEVA** (Guide d'Evaluation multidimensionnelle) comprend six volets (médical, psychologique, familial et social, éducatif, habitat et cadre de vie) organisés autour d'un volet central réservé aux activités, aux participations sociales et aux environnements. Les réalisations effectives sont évaluées en 4 niveaux selon que la personne les réalise ou pas, seule ou avec de l'aide (solicitation, surveillance, aide répétée) et en fonction des obstacles ou des facilitateurs environnementaux présents dans la situation de vie de la personne.

Le GEVA fait l'objet de plusieurs tests en France afin d'améliorer sa prise en compte des spécificités du handicap psychique, notamment du caractère intermittent des troubles, du rapport à la maladie et de la présence ou non de ressources personnelles.

A l'initiative de la CNSA, le GEVA a été utilisé dans le cadre d'une expérimentation de l'évaluation des situations de handicap d'origine psychique menée dans 15 départements dont 3 départements de la région Rhône-Alpes : la Drôme, l'Isère et le Rhône. Les équipes d'expérimentation associant les MDPH (Maisons départementales des personnes handicapées) et les secteurs de santé mentale ont souligné le grand intérêt d'une telle collaboration. L'évaluation globale et dynamique mise en œuvre dans le cadre de l'expérimentation a montré son efficacité en permettant de préciser des informations trop partielles, de demander des avis qui n'étaient pas contenus dans le dossier, d'accélérer des bilans et des évaluations, de faire évoluer les demandes, de mieux cibler les réponses. Un colloque (23 mars 2009) rendra compte des conclusions de ces travaux.

Manuel : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/manuel_GEVA_mai_2008-2.pdf

1.4.ADDICTOLOGIE

L'addiction se caractérise par la dépendance, c'est-à-dire l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance des conséquences négatives. Une conduite addictive peut être liée à la prise de substances psycho-actives (alcool, tabac, cannabis, autres produits) ou non (jeux, travail,...). En ce qui concerne la consommation de substances psycho-actives, l'OMS distingue différents usages, et deux diagnostics figurent dans la CIM10 et le DSM IV : l'usage nocif (ou abus) et la dépendance.

L'usage nocif se caractérise par une consommation inadéquate d'une substance conduisant à la présence d'au moins une des manifestations suivantes : incapacité de remplir des obligations majeures, situations où cela peut être physiquement dangereux, problèmes judiciaires, problèmes interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents.

La dépendance se définit par différents critères, tels que le désir compulsif du produit, la difficulté de contrôler sa propre consommation, la prise de produit pour éviter le sevrage, le besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet qu'auparavant et la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur.

Seront abordés dans ce chapitre la consommation de produits-actifs (alcool, tabac, cannabis), ses effets sur la santé (mortalité/morbidité), l'offre et la consommation de soins en matière d'addictions, ainsi que les principaux outils d'évaluation des conduites addictives.

1.4.1. Consommation de produits psycho-actifs

La plupart des données sur la consommation de produits psycho-actifs sont basées sur des enquêtes déclaratives (Baromètre Santé de l'INPES, Enquête ESACAPAD de l'OFDT), les réponses des personnes enquêtées peuvent dépendre en partie de la façon dont sont formulées les questions. Et il n'est pas toujours facile de distinguer l'usage récréatif de l'usage nocif.

La base ILIAD (Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions), disponible sur le site de l'OFDT, présente de nombreux indicateurs aux niveaux régionaux et départementaux :

<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/indic.html>.

Alcool

Définitions communes aux enquêtes signalées ci-dessous :

- L'ivresse répétée désigne le fait de déclarer avoir été ivre au moins 3 fois durant les 12 derniers mois
- L'ivresse régulière désigne le fait de déclarer avoir été ivre au moins 10 fois durant les 12 derniers mois
- **Pourcentage des personnes de 15 à 75 ans connaissant des ivresses répétées et des ivresses régulières**, par sexe et tranche d'âge – *Source : Baromètre Santé INPES – Fiche 10*
- **Pourcentage des jeunes de 17 ans connaissant des ivresses répétées**, par sexe - *Source : Escapad – Fiche 16*
- **Pourcentage d'étudiants connaissant des ivresses régulières**, par sexe - *Source : Observatoire de la santé des étudiants de Grenoble (enquête présentée supra, partie 1.2.1)*
- **Pourcentage des personnes de 15 à 75 ans consommant 6 verres ou plus en seule fois** dans le mois - *Source : Baromètre Santé INPES – Fiche 10*
- **Pourcentage de personnes de 15 à 75 ans à risque de dépendance à l'alcool** (test DETA) - *Source : Baromètre Santé INPES – Fiche 10*
- **Pourcentage de buveurs « à risque ponctuel »** (consommation de 6 verres ou plus en seule fois dans le mois), à « **risque chronique** » (consommation régulière excessive – supérieure à 3 verres par jour en moyenne chez l'homme et 2 pour une femme – et supérieure à 6 verres dans la

semaine), à « **risque de dépendance** » (consommation supérieure à 48 verres par semaine ou supérieure à 6 verres quotidiennement) (test AUDIT-C) - *Source : Baromètre Santé INPES – Fiche 10*

- **Taux comparatif de personnes présentant une consommation à risque d'alcool**, par département (pourcentage de personnes déclarant consommer au moins 2 verres par jour pour les femmes et 3 verres pour les hommes, parmi les consultants des Centres d'Examens de Santé âgés de plus de 16 ans) – *Source : CETAF – [Réf. 16, 13]*
- **Part des accidents mortels de la route avec alcoolémie positive** – *Source : ONISR (Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière) – indicateur disponible dans la base ILIAD, sur le site de l'OFDT.*

Tabac

Définition commune aux enquêtes signalées ci-dessous :

- Les fumeurs réguliers sont les personnes déclarant fumer au moins une cigarette par jour
- **Pourcentage des fumeurs réguliers chez les personnes de 15 à 75 ans**, par sexe et tranche d'âge - *Source : Baromètre Santé INPES – Fiche 10*
- **Taux comparatif de personnes fumant quotidiennement**, par département (parmi les consultants des Centres d'Examens de Santé, âgés de plus de 16 ans) – *Source : CETAF – [Réf. 16, 13]*
- **Pourcentage des fumeurs réguliers chez les jeunes de 17 ans**, par sexe - *Source : Escapad – Fiche 16*
- **Pourcentage des fumeurs réguliers chez les étudiants**, par sexe - *Source : Observatoire de la santé des étudiants de Grenoble (enquête présentée supra, partie 1.2.1)*

Cannabis et autres drogues illicites

Définition commune aux enquêtes signalées ci-dessous :

- Les consommateurs réguliers de cannabis sont les personnes déclarant avoir consommé du cannabis au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours
- **Pourcentage de consommateurs réguliers de cannabis chez les personnes de 15 à 75 ans**, par sexe et tranche d'âge - *Source : Baromètre Santé INPES – Fiche 10*
- **Pourcentage de consommateurs réguliers de cannabis chez les jeunes de 17 ans**, par sexe - *Source : Escapad – Fiche 16*
- **Pourcentage de consommateurs réguliers de cannabis chez les étudiants**, par sexe - *Source : Observatoire de la santé des étudiants de Grenoble (enquête présentée supra, partie 1.2.1)*
- **Nombre d'interpellations pour usage de cannabis**, et taux pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans – *Source : OCRTIS – [Réf. 64] – indicateur disponible dans la base ILIAD, sur le site de l'OFDT*
- **Nombre d'interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy**, et taux pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans – *Source : OCRTIS – [Réf. 64] - indicateur disponible dans la base ILIAD, sur le site de l'OFDT*

1.4.2. Mortalité / Morbidité

Ces indicateurs reflètent l'impact sur la santé de consommations chroniques d'alcool et/ou de tabac après plusieurs années. Le nombre de décès par surdose (de drogues illicites ou de médicaments) est aussi disponible (source : OCRTIS) dans la base ILIAD de l'OFDT, mais le nombre d'événements est très faible (28 décès en Rhône-Alpes en 2006).

Mortalité

- **Nombre de décès**, par sexe et par tranche d'âge, et **taux comparatifs de mortalité pour les pathologies liées au tabac** (cancers trachée et bronches, bronchites chroniques, cardiopathies ischémiques) **et à l'alcool** (cirrhoses alcooliques, psychoses alcooliques, cancers des voies aéro-digestives supérieures) – *Source : CépiDC – Fiche 1*
- **Nombre de décès et taux comparatifs de mortalité prématurée (avant 65 ans) pour les pathologies liées au tabac et à l'alcool** – *Source : CépiDC – Fiche 1*

Morbidité

- **Nombre de patients hospitalisés dans l'année en court séjour pour des pathologies liées à l'alcool**, et taux comparatifs – *Source : PMSI MCO – Fiche 3*

1.4.3. Offre et consommations de soins

Un « Etat des lieux régional de l'offre de soins en addictologie » a été réalisé en 2006 par l'ORS Rhône-Alpes pour la Maison Régionale des Addictions [Réf. 66]. Il comportait notamment une enquête auprès des centres spécialisés (CCAA, CSST, centres de « post-cure », consultations d'addictologie, de tabacologie, lieux de cure, ELSA). Ce travail a permis de disposer, de façon ponctuelle, des indicateurs suivants :

- Personnel : **Taux d'équivalent-temps-plein de personnels soignants dédiés à l'offre ambulatoire en addictologie** (CCAA, CSST, ELSA) pour 100 000 habitants – *Source : rapports d'activité + enquête ORS – 2005 – par bassin hospitalier*
- File active : **taux de patients vus en consultation (CCAA, CSST, ELSA) pour un problème d'addiction**, pour 100 000 habitants – *Source : rapports d'activité + enquête ORS – 2005 – par bassin hospitalier*
- Actes réalisés par les professionnels soignants : **taux d'actes réalisés pour la prise en charge en ambulatoire** (CCAA, CSST, ELSA) de patients ayant un problème d'addiction, pour 100 000 habitants – *Source : rapports d'activité + enquête ORS – 2005 – par bassin hospitalier*

Une étude complémentaire a été réalisée en 2007 par l'ORS Rhône-Alpes pour la DRASS : « Etude préalable au Schéma Régional Addictions en Rhône-Alpes » [Réf. 65]. Elle analysait l'offre de soins ambulatoires (par bassin hospitalier et par zone de soins de proximité), et localisait l'offre d'hospitalisation et de soins résidentiels pour les addictions.

Quelques indicateurs de consommation de soins et de traitements de substitution (Subutex, Méthadone) sont disponibles de façon continue (périodicité annuelle) aux niveaux régional et départemental dans la base ILIAD (Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions), disponible sur le site de l'OFDT : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/indic.html> :

- **Nombre de consultations dans les centres spécialisés en alcoologie** (CCAA), et taux pour 1000 habitants de 20 à 70 ans – *Source : rapports d'activité des CCAA*
- **Nombre de recours aux centres de soins spécialisés en toxicomanie** (CSST), et taux pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans – *Source : rapports d'activité des CSST*
- **Ventes de Subutex** : nombre de boîtes vendues, et taux pour 100 habitants de 20 à 39 ans – *Source : SIAMOIS/InVS*
- **Ventes de Méthadone** : nombre de boîtes vendues, et taux pour 100 habitants de 20 à 39 ans – *Source : SIAMOIS/InVS*
- **Ventes de Stéribox** (kit de prévention comportant seringues, stéricup, eau stérile, tampon alcoolisé, préservatif) : nombre de boîtes vendues, et taux pour 100 habitants de 20 à 39 ans – *Source : SIAMOIS/InVS*

Les données de remboursement de certains traitements par l'assurance maladie (régime général) peuvent faire l'objet d'exploitations ponctuelles :

- **Nombre de patients sous traitements de substitution (buprénorphine ou méthadone)** et taux comparatifs (données par sexe et âge, domiciliées à la commune du patient) - *Source: Assurance maladie – exploitation sur demande à l'URCAM ou aux échelons du service médical du régime général*

1.4.4. Outils d'évaluation des conduites addictives

Ces questionnaires sont très courts, ce qui leur permet d'être inclus dans de nombreuses enquêtes en population générale. Ce sont des données déclaratives, recueillies soit par auto-questionnaire soit par questionnaire administré en tête-à-tête ou au téléphone.

