



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2002 –

**DES INDICATEURS POUR DECRIRE LA SANTE
MENTALE DES 10-24 ANS EN BRETAGNE**

– groupe n° 28 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 11 élèves en formation initiale

Animateurs :

Mme Piquet

Mr Tréhony

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 État des lieux des indicateurs disponibles	3
1.1 Les sources de traitement de l'information	3
1.1.1 Au niveau national	3
1.1.2 Au niveau régional.....	4
1.2 Le dispositif du système français	5
1.2.1 Le dispositif de soins psychiatriques	6
1.2.2 Le dispositif social et médico-social	6
1.2.3 L'administration de la santé.....	6
1.3 Les procédures particulières	7
1.3.1 La planification	7
1.3.2 Le Programme Médicalisé des Systèmes d'Informations- PMSI.....	9
1.4 Les indicateurs disponibles	10
2 Constats critiques et besoins avérés	10
2.1 Insuffisances et limites	10
2.1.1 Les insuffisances et limites au niveau politique et stratégique	10
2.1.2 Les insuffisances et limites des indicateurs au niveau culturel.....	11
2.1.3 Les insuffisances et limites au niveau économique et financier	11
2.1.4 Les insuffisances et limites au niveau technique	12
2.2 Besoins et améliorations	13
2.2.1 Une nouvelle approche des indicateurs.....	13
2.2.2 Améliorations de l'organisation actuelle	15
3 Proposition d'un tableau de bord	17
3.1 Elaboration du tableau de bord	17
3.1.1 Définition d'un tableau de bord.....	17
3.1.2 Méthodologie.....	17
3.1.3 Présentation.....	18

3.2	Zoom sur certains indicateurs.....	21
3.2.1	Consommation de psychotropes.....	21
3.2.2	Taux de consultations en psychiatrie libérale	21
3.2.3	Facteurs de risques liés aux conduites addictives chez les jeunes de 18 ans ...	21
3.2.4	Nombre de familles monoparentales.....	22
3.2.5	Taux d'absentéisme à l'école	22
3.3	Limites du tableau de bord	22
3.4	Propositions d'amélioration	22
3.4.1	Enquête infanto-juvénile en Bretagne (INSERM – DGS – OMS).....	22
3.4.2	Données de morbidité auprès des médecins généralistes.....	23
3.4.3	Données du PMSI psychiatrique.....	23
	Conclusion	24
	Liste des annexes.....	25
	Annexe 1 : Méthodologie de l'étude	26
	Annexe 2 : Guide d'entretien	27
	Annexe 3 : Calendrier des entretiens – Autres contacts	28
	Annexe 4 : Les indicateurs existants et publiés – sources Score SANTE, DREES et ORS Bretagne	29
	Annexe 5 : Définition d'un indicateur	36
	Annexe 6 : Sources bibliographiques – Sites Internet.....	37

Liste des sigles utilisés

AFT : Accueil Familial Thérapeutique

ALD : Affection Longue Durée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ARH : Agence Régional de l'Hospitalisation

BAPU : Bureau d'Aide Psycho-Universitaire

CAC : Catalogue des Actes faits dans la Communauté

CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce

CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CDES : Comité Départemental pour l'Education pour la Santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMS : Caractéristiques Médico-Sociales

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGS : Direction Générale de la Santé

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

DIM : Département d'Information Médicale

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ES : Etablissement de Santé

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et la Consommation lors de l'Appel à la Préparation A la Défense

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé

FPP : Fiche Par Patient

HCSP : Haut Comité de la Santé Publique

IME : Institut Médico-Educatif

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRP : Institut de Rééducation Professionnelle

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MIRE : Mission Interministérielle de Recherche et d'Expérimentation
MNASM : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
MSA : Mutualité Sociale Agricole
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRS : Programme Régional de Santé
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
SAE : Statistique Annuelle d'Etablissement
SESI : Service des statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information
SESSAD : Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile
SNIR : Système National d'Information inter-Régime de l'assurance maladie
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

INTRODUCTION

En inscrivant la santé mentale parmi les thèmes retenus lors de la dernière Conférence Régionale de Santé, la région Bretagne a souhaité prioriser un aspect de la santé souvent délaissé. Cette préoccupation bretonne s'inscrit dans un mouvement d'évolution générale de la psychiatrie vers la santé mentale avec pour point de départ la circulaire du 14 mars 1990 définissant la politique de santé mentale en France. Plusieurs rapports¹ suivirent au plan national.

En 2001, le rapport Piel et Roelandt synthétisait les voies ouvertes par ses prédécesseurs : il s'inscrivait dans la continuité de la sectorisation psychiatrique qu'il proposait de mener à son terme, afin d'accéder à un dispositif élargi de santé mentale. Le dernier rapport en date (présenté devant le comité consultatif de santé mentale le 11 avril 2002) intitulé « recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale »² reprend les préoccupations de ces dernières années. Il met l'accent sur des problèmes ciblés jusqu'alors peu traités dans le cadre de la psychiatrie publique. A titre d'exemple ces points ont porté sur :

- des problématiques sanitaires et sociales, de type grande exclusion et précarité, toxicomanie, réinsertion des malades mentaux, autisme, suicide...
- des réponses thérapeutiques spécifiques, prescriptions de chambres d'isolement, de médicaments psychotropes...

En outre, le fait de prioriser la santé mentale marque la volonté de sortir d'une définition circonscrite au seul domaine de la psychiatrie pour aller vers une approche plus complète, plus large du concept³.

La psychiatrie est souvent opposée à la santé mentale, la première étant cantonnée à l'étude et au traitement des maladies mentales, la seconde prenant en compte la santé des populations et la prévention à tous ses niveaux. Celle-ci étant particulièrement complexe et difficile à cerner, les termes santé mentale et psychiatrie finissent par être employés indifféremment.

¹ Ces rapports sont référencés dans la bibliographie à l'Annexe 6.

² Rapport final du groupe de travail élaboré sous l'égide de la DHOS, mars 2002

³ Idem.

Ainsi la définition de la santé mentale, en tant que domaine de santé publique, mérite quelques éclaircissements. F. Cloutier⁴ évoque, à ce sujet, « le passage de la psychiatrie à la santé mentale comme celui d'une conception limitée au diagnostic et au traitement, à une conception visant à promouvoir la santé mentale en général et à en prévenir les défaillances ». Cette conception déborde largement le seul champ des professionnels de la psychiatrie.

En effet, dans les conduites morbides, il est difficile de classer des phénomènes comme les conduites suicidaires. Les indicateurs de mortalité ne manquent pas, le problème est de disposer d'indicateurs de morbidité. En outre, pour rendre compte de la santé mentale des populations, certaines enquêtes recourent à des indicateurs du type prévalence de l'alcoolisme et des toxicomanies et à des indicateurs relatifs à des caractéristiques socio-économiques et des facteurs socio-professionnels.

La difficulté d'une approche globale du concept de santé mentale réside, alors, dans le fait que différents domaines doivent être étudiés : conduites suicidaires, alcoolisme et toxicomanie, données sociales et environnementales... Or chacun de ces domaines utilise ses propres indicateurs pour rendre compte d'un état. Il est donc peu aisé de mesurer l'état de santé mentale d'une population faite d'indicateurs communs et transversaux à tous ces domaines.

Face à la complexité des éléments en présence nous avons choisi, pour réaliser cette étude, de nous intéresser à la population des jeunes de la tranche d'âge 10-24 ans en Bretagne (catégorie d'âge pour laquelle les données sont les plus nombreuses et les plus variées). Au travers de l'étude de cette tranche d'âge nous rechercherons quels sont les indicateurs globaux qui permettent de définir la santé mentale.

Dans une première partie, nous dresserons un état des lieux des indicateurs disponibles, recensés auprès de multiples organismes et professionnels concernés. Dans une seconde partie, nous nous attacherons à en évaluer la pertinence et les besoins non couverts. Enfin, dans une troisième partie, nous proposerons un tableau de bord ayant pour finalité de dresser un paysage de la santé mentale en Bretagne des jeunes de 10 à 24 ans.

⁴ Cloutier F., La notion de santé mentale, pp.21-33, in La psychiatrie à l'heure de la santé publique, ouv. Coll. sous la dir. de P.-F. CHANOIT et J. de VERBIZIER, 1 vol 315 p., coll. «psychiatrie et société » Erès éditions, Toulouse 1994.

1 ETAT DES LIEUX DES INDICATEURS DISPONIBLES

1.1 Les sources de traitement de l'information⁵

1.1.1 Au niveau national

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs salariés (CNAMTS)

Le service de statistiques dénombre et analyse les affections de longue durée, notamment psychoses et troubles mentaux pour les 15-24 ans (données 1998) en Bretagne. L'assurance maladie est intéressée par le thème de la santé mentale, par exemple, en ce qui concerne la prise en charge de la dépression et la consommation médicamenteuse en Bretagne. Il convient toutefois de rappeler que le recueil de données par l'assurance maladie n'a pas pour objectif la réalisation d'études épidémiologiques.

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)

La DREES est une nouvelle direction du ministère de l'emploi et de la solidarité. Elle a remplacé le SESI (Service des statistiques, des Études et des Systèmes d'Information). Elle intègre de nouvelles fonctions en matière d'études et d'évaluations par rapport aux missions accomplies antérieurement par cet organisme et par la MIRE (Mission Interministérielle de Recherche et d'Expérimentation) pour la recherche.

La DREES présente entre autre un rapport sur les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile⁶ fournissant notamment des informations sur le personnel médical et non médical, l'équipement des secteurs, la file active (nombre de consultations dans l'année) et ses modalités de prise en charge. La DREES publie la Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE)⁷.

Le Haut Comité de la Santé Public (HCSP)

L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)

Il produit des études, enquêtes et statistiques dans le domaine de la santé mentale. L'INSERM recueille et analyse les causes médicales de décès. On peut citer l'exemple d'une enquête permettant d'indiquer par région une répartition des patients pour l'ensemble des secteurs psychiatriques, ou encore une enquête nationale infanto-juvénile, réalisée en 1996 pour la région Bretagne.

⁵ La référence Internet de chaque organisme est donnée en Annexe 6 dans la bibliographie.

⁶ Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 1997, collection Etudes et statistiques n°21, mai 2000.

⁷ Site Internet: sante-gouv.fr.

L'INSERM a également produit des enquêtes sur des problèmes liés à la toxicomanie, aux traitements de substitution, au nombre d'hospitalisations d'office et au nombre d'admissions en Unité Malades Difficiles.

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)

L'OFDT, créé en 1995, diffuse et valorise les données concernant la toxicomanie, l'alcoolisme, le tabagisme et la consommation de médicaments psychoactifs.

En plus de ces deux attributions, il remplit un rôle d'amélioration des indicateurs : il analyse les indicateurs existants et propose des solutions pour développer la qualité et la fiabilité des données en provenance des ministères et différents organismes.

Ses études sont particulièrement importantes et suivies. Ainsi, lors de nos entretiens, la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) nous a confié être intéressée par toute donnée concernant la toxicomanie dont l'OFDT est un large producteur. L'enquête ESCAPAD (Enquête sur la Santé et la Consommation lors de l'Appel de Préparation à la Défense) offre une base de données intéressante.

L'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE)

L'INSEE a pour mission de produire des statistiques nationales principalement démographiques mais également économiques et sociales. En effet, le traitement des données (fabrication d'indicateurs) nécessite les données de population pour calculer les taux (exemple : taux par tranche d'âge). Le dernier recensement date de 1999. Les données démographiques sont disponibles jusqu'à l'échelon communal.