Questionnaire DETA (CAGE) : 4 questions permettant de repérer la consommation excessive d'alcool ou la dépendance à l'alcool

Descriptif détaillé et questionnaire : p. 66-67 du document « Outils psychométriques » 2005 [Réf. 5], et p. 31 du questionnaire du Baromètre Santé :

http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_Questionnaire.pdf

AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) : 10 questions abordant la consommation d'alcool (3 premières questions, correspondant à une version courte : AUDIT-C) puis la dépendance, les trous noirs et les conséquences sociales de l'alcoolisation (7 questions).

Descriptif détaillé et questionnaire : p. 68-70 du document « Outils psychométriques » 2005 [Réf. 5], et p. 30-31 du questionnaire du Baromètre Santé (AUDIT-C) :

http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_Questionnaire.pdf

Test de Fagerström : 6 questions permettant de repérer la dépendance au tabac (faible, moyenne, forte, très forte)

Questionnaire : en ligne sur le site Tabac-net : <http://tabac-net.php.fr/tab-soigner/ts-test/ts-testfagerstrom.html>

CAST (Cannabis Abuse Screening Test) : 6 questions permettant d'évaluer l'abus de cannabis ou la dépendance au cannabis – Test mis au point par l'OFDT

Questionnaire : en p. 4 d'une publication de l'INPES :

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/982.pdf>

WART (Work Addiction Risk Test) de Bryan Robinson – 25 questions permettant de repérer la dépendance au travail ou « workaholisme »

Questionnaire : en ligne sur le site <http://www.fsi.usj.edu.lb/anciens/journal2007/arti9.pdf>

2. DEUXIEME PARTIE

Cette partie rassemble les fiches décrivant les principales sources d'information mentionnées dans la première partie. Pour chaque source d'information sont détaillés : le type de recueil des données, les données recueillies, la périodicité, le niveau géographique, l'accessibilité, quelques précisions et limites, et les indicateurs retenus issus de cette source d'information.

Fiche 1 : CépiDc INSERM : causes de décès

Fiche 2 : RIM-P : Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie

Fiche 3 : PMSI MCO : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

Fiche 4 : ALD : Affections Longue Durée

Fiche 5 : SAE Statistique Annuelle des Etablissements

Fiche 6 : ADELI : répertoire des professionnels de santé

Fiche 7 : Enquête ARH/CRCM sur les patients en hospitalisation inadéquate

Fiche 8 : Réseau OSCOUR

Fiche 9 : RAPSY : Rapports d'Activité de Psychiatrie

Fiche 10 : Baromètre santé INPES

Fiche 11 : Enquête Kovess « santé mentale »

Fiche 12 : Programme Samotrace

Fiche 13 : Enquête ES

Fiche 14 : Enquête HID / Enquête Handicap Santé Ménages

Fiche 15 : Enquête SUMER

Fiche 16 : ESCAPAD

2.1. FICHE 1 : CépiDc INSERM

CépiDc INSERM : causes de décès

Recueil des données :

Base de données élaborée par l'INSERM (CépiDc) à partir de la partie médicale des certificats de décès.

Données :

Causes de décès, codées depuis l'année 2000 selon la CIM10 (Classification Internationale des Maladies – version 10), par sexe et groupe d'âges.

Périodicité : annuelle

Niveau géographique : France, région, département, commune, arrondissement pour la ville de Lyon.

Accessibilité :

Données disponibles au niveau national, régional, départemental et grandes villes (Lyon) sur le site : www.cepidc.vesinet.inserm.fr. Les données selon d'autres découpages géographiques peuvent être commandées à l'INSERM. L'ORS Rhône-Alpes fait l'acquisition, tous les ans, de la base régionale.

Publications : *Réf. 25, 13*

Précisions, limites :

- Données domiciliées au lieu de résidence de la personne.
- Les statistiques des causes de décès sont présentées selon la cause initiale du décès, mais sont également mentionnés les états morbides ou physiologiques associés.
- Les données de mortalité ne sont pas très pertinentes pour refléter les pathologies mentales.

Quelques indicateurs

Etat de santé

- **Effectifs de décès par troubles mentaux et du comportement**, par sexe et par tranches d'âge, et taux comparatifs de mortalité – CIM10 : F00-F99 (troubles mentaux organiques, troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives, schizophrénie, troubles de l'humeur, autres troubles mentaux)
- **Effectifs de décès par suicide**, par sexe et par tranches d'âge, et taux comparatifs de mortalité – CIM10 : X60-X84, précision sur le mode de suicide
- **Nombre de décès**, par sexe et par tranche d'âge, et **taux comparatifs de mortalité pour les pathologies liées au tabac** (cancers trachée et bronches, bronchites chroniques, cardiopathies ischémiques) **et à l'alcool** (cirrhoses alcooliques, psychoses alcooliques, cancers des voies aéro-digestives supérieures)
- **Nombre de décès et taux comparatifs de mortalité prématurée (avant 65 ans) pour les pathologies liées au tabac et à l'alcool**

2.2. FICHE 2 : RIM-P

RIM-P : Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie

Recueil des données :

Tous les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de soins en psychiatrie font remonter, depuis le 1^{er} janvier 2007, auprès de l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation) des résumés par séquence (RPS) pour les prises en charge à temps complet et à temps partiel et des résumés d'activité ambulatoire (RAA) pour les prises en charge ambulatoires.

Données différentes selon la nature de la prise en charge :

à temps complet : durée du séjour, modes d'entrée et de sortie, mode légal d'hospitalisation, nombre de jours en isolement thérapeutique, niveau de dépendance physique et comportemental, diagnostics ou motifs de prise en charge

à temps partiel : nombre de venues dans la période, accompagnement thérapeutique en milieu scolaire, diagnostics ou motifs de prise en charge

ambulatoire : date, lieu et nature de l'acte, nombre et métiers des intervenants, diagnostics ou motifs de prise en charge

Des données socio-démographiques complémentaires sont recueillies sur le patient : précarité du domicile, mode de vie, situation scolaire ou professionnelle, prestation sociale...

Périodicité : annuelle – données au 31 décembre de chaque année

Niveau géographique : France, région, département, code postal du domicile du patient, secteur psychiatrique, établissement

Accessibilité :

Base nationale à l'ATIH, base régionale et par établissement à l'ARH Rhône-Alpes (demande à la CNIL), base établissement dans chaque établissement (exploitation sur demande auprès du médecin DIM)

Publications : Réf. 3, 20

Précisions, limites :

- 2007 étant la 1^{ère} année de saisie, la qualité des données n'est pas encore très bonne (20% de non-conformité sur le diagnostic principal dans les établissements publics et PSPH).
- Problème de codage (ou remplissage) du diagnostic principal et surtout du diagnostic associé (source de difficulté de repérage des tentatives de suicide qui ne peuvent être codées qu'en diagnostic associé).
- Pas de correspondance systématique entre le code postal et la commune.
- Problème de domiciliation des SDF et des patients hospitalisés sur le long terme, ces derniers étant domiciliés dans l'établissement de santé (comme les détenus au niveau des SMPR).

Quelques indicateurs

Etat de santé

- **Effectifs de patients accueillis par grand groupe diagnostic** (CIM10)

Consommation de soins

- **Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année** (file active) et taux pour 10 000 habitants du secteur
- **Taux d'hospitalisation sous contrainte** (HO Hospitalisation d'office, HDT Hospitalisation à la demande d'un tiers)
- **Nombre et % de journées d'isolement thérapeutique**

2.3. FICHE 3 : PMSI MCO

PMSI MCO : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

Recueil des données :

Le PMSI MCO (médecine chirurgie obstétrique) est un système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière de court séjour. Chaque séjour est décrit selon un certain nombre d'informations administratives et médicales. Les bases de tous les établissements de soins (publics et privés) sont centralisées et validées par la DREES.

Données :

Base de séjours hospitaliers, comportant des informations sur le patient (âge, sexe, code postal), sur les actes réalisés durant le séjour, sur le diagnostic principal et les diagnostics associés, codés selon la CIM10 (Classification Internationale des Maladies – version 10)

Périodicité : annuelle

Niveau géographique : France, région, département, bassin hospitalier, code postal du domicile du patient

Accessibilité :

Base régionale à l'ARH Rhône-Alpes (demande à la CNIL), base établissement dans chaque établissement (exploitation sur demande auprès du médecin DIM)

Publications : *Réf. 25, 13*

Précisions, limites :

- La mise en place du chaînage entre les séjours concernant un même patient permet de ne plus comptabiliser seulement des séjours (un patient peut être hospitalisé plusieurs fois dans l'année pour une même pathologie), mais des patients. On constate toutefois des problèmes de chaînage dans certains établissements, et l'ensemble des séjours n'est donc pas totalement chaîné.
- Les tentatives de suicide ne sont pas codées en diagnostic principal, l'exploitation des diagnostics associés est donc nécessaire, avec un risque de manque de remplissage de cet item.

Quelques indicateurs

Etat de santé

- **Nombre de séjours et nombre de patients hospitalisés dans l'année en court séjour pour tentatives de suicide**, et taux comparatifs
- **Nombre de séjours et nombre de patients hospitalisés dans l'année en court séjour pour des pathologies liées à l'alcool**, et taux comparatifs

2.4. FICHE 4 : ALD

ALD : admissions en Affection Longue Durée

Recueil des données :

Les bases des services médicaux des caisses d'assurance maladie recensent les admissions en ALD (Affection Longue Durée) de patients souffrant de certaines pathologies coûteuses, ce qui correspond pour ces patients à une exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100%).

Données :

Nouvelles admissions (dans l'année) pour chaque ALD, par sexe et par groupe d'âges. La liste des ALD, fixée par décret, comprend 30 pathologies, dont les affections psychiatriques de longue durée (ALD n° 23). Au sein de l'ALD n°23, il est possible de distinguer les pathologies selon le code CIM10 : retard mental (F70 à F73, F78, F79), troubles du développement (F80 à F84), troubles de la personnalité (F60), troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels (F92), psychose non organique (F29), dépression (F32), troubles anxieux (F41).

Périodicité : annuelle

Niveau géographique : France, région, département, code postal

Accessibilité :

Pour le régime général, le site ameli de la CNAMTS communique les données d'incidence (données annuelles) et de prévalence (dernières estimations disponibles 31/10/2004) par ALD au niveau départemental : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/index.php>.

Pour des données plus détaillées (CP, âge, sexe, code CIM10), et pour les autres régimes d'assurance maladie, les données doivent être demandées aux services médicaux des trois régimes : régime général (CPAM), régime agricole (MSA) et régime des indépendants (RSI).

Publications : Réf. 15, 77

Précisions, limites :

- Les données d'ALD ne correspondent pas à la véritable incidence des pathologies, des différences d'une région à une autre peuvent être liées à des différences de comportements des assurés ou de leur médecin traitant, ou encore aux avis des médecins conseils.
- Les données de prévalence (nombre de patients en ALD à un moment donné) sont peu calculées, seulement à l'occasion d'études spécifiques.

Quelques indicateurs

Etat de santé

- **Nombre d'admissions en Affection Longue Durée (ALD)** : ALD n° 23 « affections psychiatriques de longue durée » selon la pathologie (CIM10), par sexe et âge, et taux comparatifs.

2.5. FICHE 5 : SAE

SAE Statistique Annuelle des Etablissements

Recueil des données :

Enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France. Les données sont collectées par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Ministère chargé de la santé.

Données :

Capacité d'accueil des établissements (lits, places), personnels médicaux et non-médicaux, activité réalisée dans l'année (journées, venues, séances,...). Depuis l'année 2006, il existe un bordereau spécialisé en psychiatrie (Q09), qui apporte des informations supplémentaires, notamment sur les types de prises en charge, les files actives et les modes d'hospitalisation.

Périodicité : annuelle – données au 31 décembre de chaque année

Niveau géographique : France, région, département, commune, établissement

Accessibilité :

Données diffusées sur le site www.sae-diffusion.sante.gouv.fr, fichier régional localisé à la DRASS Rhône-Alpes (exploitations sur demande au service statistique)

Publications : Réf. 17, 3, 26, 21

Précisions, limites :

- Les données sont enregistrées par établissement, il n'est pas possible de connaître la domiciliation des patients.
- Le bordereau Q09 concerne tous les établissements de santé publics et privés délivrant des soins en psychiatrie, à l'exclusion des CCST (centres de soins spécialisés aux toxicomanes) et des CCAA (centres de cure ambulatoires en alcoologie).

Quelques indicateurs

Offre de soins

- **Nombre de lits ou places (ou nombre de structures) et taux d'équipement pour 10 000 h**, selon le type de psychiatrie (générale, infanto-juvénile,...) et selon le mode de prise en charge : prise en charge à temps complet, prise en charge à temps partiel, prise en charge ambulatoire (CMP,...)
- **Effectifs en ETP de personnels et taux pour 10 000 h** : personnels médicaux (psychiatres et médecins non psychiatres) et non-médicaux (infirmiers, aides-soignants, psychologues,...)

Consommation de soins

- **Nombre de journées** (pour le temps complet) **et de venues** (pour le temps partiel)
- **Nombre d'actes, soins et interventions** (pour l'ambulatoire)
- **Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année** (file active) : file active totale, file active exclusivement ambulatoire, file active hospitalisée à temps plein (et à temps plein depuis plus d'un an)
- **DMHa : Durée moyenne d'hospitalisation annuelle** (nb journées hospitalisation complète/file active hospitalisée à temps plein)
- **Nombre de patients selon le mode d'hospitalisation** : hospitalisation libre, hospitalisation d'office, hospitalisation à la demande d'un tiers – *Source : SAE – Fiche 5*

2.6. FICHE 6 : ADELI

ADELI : répertoire des professionnels de santé

Recueil des données :

Le répertoire ADELI recense tous les professionnels de santé en exercice, ceux-ci étant tenus de faire enregistrer leur diplôme auprès de la DDASS de leur département. Il doit évoluer vers un nouveau fichier : le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), qui rapprochera les fichiers de l'Etat, de la CNAMTS et des Ordres professionnels.

Données :

Ce répertoire concerne l'ensemble des professions médicales et paramédicales réglementées, à exercice libéral ou salarié.

Périodicité : mise à jour en continu

Niveau géographique : France, région, département, commune

Accessibilité :

Diffusion annuelle des chiffres nationaux et régionaux dans diverses publications de la DREES et, pour la région Rhône-Alpes au niveau départemental dans le Mémento Statiss de la DRASS Rhône-Alpes (<http://www.rhone-alpes.sante.gouv.fr/infostat/statiss/statiss2.htm>). Des exploitations à des niveaux plus fins (communes) peuvent être demandées au service Statistique de la DRASS.

Publications : Réf.26

Précisions, limites :

- Problèmes de mise à jour du fichier, liés aux omissions de déclarations des professionnels.
- Redressement du fichier au niveau de la DREES (Ministère chargé de la santé), en ce qui concerne les professionnels salariés.

Quelques indicateurs

Offre de soins

- **Nombre de médecins psychiatres libéraux et salariés exclusifs**, et densité pour 100 000 habitants

2.7. FICHE 7 : Enquête ARH/CRCSCM

Enquête ARH/CRCSCM sur les patients en hospitalisation inadéquate

Recueil des données :

Enquête menée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Rhône-Alpes dans le cadre du sous-groupe de la Commission régionale de concertation en santé mentale, dédié à l'articulation entre le sanitaire, le social et le médico-social.

Il s'agit d'une enquête se déroulant un jour donné auprès de tous les établissements de psychiatrie adulte de la région Rhône-Alpes.

Données :

Cette enquête recueille des données sur les patients « déclarés sortants » dans les établissements de soins en psychiatrie, c'est-à-dire les patients maintenus en service d'hospitalisation complète en psychiatrie faute de solutions adaptées d'aval. Les questions portent d'une part sur les caractéristiques des patients : parcours de soins, pathologies (CIM10), parcours social, capacité d'adaptation sociale (hygiène, alimentation, déplacements, autonomie psychique), capacité d'adaptation professionnelle, notification CDAPH, et d'autre part sur le parcours envisagé pour le patient. Questionnaire :

[http://www.parhtage.sante.fr/re7/rha/doc.nsf/VDoc/DEA5BF59EEF6E58BC12573BE0056D8AA/\\$FILE/CRC_SMarticenquete.doc](http://www.parhtage.sante.fr/re7/rha/doc.nsf/VDoc/DEA5BF59EEF6E58BC12573BE0056D8AA/$FILE/CRC_SMarticenquete.doc)

Périodicité : 1^{ère} enquête en 2004, 2^{ème} enquête en 2008, perspectives de renouvellement en 2009

Niveau géographique : Rhône-Alpes, département, établissement

Accessibilité :

Résultats disponibles à la DRASS et à l'ARH.

Publication : *Réf. 33*

Précisions, limites :

- 26 établissements sur 43 contactés ont répondu au questionnaire en 2008, mais tous les établissements sectorisés ont répondu (sauf le CHU de Grenoble) et 6 établissements non répondants n'étaient pas concernés par l'enquête (pas d'hospitalisation complète).
- L'enquête 2008 porte sur 851 personnes hospitalisées de façon inadéquate.
- Les données patient sont domiciliées.
- La périodicité de l'enquête n'est pas fixée.

Quelques indicateurs

Etat de santé

- **Répartition des patients hospitalisés en psychiatrie de manière inadéquate selon les pathologies**, les conduites addictives, les troubles du comportement
- **Répartition des patients hospitalisés en psychiatrie de manière inadéquate selon les capacités d'adaptation sociale**

Consommation de soins

- **Pourcentage de personnes hospitalisées en psychiatrie de manière inadéquate**

2.8. FICHE 8 : Réseau OSCOUR

Réseau OSCOUR (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences)

Le système de surveillance SurSaUD (Surveillance sanitaire des urgences et des décès), mis en place par l'InVS pour repérer très rapidement des événements sanitaires inhabituels et mesurer leur impact, rassemble cinq sources de données : les urgences hospitalières, le SAMU, les associations SOS Médecins, l'INSEE (décès état civil) et l'INSERM (CépiDc).

Concernant les urgences hospitalières, deux types de données sont transmis. Les données agrégées (essentiellement nombre de passages et nombre d'hospitalisations) sont transmises quotidiennement depuis 2004. La transmission des données individuelles correspondant à chaque passage aux urgences se met progressivement en place dans les régions. Le réseau OSCOUR concerne exclusivement les données individuelles.

Recueil des données :

Le réseau OSCOUR, issu d'une collaboration DHOS/InVS/SFMU, vise à instaurer une surveillance très réactive de l'activité des services d'urgence hospitaliers (publics et privés), grâce à la télétransmission quotidienne des données individuelles de passages aux urgences d'une part à l'ARH, d'autre part à l'InVS. Fin 2007 la télétransmission était effective dans 7 régions en France, elle devrait démarrer en Rhône-Alpes début 2009.

Données :

Base de données sur les passages aux urgences. Le RPU (Résumé de passage aux urgences) comporte des données sur le patient (sexe, âge, code postal, commune), sur le motif de recours, les diagnostics : principal et associés, les actes réalisés aux urgences, ainsi que des variables de prise en charge.

Périodicité : transmission quotidienne des données

Niveau géographique : France, Rhône-Alpes, département, service d'urgence hospitalier, code postal de domicile du patient

Accessibilité :

Base accessible en région via le serveur Oural de l'ARH Rhône-Alpes (données synthétisées) ou via la CIRE Rhône-Alpes (base de données complète de l'InVS), dès 2009.

Publications : *Réf. 14*

Précisions, limites :

- Une vingtaine d'établissements (publics et privés) de Rhône-Alpes doivent télétransmettre début 2009 (dont les CHU de Lyon et Grenoble) ; l'exhaustivité des données ne sera pas assurée au démarrage.
- La montée en charge des hôpitaux participant à la télétransmission est liée à l'informatisation des services d'urgences avec des logiciels compatibles avec le RPU. Pour l'instant seuls les établissements équipés du DMU télétransmettent.
- Système d'information davantage centré sur l'alerte que sur l'observation.

Quelques indicateurs

Etat de santé

- **Pourcentage des passages aux urgences hospitalières pour motif de recours lié à la santé mentale**, ou pour diagnostic psychiatrique, par sexe et âge du patient

2.9. FICHE 9 : RAPSY

RAPSY : Rapports d'activité de psychiatrie

Recueil des données :

Les RAPSY font suite aux rapports d'activité des secteurs psychiatriques. Il s'agit d'une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de psychiatrie sectorisés et non sectorisés (extension du champ à partir de l'enquête 2009). Les données sont collectées par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Ministère chargé de la santé.

Données :

Équipement des secteurs en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile : nombre de structures (lits ou places), personnels médicaux et non médicaux (plus détaillés à partir de 2009), activité (file active détaillée), organisation des soins (accueil en urgence, délais d'attente, unités de prises en charge spécifiques, psychiatrie de liaison). Le questionnaire est plus détaillé en 2009 sur l'organisation des soins et l'accès aux soins, ainsi que sur les différentes missions de l'établissement.

Périodicité : dernière enquête en 2003, prochaine enquête en 2009 sur l'activité 2008, puis à intervalles réguliers (4 ou 5 ans)

Niveau géographique : France, région, département, secteur psychiatrique, établissement

Accessibilité :

Fichier national à la DREES, fichier régional 2003 à la DRASS Rhône-Alpes. Disponibilité des prochaines données : fin 2009/début 2010.

Publications : Réf. 3, 22

Précisions, limites :

- Les données sont enregistrées par établissement, il n'est pas possible de connaître la domiciliation des patients.
- La nouvelle enquête (2009) comporte deux niveaux d'interrogation : établissement référent (données détaillées) et structure de soins (données simplifiées).
- Les données d'activité devraient disparaître avec la montée en charge du RIM-P.

Quelques indicateurs

Offre de soins

- **Nombre de lits ou places (ou nombre de structures) par secteur et taux d'équipement pour 10 000 habitants**, selon le mode de prise en charge : prise en charge à temps complet, prise en charge à temps partiel, prise en charge ambulatoire
- **Nombre de lits ou places des unités de soins dédiées à des prises en charge spécifiques** (unité mère-enfant, adolescents, patients agités ou difficiles, sujets âgés, troubles des conduites alimentaires, autisme et troubles envahissants du développement)
- **Effectifs en ETP de personnels par secteur et taux pour 10 000 habitants :** personnels médicaux (psychiatres et médecins non psychiatres) et non-médicaux (infirmiers, aides-soignants, psychologues...)

Consommation de soins

- **Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année** (file active), par sexe et par groupes d'âges, et **taux pour 10 000 habitants par secteur** (détails de la file active : nombre de patients vus pour la première fois au cours de l'année, vus une seule fois dans l'année, présents en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an)
- **Nombre de patients selon le mode d'hospitalisation :** hospitalisation libre, hospitalisation d'office, hospitalisation à la demande d'un tiers

2.10.FICHE 10 : Baromètre Santé

Baromètre Santé INPES

Recueil des données :

Enquête déclarative menée auprès d'un échantillon de la population française environ tous les 5 ans : 2000, 2005 (prochaine en 2009-2010). L'enquête menée par téléphone repose sur un échantillon aléatoire d'individus de 12 à 75 ans (13 685 individus en 2000, 30 514 individus en 2005).

Données :

Le questionnaire administré par téléphone comprend 400 questions en 2005, certaines questions ne concernant pas tous les individus. Les questions portent sur la santé perçue, les comportements de santé, le recours aux soins :

http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_Questionnaire.pdf

Questionnaires standardisés utilisés :

CIDI-SF (Composite international diagnostic interview – short form), Duke, Whoqol

Périodicité : environ tous les 5 ans

Niveau géographique : France, Rhône-Alpes

Accessibilité :

Fichier national à l'INPES, fichier régional à l'ORS Rhône-Alpes

Publications : Réf. 29, 30, 36, 34, 35, 39, 67, 68, 69

Précisions, limites :

- L'échantillon régional (3 167 individus) est redressé pour correspondre à la population régionale ; l'exploitation infrarégionale des données n'est pas possible.
- Sur certaines tranches d'âge le nombre d'individus interrogés est faible, les interprétations sont délicates.