1.1.2 Au niveau régional

Les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS)

Les ORS ont pour objectif principal d'améliorer l'information sur l'état de santé et sur les besoins des populations à l'échelon régional, en mettant en évidence des facteurs explicatifs. Une importante enquête sur la santé des jeunes en Bretagne, menée en collaboration avec la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), doit bientôt être publiée.

La Fédération Nationale des ORS (FNORS) permet l'élaboration d'un outil commun, les tableaux de bord. Ces tableaux sont constitués d'indicateurs régionaux, regroupant des données sur l'état de santé de la population et ses causes. Ces indicateurs sont disponibles dans une base de données Score-santé, site d'observation en santé commun aux ORS, mettant à disposition des décideurs, des professionnels de santé et de la population, des informations fiables et homogènes.

L'échelon statistique de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

Chaque DRASS dispose d'un service statistiques et études. Parmi ses travaux, ces services proposent annuellement un mémento intitulé STATISS, présentant un résumé des données essentielles dont ils disposent au niveau de leur région et de leurs départements. Ces données ont trait à la démographie, à l'équipement sanitaire, médico-social et social, à la répartition quantitative et par spécialité des professionnels de santé, à la protection sociale. Ce mémento renseigne, par exemple, sur le nombre de lits disponibles par région en psychiatrie infanto-juvénile.

De même, la DRASS, par l'intermédiaire des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), recueille et traite de nombreuses données concernant la santé mentale à travers différents organismes. Ainsi, le Bureau d'Aide Psycho-Universitaire (BAPU) fournit un rapport d'activité intégrant des indicateurs tel que le motif de la consultation, le diagnostic, la file active..., données que l'échelon statistique de la DRASS exploite.

L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (Bretagne) (URCAM)

L'URCAM, créée par les ordonnances du 24 Avril 1996, est chargée de définir, dans la région, « une politique commune de gestion du risque, notamment dans le domaine des soins de ville, et de veiller à sa mise en œuvre ».

La Caisse Régionale d'Assurance Maladie Bretagne (CRAM)

La CRAM de Bretagne nous a confié être demandeuse d'un état des lieux des indicateurs en santé mentale des jeunes. L'échelon régional du service médical de Bretagne a, par exemple, réalisé une enquête sur la clientèle des établissements et services médico-sociaux accueillant des enfants et adolescents déficients intellectuels en Bretagne.

1.2 Le dispositif du système français⁸

Le dispositif de santé mentale en France est composite.

En effet la santé mentale est composée de plusieurs champs d'activité :

- La psychiatrie avec la prise en charge du patient d'un point de vue sanitaire,
- Les champs du médico-social et du social.

⁸ Ce passage s'inspire très largement de la fiche technique n° 8 : description du dispositif français, de B. Boisguérin, dans « Planification et évaluation des besoins en santé mentale » - V. Kovess, Médecine-sciences- Flammarion- juin 2001 page 141 à 148

1.2.1 Le dispositif de soins psychiatriques

L'offre de soins psychiatriques repose sur un dispositif diversifié comportant des établissements publics et privés. La psychiatrie de service public est organisée en secteurs rattachés à des établissements de santé publics ou privés Participant au Service Public Hospitalier (PSPH).

Les secteurs sont des circonscriptions géo-démographiques, dans lesquelles une même équipe pluridisciplinaire assure des actions de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion. Le dispositif se partage entre des secteurs de psychiatrie générale pour les adultes et des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour les jeunes de moins de vingt ans.

Cette équipe pluridisciplinaire de psychiatrie intervient dans les différentes structures du secteur. Celles-ci permettent de dispenser différents types de soins :

- Soins à temps complet : unité d'hospitalisation, centre de post-cure, appartements thérapeutiques, Accueil Familial Thérapeutique (AFT).
- Des soins à temps partiel : hôpital de jour, hôpital de nuit, atelier thérapeutique, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).
- Soins ambulatoires : Centre Médico-Psychologique (CMP), décrit comme le pivot de l'activité ambulatoire, visites à domicile.

Le dispositif de psychiatrie privé quant à lui regroupe essentiellement les établissements de soins privés, les professionnels spécialisés libéraux (psychiatres et psychologues) et les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) qui sont des centres de consultation de statut associatif pour les enfants et adolescents.

1.2.2 Le dispositif social et médico-social

Le secteur social et médico-social est composé d'une large gamme d'organismes et d'activités de statut public ou privé, qui offrent des services aux familles, aux enfants, aux personnes inadaptées, handicapées ou âgées. Il peut s'agir d'aide à domicile ou d'hébergement en établissements. Le mode de prise en charge, le financement et le contrôle de ces structures diffèrent très largement du dispositif de soins psychiatriques. Leur gestion est en effet assurée, soit par des associations à but non lucratif, soit par des collectivités locales ou leurs établissements publics.

1.2.3 L'administration de la santé

Au niveau central

Le système de santé est placé sous la responsabilité de l'Etat. Le ministère chargé des affaires sociales et de la santé assume la prise en charge et les problèmes généraux de santé publique. Depuis 1996, le parlement fixe annuellement les objectifs sanitaires et le cadre de financement du système de protection sociale. Il vote la loi de financement de la sécurité sociale qui fixe l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM). La conférence nationale de santé analyse les données sur la situation sanitaire et les besoins de santé et propose des priorités pour la politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins.

Au niveau régional

La conférence régionale de santé analyse l'évolution des besoins de santé, procède à l'examen des données relatives à la situation sanitaire et sociale de la population propre à la région et définit les priorités.

La DRASS, sur la base des orientations de la Conférence Régionale de Santé, détermine et anime la politique régionale de santé et identifie les problèmes prioritaires de santé, qui peuvent faire l'objet de Programmes Régionaux de Santé (PRS). Ces programmes couvrent l'ensemble des actions de promotion de la santé, d'éducation de la santé, de soins et de rééducation. En matière hospitalière, l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) est chargée de la planification régionale (carte sanitaire et Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS)).

Au niveau départemental

La DDASS détermine les politiques d'intégration et de développement social, les actions de promotion et de prévention en matière de santé publique.