Quelques indicateurs

Etat de santé

- **Pourcentage de personnes ayant présenté un épisode dépressif caractérisé** durant l'année précédant l'entretien, selon le sexe et l'âge
- **Pourcentage de personnes ayant eu des idées suicidaires** au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge
- **Pourcentage de personnes ayant fait des tentatives de suicide** au cours de leur vie ou au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge
- **Scores de qualité de vie** de Duke (de 0 à 100), selon le sexe : score de santé mentale, score d'estime de soi, score d'anxiété, score de dépression

Consommation de soins

- **Pourcentage de personnes ayant eu recours à des services de santé ou à des professionnels pour raison de santé mentale** durant l'année précédant l'entretien, selon le sexe et l'âge

Addictions

- **Pourcentage des personnes de 15 à 75 ans connaissant des ivresses répétées** (au moins 3 fois dans les 12 derniers mois) **et des ivresses régulières** (au moins 10 fois dans les 12 derniers mois), par sexe et tranche d'âge
- **Pourcentage des personnes de 15 à 75 ans consommant 6 verres ou plus en seule fois** dans le mois
- **Pourcentage de personnes de 15 à 75 ans à risque de dépendance à l'alcool** (test DETA)

- **Pourcentage de buveurs « à risque ponctuel »** (consommation de 6 verres ou plus en seule fois dans le mois), à « **risque chronique** » (consommation régulière excessive – supérieure à 3 verres par jour en moyenne chez l’homme et 2 pour une femme – et supérieure à 6 verres dans la semaine), à « **risque de dépendance** » (consommation supérieure à 48 heures par semaine ou supérieure à 6 verres quotidienne) (test AUDIT-C)
- **Pourcentage des fumeurs réguliers chez les personnes de 15 à 75 ans**, par sexe et tranche d’âge
- **Pourcentage de consommateurs réguliers de cannabis chez les personnes de 15 à 75 ans**, par sexe et tranche d’âge

2.11.FICHE 11 : Enquête Kovess

Enquête Kovess « santé mentale »

Enquête ponctuelle financée par le Ministère chargé de la santé et réalisée par une équipe de chercheurs (MGEN, Université Paris V), dont l'objectif était de tester un modèle de relation entre les indicateurs de santé mentale et des indicateurs sociaux dans un but d'amélioration de l'allocation de ressources en santé mentale.

Recueil des données :

Enquête déclarative menée en 2005 dans 4 régions (Haute-Normandie, Ile-de-France, Lorraine et Rhône-Alpes) auprès d'échantillons représentatifs des populations régionales. L'enquête menée par téléphone repose sur un échantillon aléatoire d'individus de 18 ans et plus (5 033 individus en Rhône-Alpes).

Données :

Le questionnaire administré par téléphone comporte des questions sur : les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé perçu, les troubles de l'usage d'alcool ou de drogues, le réseau social, le retentissement fonctionnel des troubles dans la vie quotidienne, le recours aux soins. A partir de ces données, sont déterminés deux niveaux de besoin de soin : un besoin de soin en santé mentale et un besoin de soin en psychiatrie. Ces besoins peuvent être déclinés selon l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, le niveau scolaire, la situation professionnelle, le niveau de revenus, l'attribution d'allocations liées aux minima sociaux.

Questionnaires standardisés utilisés :

CIDI-SF (Composite international diagnostic interview – short form), Echelle de Sheehan, CAGE, MOS-SF-36, Mastery, échelle d'Andrew, échelle de Vita (sous-échelle du MOS-SF-36), instrument de soutien affectif Santé-Canada.

Périodicité : enquête ponctuelle, non renouvelée

Niveau géographique : Rhône-Alpes, territoires de santé (6 dans la région), territoires de proximité (13 dans la région) et 3 autres régions

Accessibilité :

Les résultats de l'enquête en Rhône-Alpes ont été transmis à la DRASS Rhône-Alpes et au GFEP Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique).

Publication : Réf. 37

Précisions, limites :

- Les tailles d'échantillon sont faibles sur certains territoires.

Quelques indicateurs

Etat de santé

- **Pourcentage de personnes souffrant d'une détresse psychologique**
- **Pourcentage de personnes souffrant d'une gêne ressentie en lien avec un trouble psychologique**
- **Pourcentage de personnes présentant un absentéisme pour un problème de santé mentale**
- **Pourcentage de personnes présentant un ou plusieurs diagnostics psychiatriques (DSM IV)**
- **Pourcentage de personnes présentant un besoin de soins en santé mentale**
- **Pourcentage de personnes présentant un besoin de soins en psychiatrie**
- **Pourcentage de personnes ayant un problème de consommation d'alcool ou de drogue**

Consommation de soins

- **Pourcentage de personnes ayant eu un recours l'année passée auprès des différents intervenants du système de soins**

2.12.FICHE 12 : SAMOTRACE

Programme Samotrace (Santé mentale Travail Rhône-Alpes Centre)

Initié par l'Institut de Veille Sanitaire et fonctionnant actuellement dans deux zones pilotes, régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes et région Rhône-Alpes, le programme Samotrace a pour objectif de mettre en place un système national pérenne de surveillance de la santé mentale en lien avec le travail.

Recueil des données :

Deux départements concernés dans la région : le Rhône et l'Isère. Le programme comporte 3 volets :

- un volet « épidémiologie en entreprise » : recueil au cours de la visite périodique de médecine du travail, à partir d'un auto-questionnaire rempli en salle d'attente, complété par un questionnaire administré par le médecin. Participation volontaire des médecins du travail (secteurs privé et public). Les salariés enquêtés sont tirés au sort (environ 5 000 questionnaires attendus).
- un volet « médico-administratif » : recueil auprès du salarié par le médecin conseil lors de la visite concluant à l'attribution de pension d'invalidité.
- un volet « recueil de monographies » : analyse qualitative de situations de souffrance mentale ou de décompensation psychopathologique sur le lieu de travail.

Données :

Volet « épidémiologie en entreprise » : variables sociodémographiques et personnelles (événements de vie, soutien social), variables professionnelles (emploi actuel, conditions organisationnelles), facteurs psychosociaux au travail, santé mentale, antécédents médicaux.

Volet médico-administratif : mises en invalidité pour troubles psychiatriques par motif, données professionnelles : dernier emploi exercé et emploi le plus souvent exercé au cours de la vie professionnelle.

Questionnaires standardisés utilisés :

General Health Questionnaire (GHQ-28 en région Centre, GHQ-12 en Rhône-Alpes), MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) en Rhône-Alpes, questionnaire de Karasek, questionnaire de Siegrist en région Centre

Périodicité : Enquête menée sur deux ans, entre 2007 et 2009 selon les volets. Objectif de renouvellement afin de pérenniser un système de surveillance.

Niveau géographique : départements du Rhône et de l'Isère

Accessibilité :

Données sur le site de l'InVS au fur et à mesure de l'avancée du programme. Les résultats du volet « épidémiologie » sont prévus fin 2009.

Publications : présentation [Réf. 50], résultats intermédiaires du volet médico-administratif [Réf. 48]

Commentaires, limites :

- L'échantillon des médecins du travail volontaires doit être proche de la structure d'activité économique des départements pour avoir une bonne représentation de tous les secteurs d'activités.

Quelques indicateurs

Etat de santé

- **Pourcentage de salariés en situation de mal-être** (GHQ), selon la PCS et le secteur d'activité
- **Pourcentage de salariés souffrant de troubles dépressifs et anxieux** (MINI), selon la PCS et le secteur d'activité
- **Pourcentage de salariés consommant des psychotropes**, selon la PCS et le secteur d'activité
- **Répartition des diagnostics des mises en invalidité pour troubles psychiatriques**, selon la PCS et le secteur d'activité

Expositions professionnelles

- **Pourcentage de salariés exposés à certaines contraintes psychosociales** (violence, discrimination, horaires atypiques, forte demande psychologique, faible latitude professionnelle), selon la PCS et le secteur d'activité

2.13.FICHE 13 : Enquête ES

Enquête ES « Etablissements Sociaux et médico-sociaux pour personnes handicapées »

Recueil des données :

Enquête statistique exhaustive auprès des établissements sociaux et médico-sociaux installés en France. Les données sont collectées tous les 4 ou 5 ans par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Ministère chargé de la santé.

Etablissement pour adultes : établissements d'hébergement (foyers d'hébergement, maisons d'accueil spécialisées, foyers de vie, foyers d'accueil médicalisé, foyers d'accueil polyvalents), établissements de travail protégé (ESAT ex CAT), établissements et services de réinsertion professionnelle, établissements d'accueil temporaire, établissements expérimentaux, services de maintien à domicile (SAVS et SAMSAH)

Etablissements pour enfants et adolescents : instituts médico-éducatifs, instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, établissements pour enfants polyhandicapés, établissements pour déficients moteurs, instituts pour déficients sensoriels, établissements d'accueil temporaire, établissements expérimentaux, SESSAD, CMP, CAMSP.

Données :

Données sur l'activité des établissements et des services, sur les caractéristiques du personnel, sur celles des personnes accueillies et sur celles des personnes ayant quitté la structure au cours de l'année. Les personnes souffrant d'un handicap psychique peuvent être accueillies dans des établissements très divers. Les données d'activité et de personnel de l'ensemble des établissements ne sont donc pas spécifiques du handicap psychique. Seules les données sur les personnes accueillies permettent de distinguer : la pathologie à l'origine du handicap (autisme, psychose, trisomie, accident...), la déficience principale et les déficiences associées (déficiences intellectuelles, déficiences du psychisme, du langage et de la parole, polyhandicap...), les incapacités.

Périodicité : Tous les 4 à 5 ans. Dernière enquête au 31 décembre 2006.

Niveau géographique : France, régions, départements, établissement

Accessibilité :

Fichier régional localisé à la DRASS Rhône-Alpes (exploitations sur demande au service statistique sous réserve de faisabilité technique et de respect du secret statistique)

Publications : par la DREES des résultats nationaux [Réf. 53, 52 57, 58], et par la DRASS de quelques résultats régionaux [Réf. 81,82]

Précisions, limites :

- Les données sont enregistrées par établissement, il est également possible de connaître l'origine géographique (département) des personnes accueillies.
- L'enquête ne recueille que peu d'information sur les enfants accueillis dans les CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques) et les CAMSP (centres d'action médico-sociale précoce) qui reçoivent un questionnaire simplifié spécifique.

Quelques indicateurs

Etat de santé

- **Nombre d'enfants et d'adultes accueillis dans les établissements et services médico-sociaux pour une pathologie du psychisme** (autisme, psychose)
- **Nombre d'enfants et d'adultes accueillis dans les établissements et services médico-sociaux pour une déficience psychique** (déficiences intermittentes de la conscience, troubles de la conduite et du comportement, troubles graves de la personnalité, troubles psychologiques ou relationnels)

2.14.FICHE 14 : Enquête HID/HSM

Enquête HID (Handicap Incapacité Dépendance) / Enquête HSM (Handicap Santé Ménages)

Recueil des données :

Réalisée par l'INSEE entre 1998 et 2001, l'enquête nationale HID a comporté 4 vagues de collecte : deux (1998-2000) auprès des personnes en institutions socio-sanitaires ou psychiatriques, deux (1999-2001) auprès des personnes vivant à domicile. L'enquête a compris 3 phases : une phase de filtrage des personnes en incapacité (400 000 personnes interrogées lors du recensement de population), une phase d'enquête approfondie auprès de 20 000 personnes à domicile et 15 000 en institutions, un second passage deux ans plus tard, destiné à mesurer l'évolution des situations.

En 2008, l'enquête nationale HSM reprend des éléments de l'enquête HID et s'intéresse aux attentes des personnes handicapées ou dépendantes en matière d'hébergement et d'insertion professionnelle. 2 900 personnes ont été interrogées en 2008 en Rhône-Alpes, dont 2 200 dans le Rhône (extension départementale commandée par le Conseil général du Rhône).

Données :

Le questionnaire HID permettait de décrire les déficiences (dont les déficiences intellectuelles ou mentales), les incapacités, les désavantages. Il recueillait également de données sur le sexe, l'âge, et la catégorie socioprofessionnelle des personnes. Le questionnaire HSM décrit les pathologies à l'origine du handicap (dont les maladies psychiques ou mentales), les déficiences (dont psychiques), les difficultés fonctionnelles (dont psychiques, intellectuelles et mentales), par sexe et par âge.

Périodicité : enquête ponctuelle (1998-2001), nouvelle enquête en 2008

Niveau géographique :

HID : France, des estimations ont été réalisées à partir des données nationales pour la Loire (par l'INSEE), et pour l'ensemble de la région Rhône-Alpes (par l'ORS Rhône-Alpes)

HSM : France, avec une extension sur le département du Rhône

Accessibilité :

Fichier régional HID à l'INSEE et à la DRASS, fichier HSM du Rhône au Conseil général du Rhône

Publications : par l'INSEE des résultats nationaux [Réf. 61] et des estimations locales (Loire) [Réf. 62], et par la DRASS et l'ORS de quelques résultats pour la région Rhône-Alpes [Réf. 59]

Précisions, limites :

- Peu de données sont exploitées à un niveau régional ou départemental.
- Il s'agit de données déclaratives des personnes interrogées.

Quelques indicateurs

Etat de santé

- **Pourcentage de personnes atteintes de déficiences intellectuelles ou mentales**, par tranche d'âge, parmi les personnes vivant à domicile (HID)
- **Pourcentage de personnes atteintes de maladies psychiques, de déficiences psychiques et de difficultés fonctionnelles d'ordre psychique**, par sexe et tranche d'âge, parmi les personnes vivant à domicile (HSM)

2.15.FICHE 15 : SUMER

Enquête SUMER (Surveillance médicale des risques professionnels)

Cette enquête, copilotée par la DARES et la DGT (Inspection Médicale du Travail), et réalisée par les médecins du travail, décrit les contraintes organisationnelles, les expositions professionnelles de type physique, biologique et chimique auxquelles sont soumis les salariés.

Recueil des données :

L'enquête couvrait en 2003 l'ensemble des salariés suivis par la médecine du travail du régime général, de la MSA, de la fonction publique hospitalière, ainsi que : EDF-GDF, La Poste, SNCF, Air France. En 2009, le champ est élargi à la fonction publique d'Etat et territoriale. Les médecins du travail volontaires remplissent, avec les salariés tirés au sort, un questionnaire (en 2003 : 49 984 salariés enquêtés, échantillon représentatif de 80% des salariés français). Un auto-questionnaire est également rempli par un salarié répondant sur deux.

Données :

Questionnaire : caractéristiques de l'employeur et du salarié, contraintes organisationnelles et relationnelles, ambiances et contraintes physiques, expositions aux agents biologiques, agents chimiques. Auto-questionnaire du salarié (2003) : ressenti sur sa situation de travail (Karasek), estimation de son état de santé et lien entre santé et situation de travail, situations de harcèlement moral au travail.

Questionnaire SUMER 2009 :

http://www.travail-solidarite.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-dares/statistiques/sante-au-travail/enquetes/IMG/pdf/QUESTIONNAIRE_sumer_2009_20_pages_avec_label.pdf

Auto-questionnaire SUMER 2009 :

http://www.travail-solidarite.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-dares/statistiques/sante-au-travail/enquetes/IMG/pdf/AUTOQUESTIONNAIRE_4_pages_.pdf

Questionnaires standardisés utilisés en 2009 :

Modèle de Karasek, General Health Questionnaire (GHQ-12), modèle de Siegrist

Périodicité : 1994, 2003, 2009

Niveau géographique : France, région (si représentativité suffisante)

Accessibilité :

Données diffusées sur le site du Ministère chargé du travail. Base régionale à la DRTEFP.

Publications : Réf. 49, 47, 74

Précisions, limites :

- Pas d'exploitation systématique régionale des résultats en 2003. En 2009, l'exploitation de l'échantillon régional dépendra de la participation des médecins du travail (20 à 25% attendus) et de leur représentativité de la structure économique de la région.

Quelques indicateurs

Etat de santé

- **Pourcentage de salariés s'estimant en bonne santé**, par sexe, par groupe d'âge, par PCS, par fonction exercée, par secteur d'activité de l'entreprise

Facteurs psycho-sociaux au travail

- **Pourcentage de salariés exposés au « job strain »** (tension au travail) - situation où la demande psychologique est forte et la latitude décisionnelle faible -, par sexe, par groupe d'âge, par PCS, par fonction exercée, par secteur d'activité de l'entreprise

2.16.FICHE 16 : ESCAPAD

ESCAPAD **(Enquête sur la santé et les consommations** **lors de la journée d'appel et de préparation à la défense)**

Recueil des données :

Mise en œuvre par l'OFDT depuis 2000 en partenariat avec la Direction du Service National (DSN), l'enquête déclarative ESCAPAD s'adresse à l'ensemble des jeunes présents lors d'une Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD). Une fois par an, dans toute la France, les jeunes qui participent à cette journée répondent à un questionnaire auto-administré anonyme centré sur leurs consommations de substances psycho-actives. Ces adolescents, majoritairement âgés de 17 ans, sont de nationalité française.

Données :

L'enquête renseigne les évolutions en termes de consommation de produits psycho-actifs (alcool, tabac, cannabis, autres produits) chez les jeunes de 17 ans et sur les niveaux d'usage (expérimentation, usage récent, régulier, quotidien).

Questionnaire 2005 : http://www.ofdt.fr/BDD/Bd_stats/Questionnaires_rep/Escapad2005.pdf

Périodicité : enquêtes en 2000, 2001, 2002, 2003, 2005, 2008 (en cours d'exploitation)

Niveau géographique : France, région

Accessibilité :

Quelques données 2005 sont disponibles sur le site de l'OFDT :

- France : http://www.ofdt.fr/BDD_len/Bd_stats/69_Doc.xhtml (pour l'alcool),
http://www.ofdt.fr/BDD_len/Bd_stats/36_Doc.xhtml (pour le tabac),
http://www.ofdt.fr/BDD_len/Bd_stats/4_Doc.xhtml (pour les drogues illicites)
- Rhône-Alpes : http://www.ofdt.fr/BDD_len/ESCAPAD/2005_RHONE_ALPES.xhtml

Publications : Réf. 70, 71, 72, 63

Précisions, limites :

- La taille de l'échantillon régional Rhône-Alpes (1 774 individus) ne permet pas en 2005 une exploitation sur tous les départements (seulement 69 et 74). En 2002-2003, l'exploitation groupée des deux années avait permis une analyse pour 6 départements de la région (01, 26, 38, 42, 69, 74). Les résultats départementaux 2002-2003 sont diffusés sur le site PIEROS : www.pieros.org (base d'études, organisme : OFDT).

Quelques indicateurs

Addictions

- **Pourcentage des jeunes de 17 ans connaissant des ivresses répétées**, par sexe
- **Pourcentage des fumeurs réguliers chez les jeunes de 17 ans**, par sexe
- **Pourcentage de consommateurs réguliers de cannabis chez les jeunes de 17 ans**, par sexe

ANNEXES

ANNEXE 1 : Glossaire des sigles utilisés

ANNEXE 2 : Bibliographie

ANNEXE 3 : Baromètre « santé mentale » des Villes-santé OMS de l'Arc alpin

ANNEXE 4 : Sources d'information par niveau géographique

ANNEXE 5 : Coordonnées des organismes ressources

ANNEXE 1 : GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES

ALD : Affection longue durée
ANCREAL : Association nationale des Centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AUDIT : Alcohol use disorder identification test
BDSDS : Bilan de santé évaluation du développement pour la scolarité
CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
CAST : Cannabis abuse screening test
CAT : Centre d'aide par le travail
CCAA : Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CDAPH : Commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées
CED-D : Center of epidemiologic studies depression scale
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CETAF : Centre technique d'appui et de formation, des Centres d'examens de santé
CHU : Centre hospitalier universitaire
CIDI-SF : Composite international diagnostic interview – Short form
CIF : Classification internationale du fonctionnement, de la santé et du handicap
CIM10 : Classification internationale des maladies - version 10
CIRE : Cellule inter régionale d'épidémiologie
CMP : Centre médico-psychologique
CMU : Couverture maladie universelle
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COSRA : Club de l'observation sociale Rhône-Alpes
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie
CREAI : Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
CRCSM : Commission régionale de concertation en santé mentale
CSST : Centre de soins spécialisés aux toxicomanes
DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DETA (CAGE) : "Diminuer, Entourage, Trop et Alcool" ("Cut off, Annoyed, Guilty, Eye-opener")
DGT : Direction générale du travail
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIM : Département d'information médicale
DIS : Diagnostic interview schedule
DISSA : Diagnostic interview schedule self-administred
DMHA : Durée moyenne d'hospitalisation annuelle
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRTEFP : Direction régionale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle
DSM-IV : Diagnostic and statistical manual of mental disorders - 4^{ème} version

ELSA : Equipe de liaison en addictologie
 EPICES : Evaluation de la précarité et des inégalités dans les Centres d'examens de santé (score)
 ES : Etablissements sociaux et médico-sociaux (enquête)
 ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail
 ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel et de préparation à la défense
 ETP : Equivalent temps plein
 FNPEIS : Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
 GEVA : Guide d'évaluation multidimensionnelle
 GFEP – Groupe français d'épidémiologie psychiatrique
 GHQ : General health questionnaire
 HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers
 HID : Enquête handicap incapacité dépendance
 HO : Hospitalisation d'office
 HSM : Enquête handicap santé ménages
 ILIAD : Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions
 INPES : Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé
 INSA : Institut national des sciences appliquées
 INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
 INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
 InVS : Institut de veille sanitaire
 IVG : Interruption volontaire de grossesse
 LMDE : La Mutuelle des étudiants
 MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
 MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
 MGEN : Mutuelle générale de l'éducation nationale
 MHAVIE : Mesure des habitudes de vie
 MINI : Mini international neuropsychiatric interview
 MNASM : Mission nationale d'appui en santé mentale
 MOS-SF : Medical outcome study short form
 MSA : Mutualité sociale agricole
 OCRTIS : Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants
 OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
 OMS : Organisation mondiale de la santé
 ORS : Observatoire régional de la santé
 OSCOUR : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
 OURAL : Observatoire des urgences Rhône-Alpes
 PAEJ : Point d'accueil et d'écoute jeunes
 PCS : Professions et catégories socio-professionnelles
 PMSI : Programme médicalisé des systèmes d'information
 PPH : Processus de production du handicap
 PSPH : participant au service public hospitalier (établissement)
 RAA : Résumé d'activité ambulatoire
 RAPSY : Rapports d'activité de psychiatrie
 RHEOP : Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal (Isère)
 RIM-P : Recueil d'information médicalisée en psychiatrie
 RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé
 RPU : Résumé de passage aux urgences
 SAE : Statistique annuelle des établissements
 SAMOTRACE : Santé mentale travail Rhône-Alpes Centre (enquête)
 SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
 SAMU : Service d'aide médicale urgente
 SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SDF : Sans domicile fixe
SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SFMU : Société francophone de médecine d'urgence
SIAMOIS : Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution
SMPG : Santé et maladie en population générale (enquête)
SMPR : Service médico-psychologique régional au sein d'un établissement pénitentiaire
SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire
SUMER : Surveillance médicale des risques professionnels (enquête)
SURSAUD : Surveillance sanitaire des urgences et des décès
UNAFAM : Union nationale des amis et familles de malades psychiques
URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie
WART : Work addiction risk test
WHO-DAS : World health organization disability assessment schedule
WHOQOL : World health organisation quality of life