1.3 Les procédures particulières

1.3.1 La planification

La planification sanitaire

La carte sanitaire détermine les limites des régions et des secteurs sanitaires, ainsi que la nature et l'importance des équipements nécessaires pour répondre aux besoins des populations.

Le SROS quant à lui, gère à l'intérieur de chaque région, la répartition géographique des équipements et activités permettant de répondre au mieux aux besoins de la population et aux priorités déterminées.

En Bretagne, outre le SROS général, un SROS santé mentale a été élaboré, il vise à :

- Susciter l'adaptation et la complémentarité des soins par la coopération entre établissements et la création de réseaux de santé mentale par secteur sanitaire.
- Intégrer la santé mentale dans l'organisation des soins en Bretagne, inclure la psychiatrie aux conférences de secteurs sanitaires, harmoniser la carte sanitaire psychiatrique et la carte de secteur sanitaire, prendre en compte des PRS suicides et conduites addictives.
- Insérer socialement les patients (articuler les dispositifs social et médico-social).

De plus, le SROS préconise la création d'un observatoire régional des pratiques travaillant en lien avec l'ORS. Ses objectifs seraient le recensement des différents types de structures, le recueil de nouveaux savoir-faire et des expériences de réseaux, la formation des professionnels et le recueil de données épidémiologiques.

La planification médico-sociale

Cette planification se fait au travers du schéma départemental des établissements et services médico-sociaux en faveur de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées. L'objectif de cette planification est, d'une part, de mettre en œuvre les politiques nationales et d'informer les acteurs du secteur sur les axes prioritaires retenus au niveau local ; d'autre part de mettre en adéquation l'offre institutionnelle et la demande de prise en charge. Ainsi, comme pour la carte sanitaire, le rôle de ces schémas est de déterminer la nature et l'importance des équipements nécessaires pour répondre aux besoins de la population.

Pour le secteur de la santé mentale sont concernés par cette planification : les Instituts Médicaux Educatifs (IME), les Instituts de Rééducation Professionnelle (IRP), les Services d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD), les Centres d'Action Médico-Social Précoce (CAMPS) et les CMPP.

Le schéma départemental et la carte sanitaire sont régulièrement révisés, donnant lieu, en amont, à des enquêtes visant à évaluer les besoins de prise en charge. Les données collectées, dans ce cadre, au travers d'indicateurs tels que le nombre d'enfants et d'adolescents porteurs d'au moins une déficience sévère (distingués par classes d'âges), le nombre d'enfants pris en charge par le secteur, donnent une certaine vision de l'état de santé mentale des jeunes en Bretagne.

Parmi les catégories de déficiences donnant lieu à une prise en charge médico-sociale on peut relever : les troubles psychiatriques (autisme et psychoses infantiles), les déficiences mentales (Trisomie 21, déficience mentale grave, polyhandicapés). Enfin, la dernière révision de ce schéma a permis de mettre en évidence certaines grandes

tendances, notamment, une augmentation significative des troubles psychiatriques, ainsi qu'une légère tendance à l'augmentation des retards mentaux sévères.

1.3.2 Le Programme Médicalisé des Systèmes d'Informations- PMSI

Au début des années 90, la réforme du mode de financement des hôpitaux a été complétée par un nouvel outil d'évaluation de l'activité médicale : le PMSI. Celui-ci ne concerne pour l'instant que le dispositif de soins en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO). Récemment et de manière encore expérimentale, il vient d'être étendu à la psychiatrie (Circulaire DHOS/E3/2001/N°625 du 19 décembre 2001). Un certain nombre d'indicateurs serait éventuellement mobilisables comme indicateurs de santé mentale mais ils n'ont pas été conçus à cette intention. Concernant la santé mentale, un indicateur sur les actes faits dans la communauté pourrait être intéressant à utiliser (Catalogue des Actes faits dans la Communauté : CAC).

Le PMSI en psychiatrie viendra en fait améliorer le recueil et la qualité des informations actuellement existantes avec la Fiche Par Patient (FPP). Cette dernière est composée d'une partie contenant des indications sur les Caractéristiques Médico-Sociales (CMS) du patient et d'une autre enregistrant sur l'année et par jour les soins reçus.

Il reste à déplorer comme nous l'a dit un médecin du Département d'Information Médicale (DIM), que cette fiche par patient qui existe depuis 1988, n'ait pas été exploitée par les organismes de tutelle en dehors de la production du rapport annuel de secteur.

Compte tenu des difficultés intrinsèques à l'implantation d'un PMSI en psychiatrie (difficulté à élaborer des algorithmes activité / pathologie et imperfection de la comptabilité analytique), notre interlocuteur DIM posait la question de savoir si une amélioration et une meilleure exploitation de la FPP ne suffisaient pas. Il pense aussi que rien ne peut remplacer, pour avoir des indicateurs en santé mentale, une enquête de morbidité dans la population générale.

Ce dispositif rapidement tracé représente sur le terrain de nombreux acteurs de santé issus des domaines du sanitaire, du social et du médico-social. Chacun des champs participe à sa définition de la santé mentale et possède des indicateurs propres à son activité. Ceci explique la difficulté à pouvoir appréhender de façon globale et transversale la réalité complexe que représente le concept de santé mentale.

1.4 Les indicateurs disponibles⁹

Il existe des indicateurs nationaux, globaux et reconnus par tous. Ce sont les taux de mortalité, de morbidité, les taux de suicide... Pourtant, ils ne satisfont pas toujours le besoin des études. Ils ne semblent pas satisfaire ni les producteurs ni les utilisateurs de ces données.

Ainsi, lors de nos entretiens, nous avons pris conscience des différents outils disponibles. Chaque personne ressource rencontrée nous a donné ses propres indicateurs. Il existe donc autant d'indicateurs que de professionnels. On peut citer quelques exemples significatifs de la richesse de l'existant : le Quotient Intellectuel des enfants déficients mentaux, la prise en charge en Affections Longue Durée (ALD), les critères par pathologies, la consommation de psychotropes, de toxiques, de somnifères. Ils sont autant de critères retenus mais répondent à un besoin spécifique et sont souvent propres à chaque organisme.