ANNEXE 2 : BIBLIOGRAPHIE

1. Numéro thématique : La santé mentale en France, surveillance et enjeux. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 35-36, 23 sept. 2008, 313-328. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/beh/2008/35_36/beh_35_36_2008.pdf>
2. COLDEFY (M.)/coord. La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques. La Documentation Française, 2007, 314p. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/drees/santementale/santementale.htm>>
3. COLDEFY (M.). L'actualité des sources statistiques en psychiatrie. *La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques*. La Documentation Française, 2007, p. 267-281. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/drees/santementale/4-2.pdf>>
4. Psychiatrie et santé mentale : 2005-2008. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 2005, 98p. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sante_mentale/plan_2005-2008.pdf>
5. FERNANDEZ (L.), AULAGNIER (M.), BONNET (A.). Module VI. Outils psychométriques. *Démarches épidémiologiques après une catastrophe*. La Documentation Française, 2005, 265p. Annexe disponible sur <http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epidemiologie_catastrophes/module6.pdf>
6. LOVELL (A.). Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale. Institut de Veille Sanitaire (InVS), 2005, 57p. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/publications/2005/sante_mentale_110105/etude_santementale.pdf>
7. BOUVARD (M.), COTTRAUX (J.). Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. Masson, *Pratiques en psychologie*, 2005, 4^{ème} éd., 327p.
8. CASES (C.), SALINES (E.). Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage. *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 1, janv.-mars 2004, p.181-204. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/drees/rfas/rfas200401/200401-art11.pdf>>
9. KOVLESS-MASFETY (V.). Les indicateurs de santé mentale. *Actualité et Dossier en santé publique*, n° 42, mars 2003, p53-57. Disponible sur <<http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/adsp/adsp-42/ad425357.pdf>>
10. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale. OMS, *Aide-mémoire*, n° 220, nov. 2001. Disponible sur <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/print.html>>
11. KOVLESS (V.), LESAGE (A.), BOISGUERIN (B.) et al. Planification et évaluation des besoins en santé mentale. Médecin-Sciences Flammarion, 2001, 209p.
12. Le livre blanc des partenaires de santé mentale en France. UNAFAM, 2001, 64p. Disponible sur <<http://www.unafam.org/telechargements/LivreBlancSanteMentale.pdf>>
13. GUYE (O.), DRENEAU (M.), SONKO (A.) et al. Indicateurs territoriaux pour la santé publique en Rhône-Alpes. Plan régional de santé publique. ORS Rhône-Alpes, GRSP Rhône-Alpes, déc. 2008, 192p. Disponible sur <<http://www.balises-rhone-alpes.org/indicateurs-territoriaux>>
14. ILEF (D.), CAILLERE (N.), JOSSERAN (L.). Surveillance des urgences. Réseau Oscour (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences). Résultats nationaux 2004/2008. Institut de Veille Sanitaire, déc. 2008, 8p. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/publications/2008/plaquette_oscour_161208/plaquette_oscour_161208.pdf>
15. CARIDADE (G.), VALLIER (N.), JOUSSELME (C.) et al. Les maladies chroniques psychiatriques et neurologiques des enfants et adolescents en France : prévalence des affections de longue durée en 2004. *Points de Repère*, n° 18, sept. 2008, 8p. Disponible sur <http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/pt_repere_18.pdf>
16. DAUPHINOT (V.), DUPRE (C.), GUEGUEN (R.), NAUDIN (F.). Géographie de la santé dans les Centres d'examen de santé. Données régionalisées 2005. CETAF, 2008, 88p.

17. BOURGOIN (F.), JASON (F.). Mesure de l'activité en psychiatrie. Une nouveauté dans la SAE ! *ARH Info*, n° 47, mai 2008, p. 8-9. Disponible sur [http://www.parhtage.sante.fr/re7/rha/doc.nsf/VDoc/D396729BF06D9E36C1257455002E152C/\\$FILE/arhinfo47.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/rha/doc.nsf/VDoc/D396729BF06D9E36C1257455002E152C/$FILE/arhinfo47.pdf) >
18. JASON (Florence). Prise en charge psychiatrique en Rhône-Alpes en 2005 - ou La consommation de soins dits de psychiatrie. *ARH Info*, n° 46, mars 2008, p. 8-10. Disponible sur [http://www.parhtage.sante.fr/re7/rha/doc.nsf/VDoc/28E7C02B93B5F60AC125740F0056F43F/\\$FILE/arhinfo46.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/rha/doc.nsf/VDoc/28E7C02B93B5F60AC125740F0056F43F/$FILE/arhinfo46.pdf) >
19. Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH). Les indicateurs en psychiatrie : analyse de l'activité, mesure de l'efficacité. Ministère de la Santé, 2008, 96p. Disponible sur http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/indicpsyscomplet.pdf >
20. PIEGAY (C.), GODEL (P.F.), ZAROGOZA (C.). Les hospitalisations sans consentement en psychiatrie. Les patients hospitalisés au Centre Hospitalier du Vinatier (69). *La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques*. La Documentation Française, 2007, p. 233-248. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/santementale/3-6c.pdf> >
21. DRASS Rhône-Alpes, CRAM Rhône-Alpes. SAE 2006 - Fiches de synthèse des bassins hospitaliers. DRASS, nov. 2007, 13 vol. Disponible sur <http://www.rhone-alpes.sante.gouv.fr/infostat/saebassin06/accueil1.htm>>
22. COLDEFY (M.), LEPAGE (J.). Les secteurs de psychiatrie générale en 2003. DREES, *Document de travail – Série Etudes*, n° 70, nov. 2007, 125p. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud70.pdf> >
23. AULAGNIER (M.), BERARD (C.), BOCQUIER (A.) et al. Tableau de bord sur la santé mentale à Marseille. ORS PACA, 2007, 227p. Disponible sur <http://www.orspaca.org/depot/pdf/07-R2.pdf> >
24. MONTIGNY (J.C.), CATON (J.), DUBURCQ (A.) et al. Etude de la démographie médicale dans la région Rhône-Alpes : enquête auprès des psychiatres. URML, 2006, 50p.
25. MOUQUET (M.C.), BELLAMY (V.). Suicides et tentatives de suicide en France. *Etudes et Résultats*, n° 488, mai 2006, 8p. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er488/er488.pdf> >
26. COLDEFY (M.). Les disparités départementales de prise en charge de la santé mentale en France. *Etudes et Résultats*, n° 443, nov. 2005, 12p. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er443/er443.pdf> >
27. Direction générale de l'action sociale, Direction générale de la santé. Circulaire DGS-DGAS n° 2002/145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes. *Bulletin Officiel du Ministère de l'emploi et de la solidarité*, n° 2002-13, 2002, 17p. Disponible sur <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-13/a0131261.htm>>
28. DUMONT (M.B.). Enquête épidémiologique concernant les suicides et tentatives de suicide chez les étudiants à Lyon en 1999. Université de Lyon 1, thèse de médecine, 2000, 115p.
29. SAPINHO (D.), CHAN-CHEE (C.), BRIFFAULT (X.) et al. Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale : apports et limites des outils. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 35-36, 23 sept. 2008, p. 314-317. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2008/35_36/beh_35_36_2008.pdf >
30. BRIFFAULT (X.), MORVAN (Y.), GUILBERT (P.) et al. Evaluation de la dépression dans une enquête en population générale. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 35-36, 23 sept. 2008, p. 318-321. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2008/35_36/beh_35_36_2008.pdf >
31. ROUSTIT (C.), CADOT (E.), RENAHY (E.) et al. Les facteurs biographiques et contextuels de la dépression : analyses à partir des données de la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 35-36, 23 sept. 2008, p. 321-325. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2008/35_36/beh_35_36_2008.pdf >
32. MORIN (T.). Episodes dépressifs : des situations multiples. *Etudes et Résultats*, n° 661, oct. 2008, 6p. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er661.pdf> >

33. JASON (F.). Qu'en est-il des hospitalisations inadéquates en Rhône-Alpes ? Résultats de l'enquête. *ARH Info*, n°48, sept. 2008, p. 39-40. Disponible sur
<[http://www.parhage.sante.fr/re7/rha/doc.nsf/VDoc/545E59E102C059A3C12574BF004671C3/\\$FILE/arhinfo48.pdf](http://www.parhage.sante.fr/re7/rha/doc.nsf/VDoc/545E59E102C059A3C12574BF004671C3/$FILE/arhinfo48.pdf)>
34. GREGORY (M.), AQUAVIVA (E.), AUBRON (V.) et al. Suicides : mieux comprendre, pour prévenir avec plus d'efficacité. *Baromètre santé 2005*. Editions INPES, 2007, p. 486-506. Synthèse disponible sur
< <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/syntheses/suicide.asp> >
35. GAUTIER (A.), KUBIAK (C.), COLLIN (J.F.). Qualité de vie : une évaluation positive. *Baromètre santé 2005*. Editions INPES, 2007, p. 44-64. Synthèse disponible sur
<<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/syntheses/qualite.asp>>
36. MORVAN (Y.), PRIETO (A.), BRIFFAULT (X.) et al. La dépression : prévalence, facteurs associés et consommations de soins. *Baromètre santé 2005*. Editions INPES, 2007, p. 458-485. Synthèse disponible sur
<<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/syntheses/depression.asp>>
37. LE BRETON -LEROUVILLOIS (G.), GILBERT (F.), KOVÉSS-MASFETY (V.). Les indicateurs nécessaires à la planification en santé mentale et en psychiatrie : résultats d'une enquête épidémiologique en Haute-Normandie, Ile-de-France, Lorraine et Rhône-Alpes. Mutuelle Générale de l'Education Nationale. (M.G.E.N.), Ministère de l'emploi du travail et de la cohésion sociale, Université de Paris 5 René Descartes, 2007, 160p.
38. LAPERROUSE (P.). Les habitants de Vénissieux et leur santé. *La Lettre de la DRASS*, n° 2007-07L, nov. 2007. Disponible sur
< http://www.rhone-alpes.sante.gouv.fr/infostat/acrobat/fichier_venissieux.pdf >
39. LEROUX (I.), MORIN (T.). Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale. *Etudes et résultats*, n° 545, déc. 2006, 7p. Disponible sur
<<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er545/er545.pdf>>
40. CHAPIREAU (F.). Les recours aux soins spécialisés en santé mentale. *Etudes et résultats*, n° 533, nov. 2006, 8p. Disponible sur
< <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er533/er533.pdf> >
41. BELLAMY (V.), ROELANDT (J.L.), CARIA (A.). Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Etudes et Résultats*, n° 347, oct. 2004, 12p. Disponible sur
< <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er347.pdf>>
42. ZORMAN (M.), GUILLOT (A.M.), BEZAZ SABRI (O.) et al. La santé des étudiants à l'entrée à l'Université. Centre de santé Grenoble Universités, 2007, 20p. Disponible sur
<http://www.grenoble-universites.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?CODE_FICHER=1211361983621&ID_FICHE=3899>
43. MONTEIL (J.M.) / préf., DELAFOSSE (M.) / préf. La santé des étudiants 2005-2006 : enquête nationale et synthèses régionales. La mutuelle des étudiants (LMDE), 2006, 299p.
44. GRUAZ (D.), GUYE (O.), MIACHON (C.). Enquête de santé auprès des étudiants de l'INSA de Lyon 2001-2002. CIRDD Ain-Loire-Rhône, ORS Rhône-Alpes, 2003, 47p. Disponible sur
<http://www.cirdd-ra.org/img_publications/CIRDD_EtudiantsINSA_2003.pdf>
45. CETRE (J.C.), PEROL (D.). Baromètre Santé - Vie Sociale en milieu étudiant - Résultats année 2000. Médecine Préventive Universitaire de Lyon, 2003, 49p.
46. CHIRON (M.), LE BRETON GADEGBEKU (B.). La prise de risque chez les étudiants. Usage des transports et autres habitudes de vie. Médecine Préventive Universitaire de Lyon, INRETS, 2000, 144p.
47. BUE (J.), COUTROT (T.), GUIGNON (N.) et al. Les facteurs de risques psychosociaux au travail. Une approche quantitative par l'enquête Sumer. *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 2-3, avril-sept. 2008, p. 45-70.
48. COHIDON (C.), CAILLET (E.), OGIER PERONNET (D.) et al. Samotrace – volet médico-administratif. Départements Rhône et Isère. Résultats intermédiaires à un an. InVS, juin 2008, 4p. Disponible sur
<http://www.invs.sante.fr/publications/2008/samotrace_040708/samotrace_040708.pdf>

49. GUIGNON (N.), NIEDHAMMER (I.), SANDRET (N.). Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003. DARES, *Premières Informations et Premières synthèses*, n° 22.1, mai 2008, 8p. Disponible sur <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/2005.05-22.1_v3.pdf>
50. COHIDON (C.), LASFARGUES (G.), ARNAUDO (B.) et al. Mise en place d'un système de surveillance de la santé mentale au travail : le programme Samotrace. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 46-47, 21 nov. 2006, p. 368-370. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/beh/2006/46_47/beh_46_47_2006.pdf>
51. NIEDHAMMER (I.), SIEGRIST (J.), LANDRE (M.F.) et al. Etude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 46, n° 5, 2000, p. 419-437
52. MAINGUENE (A.). Les structures pour enfants handicapés en 2006 : un développement croissant des services à domicile : résultats de l'enquête ES 2006. *Etudes et Résultats*, n° 669, nov. 2008, 8p. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er669.pdf>>
53. MAINGUENE (A.). Les établissements pour adultes handicapés : des capacités d'accueil en hausse : résultats provisoires de l'enquête ES 2006. *Etudes et Résultats*, n° 641, juin 2008, 8p. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er641.pdf>>
54. Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal (RHEOP). Rapport annuel 2007 RHEOP. Enfants avec déficience sévère - génération 1998. RHEOP, 2008, 60p. Disponible sur <<http://www-rheop.ujf-grenoble.fr/rheop/Rapportspdf/rapport2007.pdf>>
55. ROUX (C.). Les CAMSP [Centres d'Action Médico-Sociale Précoce] : résultats de l'enquête quantitative menée en 2008. CNSA, 2008, 35p. Disponible sur <http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Rapport_CAMSP_Sept_2008.pdf>
56. BARREYRE (J.Y.), MAKDESSI (Y.). Handicap d'origine psychique et évaluation des situations. Volet 1 Recherche Documentaire. Délégation ANCREAL Ile-de-France, CNSA, déc. 2007, 87p. Disponible sur <http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/hand_psy_biblio_VOLET1definitif_CNSA.pdf>
57. BARREYRE (J.Y.), BOUQUET (C.), PEINTRE (C.). Les adultes souffrant d'autisme ou de syndromes apparentés pris en charge par les établissements médico-sociaux. *Etudes et Résultats*, n° 397, avril 2005, 8p. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er397/er397.pdf>>
58. BARREYRE (J.Y.), BOUQUET (C.), PEINTRE (C.). Les enfants et adolescents souffrant d'autisme ou de syndromes apparentés pris en charge par les établissements et services médico-sociaux. *Etudes et Résultats*, n° 396, avril 2005, 8p. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er396/er396.pdf>>
59. LEMERLE (S.), JOSEPH (V.). Le handicap en Rhône-Alpes. Estimations sur la dépendance et les déficiences des personnes vivant à domicile. *La Lettre de la DRASS*, n° 2005-03-L, avril 2005, 6p. Disponible sur <<http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/handicap.pdf>>
60. CLAVERANNE (J.P.). Handicap psychique et insertion sociale et professionnelle. Avis du Conseil Economique et Social régional Rhône-Alpes, rapport n° 2005-03, janv. 2005, 30p.
61. ANGUIS (M.), PERETTI (C.), CHAPIREAU (F.). Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux. *Etudes et Résultats*, n° 231, avril 2003, 12p. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er231.pdf>>
62. COUET (C.). Estimations locales sur les personnes handicapées vivant en domicile ordinaire. Enquête HID 1999 - Résultats détaillés. *INSEE Résultats : Série société*, n° 12, nov. 2002, 347p.
63. LEGLEYE (S.), LE NEZET (O.), SPILKA (S.) et al. Les usages de drogues des adolescents et des jeunes adultes entre 2000 et 2005, France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 13, 25 mars 2008, p. 89-92. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/beh/2008/13/beh_13_2008.pdf>
64. Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants. Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2006. OCRTIS, 2007, 122p.
65. FONTAINE (D.), GRUAZ (D.), JOSEPH (V.). Etude préalable au Schéma Régional Addictions (SRA) en Rhône-Alpes. ORS Rhône-Alpes, DRASS Rhône-Alpes, sept. 2007, 65p. Disponible sur <<http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/SRA.pdf>>

66. FONTAINE (D.), GRUAZ (D.), JOSEPH (V.). Etat des lieux du dispositif en addictologie en Rhône-Alpes. ORS Rhône-Alpes, Maison Régionale des Addictions, nov. 2006, 87p. Disponible sur <<http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/MRA.pdf> >
67. LEGLEYE (S.), BECK (F.). Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation. *Baromètre santé 2005*. Editions INPES, 2007, p. 112-154. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_Alcool.pdf >
68. PERETTI-WATEL (P.), BECK (F.), WILQUIN (J.L.). Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé. *Baromètre santé 2005*. Editions INPES, 2007, p. 76-110. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_Tabac.pdf >
69. BECK (F.), LEGLEYE (S.), SPILKA (S.). Cannabis, cocaïne, ecstasy : entre expérimentation et usage régulier. *Baromètre santé 2005*. Editions INPES, 2007, p. 168-221. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_Drogues.pdf >
70. BECK (F.), LEGLEYE (S.), SPILKA (S.). Les drogues à 17 ans : évolutions, contextes d'usages et prises de risque. Résultats de l'enquête nationale Escapad 2005. *Tendances*, n° 49, sept. 2006, 4p. Disponible sur < <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxfrm9.pdf> >
71. HAMANT (C.). Focus 74, focus sur les produits psychoactifs pour le département de la Haute-Savoie. CIRDD Rhône-Alpes, 2008, 7p. Disponible sur <http://www.cirdd-ra.org/img_publications/55_CIRDD_RA_Focus74_nov08.pdf >
72. HAMANT (C.). Focus 69, focus sur les produits psychoactifs pour le département du Rhône. CIRDD Rhône-Alpes, 2008, 8p. Disponible sur <http://www.cirdd-ra.org/img_publications/59_CIRDD_RA_Focus69_dec08.pdf >
73. BONAL (C.), BRIDIER (F.), COLDEFY (M.) et al. Rapport sur l'organisation de la psychiatrie dans le département de l'Ardèche. Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, 2004, 112p. Disponible sur <http://www.mnasm.com/downloads/Rapport_ardeche.pdf >
74. NIEDHAMMER (I.), CHASTANG (J.F.), GENDREY (L.), et al. Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du "Job Content Questionnaire" de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé Publique*, n° 3, sept. 2006, p. 413-427. Disponible sur < http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/2006/3/413_428.pdf?6JW1Q-34W0D-W7M63-W0XWM-M0349 >
75. COUTY (E.). Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports. Ministère de la Santé et des sports, janvier 2009, 86p. Disponible sur http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Missions_et_organisation_de_la_sante_mentale_et_de_la_psy_chiatrie.pdf
76. COLDEFY (M.). Enquête nationale sur les enfants et adolescents suivis dans les centres médico-psycho-pédagogiques : du 20 janvier au 2 février 2003 : résultats régionaux. *Série Statistiques Document de Travail DREES*, n° 87, sept. 2005, 79p. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat87.pdf> >
77. VALLIER (N.), SALANAVE (B.), WEILL (A.). Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée. *Points de repère*, n°1, août 2006, 8p. Disponible sur <http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/pointreperen_1.pdf >
78. CUERQ (A.), PAITA (M.), RICORDEAU (P.). Les causes médicales de l'invalidité en 2006. *Points de repère*, n°16, juillet 2008, 8p. Disponible sur <http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_reperen_16.pdf >
79. CHAPIREAU (F.). Quel projet épidémiologique en psychiatrie pour la statistique publique ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 56, n° 6, déc. 2008, p. 399-406
80. COLDEFY (M.). Les enfants et adolescents pris en charge dans les Centres médico-psycho-pédagogiques. *Etudes et Résultats*, n° 392, avril 2005, 7p. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er392/er392.pdf> >
81. MOSSANT (P.). Les établissements pour adultes handicapés en Rhône-Alpes : 27 500 places d'hébergement ou de suivi. *La Lettre de la DRASS*, n° 2009-01-L, fév. 2009 (à paraître, mise en ligne prévue sur le site de la DRASS : <<http://www.rhone-alpes.sante.gouv.fr> >)

82. MOSSANT (P.). Les établissements et services pour enfants handicapés en Rhône-Alpes : les services représentent désormais un quart de l'offre. *La Lettre de la DRASS*, n° 2009-02-L, mars 2009 (à paraître, mise en ligne prévue sur le site de la DRASS : <http://www.rhone-alpes.sante.gouv.fr> >)
83. ZORMAN (M.). La santé des étudiants après une année passée à l'Université. Centre de Santé de Grenoble Universités, 2008, 6p.

ANNEXE 3 : BAROMETRE « SANTE MENTALE » (VILLES-SANTE OMS DE L'ARC ALPIN)

PRÉAMBULE

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se fonde sur le constat que la ville est le lieu privilégié pour expérimenter et diffuser la stratégie de la « Santé pour tous » actualisée pour la région européenne avec le document « *La Santé pour tous au XXI^{ème} siècle – Santé 21* ».

En lançant dès 1986 le projet "Villes-santé" destiné à soutenir cette politique, l'OMS indiquait tout à la fois la responsabilité du niveau politique local dans l'amélioration de la qualité de la vie et l'efficacité des actions de proximité.

Ce mouvement se base sur une définition de la santé positive et large qui la situe bien au delà de l'absence de maladie et la définit comme un bien-être total physique, mental et social. Elle l'englobe dans une dynamique commune : « mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci ».

C'est à travers ces concepts de *promotion de la santé* et un peu plus tard de *développement durable* que des méthodes nouvelles d'intervention se sont créées ou renforcées.

Les réseaux de Villes-santé s'organisent pour développer de la coopération entre les villes, optimiser les transferts d'informations, donner de la matière à la réflexion et présenter des projets originaux dont on peut s'inspirer ailleurs, en tout ou partie. Il existe des réseaux nationaux, régionaux ou encore linguistiques et culturels.

DES PREOCCUPATIONS COMMUNES SUR L'OBSERVATION DE LA SANTE

En 2002, les villes rhônalpines (Bourgoin-Jallieu, Grenoble, Lyon et Villeurbanne) membres du Réseau français et le Canton de Genève (membre du Réseau européen et représenté dès 2005 par la ville d'Onex) se sont rapprochées pour échanger et travailler sur leurs savoirs et leur savoir-faire, notamment sur le champ de l'observation en matière de santé.

Née de préoccupations particulières partagées, cette nouvelle dynamique transfrontalière autour de « l'arc alpin » enrichit les réseaux existants. Elle reste ouverte aux nouvelles collectivités de la région Rhône-Alpes entrant dans le mouvement des Villes-santé (depuis 2007 : Aix-les-Bains, Romans-sur-Isère et Vaulx-en-Velin).

La lecture des préoccupations en matière de santé des habitants des territoires observés et le croisement des priorités politiques ont permis de faire émerger deux thématiques à examiner dans le cadre d'une expérience d'observation pilote : les **nuisances sonores et leurs impacts sur la santé**, ainsi que la **santé mentale ou psychique** qui ont donné lieu à l'élaboration d'un « baromètre santé ».

L'objectif général de celui-ci est d'aider les élus à renforcer la cohérence et la pertinence de l'intervention publique afférente aux deux thématiques.

Ses objectifs spécifiques sont :

- mieux connaître les contextes locaux, dans leurs particularités et leurs similitudes,
- améliorer la connaissance de l'état de santé de la population,
- promouvoir une bonne gouvernance en apportant des éléments fiables et transparents dans le débat démocratique.

De façon plus opérationnelle, les baromètres santé permettent :

- ↳ de suivre dans le temps les tendances sur chaque territoire,
- ↳ d'apprécier les différences et les similitudes entre les sites observés en tenant compte des contextes locaux.

Le choix des indicateurs composant ce baromètre a été effectué selon les critères suivants et en utilisant une échelle d'appréciation qualitative :

- ↳ pertinence de l'indicateur par rapport à l'objectif spécifique,
- ↳ degré d'accessibilité défini pour chaque territoire par indicateur,
- ↳ qualification d'indicateur commun (oui / non).

Afin de permettre une comparaison entre villes, les indicateurs sont déclinés, dans la mesure du possible, en unités par 100 000 habitants.

LE BAROMÈTRE « SANTE MENTALE »

Compte tenu de la complexité de la thématique, un processus en trois étapes a été établi :

- ↳ recherche de l'existant dans la littérature,
- ↳ qui a permis de définir trois groupes d'indicateurs (encadré 1). En fonction de la pertinence et de l'accessibilité des sources de données, 16 indicateurs communs ont été retenus sur 21 sélectionnés.
- ↳ mise en œuvre avec les partenaires locaux respectifs.