Notre but n'est pas de faire un inventaire exhaustif des indicateurs actuellement utilisés mais de récapituler, à partir de trois sites Internet (DREES, SCORE-SANTE et ORS BRETAGNE), les principaux indicateurs (état de santé, risques, moyens, activité) et les populations concernées (homme/femme, petite enfance, adolescence, 10-15 ans...). Ensuite, nous avons défini ce qu'étaient ces indicateurs. Après quoi, nous avons déterminé l'aire géographique concernée (départementale, régionale), la périodicité (tous les ans, tous les 5 ans...) et la source. Ces indicateurs sont rassemblés dans un tableau figurant à l'Annexe 4.

2 CONSTATS CRITIQUES ET BESOINS AVERES

2.1 Insuffisances et limites

Chaque interlocuteur rencontré nous a fait état des manques et dysfonctionnements du système actuel. Il nous a semblé intéressant de les regrouper en quatre rubriques : le politique et le stratégique, l'économique et le financier, le culturel, le technique.

2.1.1 Les insuffisances et limites au niveau politique et stratégique

La santé mentale des jeunes est à la frontière de plusieurs disciplines : l'éducation, le social, le sanitaire, le médico-social et le judiciaire. Plusieurs ministères, plusieurs

⁹ Une définition des indicateurs est proposée à l'Annexe 5.

administrations sont dès lors mis à contribution¹⁰. Les buts à atteindre peuvent être différents voire contradictoires. Cependant dans les faits, les professionnels concernés ont ressenti un réel besoin de créer des équipes pluridisciplinaires pour travailler ponctuellement sur des projets collectifs. Aux dires des participants, il semble parfois difficile de faire travailler dans la durée des professionnels aux logiques et aux contraintes différentes. S'il est clair que cela permet une prise de conscience des problèmes communs, prioritaires, il y a toujours un risque d'éparpillement des moyens financiers, humains, techniques... Pour la Bretagne, les quatre départements, les quatre préfets, les quatre DDASS coopèrent ponctuellement. Mais au quotidien, chacun mène sa propre politique. Coordonner des actions au niveau régional s'avère être difficile et peu pratiqué (cf. le PRS)

D'autre part, à priori certains établissements ou organismes sont réticents quant à divulguer, partager des données précises sur leurs activités comme leurs taux d'occupation. En dévoilant leur file active, ils craignent de devoir modifier leurs organisations, augmenter ou diminuer le nombre d'intervenants. L'usage qu'il peut être fait des chiffres entraîne donc la méfiance.

2.1.2 Les insuffisances et limites des indicateurs au niveau culturel

D'un point de vue quantitatif, les indicateurs ne peuvent pas recenser totalement l'ensemble des manifestations de la souffrance mentale et donner ainsi une vision fidèle du domaine de la santé mentale. En effet, un carcan social s'exerce toujours sur les personnes concernées par la santé mentale et fait peser sur eux une certaine stigmatisation. Ce manque de reconnaissance se manifestera concrètement dans certains cas de tentatives de suicide non reconnues comme telles (la personne donnera une interprétation accidentelle de son geste), de dépressions non prises en charge (par crainte d'être montré du doigt). Le mal être individuel, surtout chez les jeunes, est vécu de manière difficile car il représente un sujet tabou dont il est difficile de se décharger.

2.1.3 Les insuffisances et limites au niveau économique et financier

La pénurie de moyens financiers et humains est un frein à la généralisation des enquêtes.

La fiabilité des indicateurs est souvent limitée. En effet, les établissements auraient, semble-t-il, tendance à surévaluer la gravité des diagnostics des patients afin d'obtenir des moyens financiers supplémentaires, faussant ainsi la représentation de l'activité et des pathologies prises en charge par l'établissement.

¹⁰ Cf. par exemple l'Enquête sur la santé des jeunes en Bretagne sur laquelle le Ministère des Affaires Sanitaires et Sociales et l'Education Nationale ont travaillé ensemble (résultats prévus pour automne 2002)

2.1.4 Les insuffisances et limites au niveau technique

Nous avons relevé de multiples insuffisances liées au recueil de données, à la fréquence et à la rapidité des études, à la fiabilité des indicateurs, au traitement même des données, à l'exploitation des données.

Des insuffisances liées au recueil des données

Certains indicateurs proviennent de données qui ne sont pas à la base récoltées pour produire des indicateurs de santé mentale. Par exemple à l'instar du PMSI, instrument mesurant l'activité des établissements, les ALD construits initialement pour attribuer l'exonération du ticket modérateur ont vu leur utilisation détournée. Ces outils, présentant certains avantages (moindre coût financier, accessibilité directe), servent d'indicateurs pour décrire la santé mentale sans que leurs limites pour cette utilisation aient été clairement énoncées.

Comme tout recueil de données reposant sur le mode déclaratif, les indicateurs ainsi collectés se heurtent à la difficulté de décrire rigoureusement la réalité. Les unités d'accueil infanto-juvéniles, comme celle visitée à Brest, doivent prendre en compte l'incapacité ou l'absence de volonté du patient de décrire son environnement, la finalité de son geste, d'exprimer sa volonté. Certains acteurs ont déclaré un réel manque de temps pour fournir les données qui peuvent parfois être enregistrées trop rapidement et seulement de façon partielle.

La fréquence et la rapidité des études

Si des enquêtes permettent, comme par exemple l'enquête sur la santé des jeunes dans les Côtes d'Armor, de dépasser la réalité décrite par les simples rapports d'activité, celles-ci manquent de pérennité. Faute de volonté ou de moyens financiers, elles souffrent d'un manque de suivi et nécessiteraient d'être reproduites régulièrement.

La fiabilité des indicateurs

Il peut s'avérer très difficile de mettre en place des indicateurs fiables. Ainsi, concernant les tentatives de suicide, un chef de service de l'hôpital de Brest admet ne pas disposer d'instruments fiables en la matière. Il indique que les tableaux de bord du service permettent de connaître et de suivre la population prise en charge au niveau des urgences, mais regrette que les enquêtes épidémiologiques laissent échapper une partie des tentatives de suicide non déclarées.

Certains responsables d'organisme comme ceux de la CRAM de Bretagne soulignent la difficulté d'obtenir des définitions consensuelles des termes utilisés. Or, de ces définitions

dépend l'enregistrement des données. Par exemple la santé mentale ne répond pas aux mêmes définitions selon les interlocuteurs, ce qui peut fausser le reflet de la réalité.

Le traitement même des données

La législation actuelle peut entraver une exploitation judicieuse des données. Dans les faits, le nombre de personnes inscrites au niveau national dans les CMPP ne peut être maîtrisé, la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL), interdisant de croiser les fichiers des patients entre tous ces établissements.

La PJJ reconnaît que le traitement des données est complexe et parfois biaisé dans la mesure où les comportements des jeunes qu'elle accueille sont pluri-pathologiques, l'enregistrement dans une pathologie relève de l'arbitraire.

L'exploitation des données

Par facilité, des études conduites à l'échelon national pourraient être exploitées à l'échelon régional si les échantillons permettaient une extrapolation pertinente. L'ORS, conscient de ces lacunes, réussit parfois à pallier à ce biais en négociant avec des organismes nationaux des échantillonnages permettant une exploitation régionale (par exemple, pour les études menées dans le cadre de Baromètre Santé).

Dans le même ordre d'idée, la conduite de grande enquête en santé publique qui ont pour but de dépeindre l'existant s'inscrit dans la durée. Ceci amène une publication de l'étude trop tardive entraînant une photographie de la situation déjà dépassée. Par exemple, l'enquête DGS-INSERM, intitulée « épidémiologie des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent » de 1996, n'a été reprise et synthétisée par l'ORS Bretagne qu'en 2001 et n'a donc pas suscité beaucoup d'intérêt.

2.2 Besoins et améliorations

2.2.1 Une nouvelle approche des indicateurs

L'étude actuelle de la santé mentale en Bretagne nous montre que d'une part qu'il est nécessaire d'améliorer les indicateurs existants et que d'autre part, les professionnels rencontrés expriment clairement des besoins nouveaux en matière d'indicateurs.

Amélioration des indicateurs existants

La grande diversité des indicateurs disponibles en santé mentale pose un problème de fiabilité et d'exploitation des données. Les professionnels impliqués dans le dispositif de la santé mentale appartiennent à des champs d'activité très variés. Les méthodes de travail, les populations étudiées diffèrent selon que l'on s'intéresse au domaine sanitaire, social, médico-social, éducatif ou judiciaire. Les indicateurs ne renvoient pas toujours à une

description objective. L'interprétation des différents critères rentrant en jeu dépend fortement de la conception propre de chaque acteur. Par exemple, un indicateur commun comme le nombre de tentatives de suicide dans un secteur donné peut recouvrir plusieurs réalités. Certains enregistrent seulement les tentatives de suicides jugées graves, d'autres enregistrent également ceux apparaissant davantage comme de simples appels au secours.

De plus, l'enregistrement des mêmes données par des acteurs appartenant au même champ d'activité peut aboutir à de grandes disparités quant au résultat. Par exemple, le nombre d'ALD de type psychoses et troubles graves de la personnalité, qui pourrait être utilisé comme indicateur, doit être manié avec précaution car il n'est pas sûr que tous les services médicaux – à l'échelon régional – fonctionnent de la même façon. D'une part la législation est ambiguë et d'autre part les pratiques sont différentes. Il serait donc nécessaire d'harmoniser les pratiques médicales en matière d'enregistrement des données entre régions afin de pouvoir comparer les données et mieux maîtriser leur exploitation.

La lecture d'un indicateur dépend fortement de l'objectif recherché par la personne qui l'exploite. Par exemple, le dossier patient utilisé par l'Assurance Maladie a pour objectif d'attribuer des prestations et de gérer les relations avec les différentes caisses et non pas un objectif épidémiologique. Même si ces données peuvent être employées utilement comme indicateur de santé mentale ou d'activité, il convient d'en connaître les limites afin de ne pas en fausser l'interprétation. La définition d'une problématique et d'objectifs communs afin d'interpréter les indicateurs de façon cohérente implique une concertation des différents professionnels impliqués.

Besoins nouveaux en matière d'indicateurs

En marge des améliorations à apporter aux différents indicateurs existants, certains champs d'activité ne sont couverts que partiellement. Ce constat révèle d'importants besoins d'investigation, tant au niveau de la description de l'état de santé que de l'offre de soin ou de l'activité.

Un certain nombre d'acteurs souhaite l'élaboration de nouveaux indicateurs permettant de mieux connaître la réalité de la santé mentale en Bretagne. Il faudrait donc :

- mettre en place des indicateurs permettant de connaître la consommation de psychotropes chez les jeunes de moins de 24 ans,
- développer des enquêtes de morbidité auprès des médecins généralistes afin de prendre en compte une population ne fréquentant pas les structures spécialisées,

- mettre l'accent sur les données socio-économiques et familiales pour tenter d'expliquer et de prévoir les comportements à risque.

L'offre de soins souffre elle aussi d'un déficit d'indicateurs. Une meilleure connaissance de la santé mentale de la population de moins de 24 ans en Bretagne nécessite d'élaborer des indicateurs renseignant sur les délais d'attente de prise de rendez vous dans les CMP.