Encadré 1

Groupe 1 : qualification des problèmes de santé

- ↳ Nbre de mesures d'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT) sur une année donnée
- ↳ Nbre de mesures d'Hospitalisation d'Office (HO) sur une année donnée
- ↳ Nbre de Personnes Hospitalisées d'Office (PHO) au moins une fois dans l'année donnée
- ↳ Nbre de mesures d'Hospitalisation Sous Contraintes (HSC) sur une année donnée

Groupe 2 : qualification de l'offre de soins

- ↳ Nbre de psychiatres libéraux
- ↳ Nbre de psychologues libéraux
- ↳ Nbre de Centres Médicaux Psychologiques (CMP) et de Centres de Thérapie Brève (CTB)
- ↳ Nbre de CMP infanto-juvéniles et de CTB
- ↳ Nbre de lieux d'écoute
- ↳ Nbre d'Équivalent Temps Plein (ETP) de psychologues consultant au sein des lieux d'écoute

Groupe 3 : qualification de la consommation de soins

- ↳ Nbre de Consultations Spécialisées (CS) individuelles en psychiatrie
- ↳ Nbre de Patients (P) ayant eu au moins une consultation spécialisée en psychiatrie libérale remboursées par l'assurance maladie
- ↳ Nbre moyen de Consultations Spécialisées (CS) par patient
- ↳ Nbre de Patients Adultes (PA) suivis en CMP et en CTB
- ↳ Nbre de Patients Enfants (PE) suivis en CMP et en CTB
- ↳ Nbre de Patients (P) suivis dans les lieux d'écoute

Des indicateurs d'état pour une qualification des problèmes de santé

L'enjeu consiste à trouver quelques indicateurs étant en capacité de mesurer l'état de santé psychique sans développer des moyens spécifiques.

Les hospitalisations sous contrainte mesurent la gravité de l'état de santé qui ne permet plus au sujet de recourir en toute conscience aux soins, et la conséquence de cet état de santé mettant en danger le sujet ou autrui.

L'indicateur qui cumule les deux modes d'hospitalisation français (HO, HDT) permet la comparaison avec la Suisse.

Des indicateurs de moyen pour qualifier l'offre de soins

Ils permettent d'avoir une représentation de la diversité de l'offre de soins : l'offre médicale spécialisée libérale et publique, et la prise en charge individuelle par des psychologues au sein de lieux d'écoute.

Des indicateurs d'activité pour une qualification de la consommation de soins

Afin d'être plus spécifique et de connaître, pour une population, son recours effectif aux soins, il est proposé de mesurer la consommation de soins pris en charge par l'assurance maladie en secteur hospitalier et en secteur libéral.

DISCUSSION ET CONCLUSION

On peut dresser un bilan des difficultés rencontrées : cloisonnement des institutions et des pratiques, dispersion des valeurs des indicateurs selon les villes et les pays, dispersion des sources de données, disparité des modes de saisie et des modes de recueil, complexité du domaine de la santé mentale, pertinence du niveau communal pour certaines de ces données et incertitude quant à l'interprétation et l'utilisation de ces données.

Cependant, le partage d'expérience est riche et conduit certains partenaires à engager des recherches d'informations locales basées sur les pratiques des autres villes membres du réseau.

Le suivi pluriannuel des indicateurs déjà validés devrait permettre d'identifier l'évolution dans le temps et d'estimer l'impact des différentes mesures mises en place dans les communes concernées.

La principale valeur ajoutée du projet "baromètre santé" de l'arc alpin réside dans le processus qui a été mis en place. En effet, la constitution du réseau arc alpin autour de la création du baromètre permet aux villes concernées de poursuivre une collaboration déjà riche d'enseignements : échanges d'informations, de pratiques, de productions, permettant d'acquérir des connaissances communes, de renforcer les compétences de chacun des acteurs, ...

En novembre 2008, les représentants des villes participantes de l'Arc alpin ont validé la poursuite des travaux engagés à partir des baromètres relatifs aux nuisances sonores et à la santé mentale.

ANNEXE 4 : SOURCES D'INFORMATION PAR NIVEAU GEOGRAPHIQUE DE DISPONIBILITE

Source	Commune	Code postal	Département	Région	France	Type de données*/ informations complémentaires
Causes de décès INSERM (fiche 1)	X		X	X	X	D et E Arrondissements de Lyon
RIM-P (fiche 2)		X	X	X	X	D et E Secteur psychiatrique
PMSI – MCO (fiche 3)		X	X	X	X	D et E
ALD (fiche 4)		X	X	X	X	D
SAE (fiche 5)	X		X	X	X	E
ADELI (fiche 6)	X		X	X	X	D
Enquête ARH/ CRCSM (fiche 7)		X	X	X		D et E Non exhaustif
Réseau OSCOUR (fiche 8)		X	X	X	X	D et E Non exhaustif
RAPSY (fiche 9)			X	X	X	E Secteur psychiatrique
Baromètre Santé INPES (fiche 10)				X	X	D Echantillon national
Enquête KOVESS (fiche 11)				X		D Bassin hospitalier Echantillon régional
Samotrace (fiche 12)			X (38 et 69)			D Non exhaustif
Enquête ES (fiche 13)			X	X	X	E et D
Enquête HID/HSM (fiche 14)			X (69) (HSM)	X (HID)	X	D Echantillon national (HID/HSM) + Sur-échantillon 69 pour HSM
Enquête SUMER (fiche 15)				X	X	D Non exhaustif
Escapad (fiche 16)				X	X	D Echantillon national

*Type de données :

D = Données domiciliées, au lieu de résidence de la personne

E = Données enregistrées, au lieu de l'événement (lieu du décès, lieu de l'hospitalisation,...)

Précisions : Toutes les données disponibles au niveau communal peuvent être agrégées à des niveaux géographiques supérieurs (canton, bassin hospitalier, zone de soins de proximité, département). Il est plus difficile d'agréger les données par code postal, car un code postal peut comporter plusieurs communes. Par convention, lorsque le niveau géographique le plus fin est le code postal, on attribue aux données de chaque commune le poids de la population de cette commune au sein du code postal.

ANNEXE 5 : COORDONNEES DES ORGANISMES RESSOURCES

ARH - Agence Régionale de l'Hospitalisation Rhône-Alpes
Tour du Crédit Lyonnais - 129 rue Servient – 69326 Lyon Cedex 3
Tél : 04 78 63 71 11
Adresse mail : arh-rhone-alpes@sante.gouv.fr
Site : <http://rhone-alpes.parthtage.sante.fr>

CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
INSERM44 chemin de Ronde – 78116 Le Vésinet Cedex
Tél : 01 34 80 24 34
Adresse mail : martine.bovet@inserm.fr
Site : <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr>

CETAF - Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé
67-69 avenue de Rochetaillée – BP 167 – 42012 Saint Etienne Cedex 2
Tél : 04 77 81 17 17
Adresse mail : direction@cetaf.cnamts.fr
Site : www.cetaf.asso.fr

CG 69 – Conseil Général du Rhône – Observatoire départemental
29-31 cours de la Liberté – 69483 Lyon Cedex 03
Tél : 04 72 61 79 55
Adresse mail : claudeducosmieral@rhone.fr
Site : <http://www.rhone.fr>

CIRE - Cellule inter régionale d'épidémiologie Rhône-Alpes
107 rue Servient – 69418 Lyon Cedex 03
Tél : 04 72 34 31 15
Adresse mail : dr69-cirei@sante.gouv.fr
Site : <http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/sante/liecirei.htm>

CNSA - Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
66 avenue du Maine - 75682 Paris cedex 14
Tel. : 01 53 91 28 00
Adresse mail : christine.roux@cnsa.fr
Site : <http://www.cnsa.fr>

CREAI - Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
18 avenue Félix Faure – 69007 Lyon
Tél : 04 72 77 60 60
Adresse mail : accueil@creai-ra.org
Site : <http://www.creai-ra.com>

DRASS – Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Rhône-Alpes
107 rue Servient – 69418 Lyon Cedex 03
Tél : 04 72 34 31 32
Adresse mail : dr69statistiques@sante.gouv.fr
Site : <http://rhone-alpes.sante.gouv.fr>

DRRES – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
11 place des cinq martyrs du lycée Buffon – 75696 Paris Cedex 14
Tél : 01 40 56 60 00
Adresse mail : drees-infos@sante.gouv.fr
Site : <http://www.sante.gouv.fr/drees/index.html>

DRSM – Direction Régionale du service médical Rhône-Alpes
26 rue d'Aubigny – BP 3074 – 69395 Lyon Cedex
Tél : 04 72 91 99 00
Adresse mail : gilbert.weill@ersm-rhonealpes.cnamts.fr

DRTEFP - Direction régionale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle Rhône-Alpes
Inspection médicale du Travail – (Enquête SUMER : Dr Isabelle Camus)
Tour suisse – 1 bd Vivier Merle – 69443 Lyon Cedex 03
Tél : 04 72 68 29 31
Adresse mail : isabelle.camus@travail.gouv.fr
Site : <http://www.rhone-alpes.travail.gouv.fr>

GFEP – Groupe français d'épidémiologie psychiatrique
Hôpital Saint Jean de Dieu – 290 route de Vienne – 69373 Lyon Cedex 08
Tél : 04 37 90 13 55/04 37 90 13 49
Adresse mail : pfaure@arhm-sjd.fr
Site : <http://gfep.org>

INPES – Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé
42 bd de la Libération – 92303 Saint-Denis Cedex
Tél : 01 49 33 22 22
Adresse mail : inpes@inpes.sante.fr
Site : <http://www.inpes.sante.fr>

INSEE - Institut national de la statistique et des études économiques
165 rue Garibaldi – 69401 Lyon Cedex 03
Tél : 04 78 63 28 15
Adresse mail : insee-contact@insee.fr
Site : <http://insee.dr/rhone-alpes>

InVS - Institut de veille sanitaire – Département Santé Travail
12 rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice cedex
Tél : 01 41 79 67 19
Adresse mail : dst@invs.sante.fr
Site : <http://www.invs.sante.fr>

MNASM : Mission nationale d'appui en santé mentale
5 avenue d'Italie – 75013 Paris
Téléphone : 01 53 94 56 90
Adresse mail : mission@mnasm.com
Site : <http://www.mnasm.com>

Observatoire de la santé des étudiants de Grenoble
Grenoble Universités Centre de santé
180 rue de la Piscine – Domaine universitaire – 38400 Saint Martin d'Hères
Tél : 04 76 82 40 70
Adresse mail : centre.de.santé@grenoble-universites.fr
Site : <http://sante.grenoble-universites.fr>

OFDT - Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3 avenue du Stade de France - 93218 Saint Denis La Plaine Cedex
Tél : 01 41 62 77 16
Adresse mail : ofdt@ofdt.fr
Site : <http://www.ofdt.fr>

ORS – Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes
9 quai Jean Moulin – 69001 Lyon
Tél : 04 72 07 46 20
Adresse mail : courrier@ors-rhone-alpes.org
Site : <http://www.ors-rhone-alpes.org>

RHEOP - Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal de l'Isère
23,avenue Albert 1er de Belgique - 38100 Grenoble
Tél : 04 57 58 26 59
Adresse mail : rheop@wanadoo.fr
Site : <http://www-rheop.ujf-grenoble.fr/rheop>

URCAM – Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Rhône-Alpes
Tour du Crédit Lyonnais - 129 rue Servient – 69326 Lyon Cedex 3
Tél : 04 78 63 72 20
Adresse mail : rhonealpes@assurance-maladie.fr
Site : <http://www.rhone-alpes.assurance-maladie.fr>

CLUB DE L'OBSERVATION SOCIALE EN RHÔNE-ALPES

Directeur de la publication
Pierre Alégoët

Rédacteurs
Martine Dreneau (ORS Rhône-Alpes)
Denis Fontaine (ORS Rhône-Alpes)

Groupe de travail inter-institutionnel
DRASS Rhône-Alpes
Grenoble Alpes Métropole
Pays Viennois
Ville de Villeurbanne
Ville de Grenoble
MRIE
CREAI Rhône-Alpes
Hôpital Le Vinatier

Maquette et mise en page
Valérie GONON (ORS Rhône-Alpes)

DRASS Rhône-Alpes
107, rue Servient - 69418 Lyon cedex 03
Tél. 04 72 34 31 32
Fax 04 78 95 18 77
www.rhone-alpes.sante.gouv.fr
Mèl. dr69-statistiques@sante.gouv.fr

Rapport final d'un groupe de travail interne au Club de l'Observation sociale en Rhône-Alpes
Février 2009