De plus, nos entretiens ont mis en évidence un besoin de nouveaux indicateurs pour décrire l'activité du dispositif en santé mentale. Cela impliquerait donc de :

- disposer d'indicateurs de type PMSI pour décrire les activités,
- mettre en place un indicateur permettant de suivre l'itinéraire des enfants pris en charge par les divers dispositifs sanitaire, éducatif, médico-social...,
- mettre en place des indicateurs permettant de faire le lien entre la nature des activités et l'importance des moyens dont dispose chacune pour fonctionner. Ces indicateurs permettraient ainsi de rendre compte de l'activité réelle de chaque entité en tenant compte de la gravité des cas traités et ainsi du temps et des moyens nécessaires à leur prise en charge.

Enfin, certains intervenants ont émis le besoin de disposer d'indicateurs pour planifier les actions prioritaires du SROS santé mentale. Aujourd'hui, le SROS santé mentale de Bretagne 2001-2005 prévoit la mise en place d'indicateurs pour assurer le suivi des actions prioritaires, mais leur mise en œuvre n'est pas encore effective.

2.2.2 Améliorations de l'organisation actuelle

Systeme d'information et de communication

L'amélioration du système d'information apparaît comme un préalable indispensable pour la connaissance du domaine de la santé mentale et sur l'élaboration des indicateurs la concernant. Concrètement, comme nous avons pu le constater au travers de nos différents entretiens, cette amélioration doit se traduire par trois aspects majeurs mais complémentaires :

- un développement du dialogue, entre les différentes institutions qu'elles soient de terrain, de tutelle ou de statistiques.
- un renforcement des retours d'informations. En effet, nos interlocuteurs ont mis l'accent sur le manque de retours d'informations, d'où sur le long terme un manque d'intérêt sur une participation aux échanges de données. Ainsi un responsable de CMPP nous a fait part de l'absence de retour d'informations en ce qui concerne l'enquête URCAM à laquelle ils ont participé.

- l'instauration d'un référent santé mentale au sein de chaque organisation et établissement. Cette proposition reprise notamment par un médecin-inspecteur DDASS et relayée par d'autres interlocuteurs est la conséquence des deux points précédemment évoqués. Il apparaît ainsi comme une évidence qu'un professionnel référent dans chaque secteur (sanitaire, social, médico-social...) puisse être un interlocuteur unique et privilégié.

Nécessité d'une méthodologie commune de collecte et de traitement des données.

On observe un manque de concertation méthodologique entre les différents acteurs. Ceux-ci ont du mal à s'accorder sur les critères ou caractéristiques entrant dans la définition des pathologies.

Enfin, un manque de concertation méthodologique existe entre représentants de disciplines et secteurs différents, mais aussi entre professionnels d'un même domaine. Pour exemple, il apparaît que les quatre DDASS de Bretagne ont des pratiques différentes pour traiter les questions de santé mentale.

Ces observations conduisent les professionnels à proposer des améliorations pour pallier les défaillances actuelles du système de collecte et de traitement de données. D'abord, il est souhaitable que les différents acteurs, tout secteur et toute discipline confondus, se mettent d'accord sur les critères permettant de caractériser les différentes pathologies.

En matière de méthodologie et d'élaboration de critères, surtout lorsqu'ils sont subjectifs, le recours à un organisme externe spécialisé serait pertinent. Cela permettrait l'harmonisation des critères et rendrait possible un débat sur des données comparables. L'introduction de critères subjectifs est un moyen d'enrichir le sondage des caractéristiques de la population.

3 PROPOSITION D'UN TABLEAU DE BORD

Au cours de nos entretiens, nous nous sommes aperçus qu'il était impossible d'identifier des indicateurs communs aux différents acteurs du fait de la multiplicité des intervenants et de leurs champs d'intervention. D'autre part, le temps imparti ne nous a pas permis de rassembler de façon exhaustive, l'ensemble des besoins de chaque intervenant. De plus, notre objectif de lisibilité nous obligeait à sélectionner un nombre restreint d'indicateurs.

C'est pourquoi, en accord avec l'ORS Bretagne, nous présenterons une sélection d'indicateurs permettant de décrire le paysage de la santé mentale des jeunes en Bretagne. Les indicateurs présentés sont directement disponibles car déjà publiés par la FNORS, l'ORS Bretagne, la DREES ou bien peuvent être mis en œuvre sans difficultés ni coûts prohibitifs. Ce tableau de bord, qui pourrait être suivi et mis à jour par l'ORS Bretagne, proposerait ainsi une vision globale aux différents partenaires.

3.1 Elaboration du tableau de bord

3.1.1 Définition d'un tableau de bord

Le tableau de bord, présenté sous la forme d'un bouquet d'indicateurs renvoyant à divers champs d'activités, constitue un outil pertinent pour porter un diagnostic, comparer les données et pour le suivi d'une politique. Fournissant des indicateurs variés, il permet d'évaluer les différentes phases d'une action, d'établir un diagnostic, de comparer les données et d'en corriger les effets indésirables. L'architecture du tableau de bord dépend fortement de l'objectif poursuivi par son utilisateur.

3.1.2 Méthodologie

A l'issue de notre étude, il nous est apparu intéressant d'élaborer un tableau de bord offrant aux différents professionnels rencontrés une vision globale mais non exhaustive de l'état de santé mentale en Bretagne pour les jeunes de 10 à 24 ans. Dans cette optique, seuls les indicateurs les plus pertinents des principaux pans de la santé mentale ont été retenus. Il se voit néanmoins complété par des propositions de nouveaux indicateurs répondant aux souhaits exprimés par les acteurs de santé lors de nos recherches. Seuls apparaissent dans ce tableau les indicateurs fondés sur des données aisément accessibles. Les autres apparaîtront dans la partie centrée sur les pistes d'évolution.

3.1.3 Présentation

Les indicateurs ont été regroupés en 4 catégories, état de santé, facteurs de risques, offres de soins, activité de soins.

Indicateurs	Définition ¹¹	Aire géographique	Périodicité	source (organisme)
Etat de santé / Mortalité				
Nombre de décès d'enfants de 5 à 14 ans par troubles mentaux	Nombre annuel moyen de décès d'enfants par troubles mentaux (liste S9 de l'Inserm).	région - département	annuel - disponible à ce jour pour 1997	INSERM
Mortalité par troubles mentaux pour la population des 15-34 ans	Nombre annuel de décès par troubles mentaux (liste S9 de l'INSERM) dans la population des 15-34 ans (hommes et femmes).	région - département	annuel - disponible à ce jour pour 1999	INSERM
Taux de mortalité dans la population des 15-24 ans : par suicide, accidents de la circulation	Nombre de décès de la population concernée (sexe x cause du décès) dans chaque tranche d'âge rapporté à la population concernée (sexe) du même âge (taux de mortalité spécifique).	région	tous les ans - dernière année disponible 1996	INSERM - INSEE
Etat de santé / morbidité				
Nombre d'ALD dans la population des moins de 15 ans par psychoses-troubles de la personnalité	Nombre annuel moyen d'admission en ALD par psychoses-troubles de la personnalité pour la population concernée (sexe x régime de couverture sociale). Le nombre annuel moyen est calculé sur 2 ans.	région	annuel - disponible à ce jour pour 1999	CNAMTS, CANAM, MSA
Nombre d'ALD dans la population des moins de 15 à 34 ans par psychoses-troubles de la personnalité	Nombre annuel moyen d'admissions en ALD par psychoses-troubles de la personnalité pour la population concernée (sexe x régime de couverture sociale). Le nombre annuel moyen est calculé sur 2 ans.	région	annuel - disponible à ce jour pour 1999	CNAMTS, CANAM, MSA
Répartition des ALD pour troubles mentaux dans la population de 15-24 ans (homme ou femme)	diagnostics : psychose, troubles de la personnalité, retard mental, troubles de l'humeur, troubles névrotiques, troubles du développement psychologiques, autres ALD	région	Données disponibles pour 1998	CPAM, MSA, CMR
Pourcentage de scolaires ayant fait au moins une tentative de suicide	Pourcentage de scolaires (de 13 à 20 ans (4 ^{ème} – terminale, BEP, CAP, bac professionnel) ayant fait au moins une tentative de suicide	Région, département	Vocation à être régulière – résultat à venir	Enquête ORSB
Risque lié au comportement individuel				
Expérimentation de produits licites et illicites à 18 ans	% de jeunes ayant expérimenté : alcool, tabac, cannabis, médicaments psychotropes, champignons hallucinogènes, poppers, produits à inhaler, ecstasy, amphétamines, LSD, cocaïne, héroïne, crack	région	Enquête annuelle	enquête ESCAPAD - OFDT
Consommations des fumeurs quotidiens	% de filles ou de garçons consommant : 1 à 5 cigarettes par jour, 6 à 10, 11 à 20, plus de 20	région	id	id

¹¹ Les définitions complètes, telles que publiées, peuvent être consultées dans le tableau récapitulatif des indicateurs disponibles situé en annexe.

Indicateurs	Définition ¹¹	Aire géographique	Périodicité	source (organisme)
Consommation régulière d'alcool (plus de 10 prises au cours des 30 derniers jours)	% de filles ou de garçons ayant pris plus de 10 fois de l'alcool au cours des 30 derniers jours	région	id	id
Pourcentage d'ivresse répétée	% de filles ou de garçons ayant des ivresses répétées (plus de 10 au cours de l'année)	région	id	id
Niveau d'usage du cannabis à 18 ans	% de filles ou de garçons en fonction du niveau de consommation du cannabis : abstinent, expérimentateur, occasionnel, répété, régulier	région	id	id
Risque lié à la situation Sociale				
Nombre de chômeurs de longue durée de moins de 25 ans	Nombre de chômeurs de longue durée de moins de 25 ans	région, département, canton, commune	annuel (disponible de 1996 à 1999) publié en 12/2002 sur le site de la DRASS de Bretagne	ANPE, DARES
Proportion d'enfants du primaire ayant 11 et plus	Nombre d'enfants de 11 ans et plus du primaire / nombre d'enfants du primaire	région, département, canton, commune	id	DPD, Inspection académique
Accueil provisoire des jeunes en difficulté	nombre de bénéficiaires / nombre de jeunes par tranche d'âge (0 à 17 ans / 18 à 21 ans)	région, département	id	Conseils généraux
Nombre de famille monoparentale	Nombre de famille monoparentale / Aire géographique concernée	Région, département, commune	ND	INSEE (données payantes)
Taux d'absentéisme à l'Ecole pour les 11-19 ans	La régularité de l'absence inclut les élèves arrivant en retard ou ceux qui manquent les cours	Exploitation possible au niveau régional	Tous les 4 ans	Enquête INSERM
Offre de soins				
Nombre d'établissement et nombre de lits pour déficients mentaux, troubles du comportement, SESSAD	Nombre d'établissement et nombre de lits pour déficients mentaux, troubles du comportement, SESSAD	région - département	tous les ans, dernière année disponible 2001	DRASS, enquête ES, FINISS
Taux d'équipement en psychiatrie générale	Taux d'équipement global dont lits d'hospitalisation complète pour 1000 habitants	région - département	tous les ans - dernières données disponibles 2001	DRASS - SAE
Lits et places publics et privés pas secteur d'activité	Nombre de lits et places répartis en hospitalisation complète, de jour ou de nuit, placement familial thérapeutique d'une part, secteur public ou secteur privé ensuite, puis enfin psy infanto-juvénile ou psychiatrie générale (adulte)	région - département	tous les ans - dernières données disponibles 2001	DRASS - SAE
Capacité d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile	Nombre et répartition des lits et places en hospitalisation complète ou partielle infanto-juvénile, et taux pour 1000 enfants de 0 -16 ans inclus. L'hospitalisation partielle inclut le placement familial thérapeutique.	région - département	a priori tous les ans - données disponibles pour 1998 et 1999	DREES - INSEE

Indicateurs	Définition ¹¹	Aire géographique	Périodicité	source (organisme)
Nombre de lits et places en publics et privé pour la psychiatrie infanto-juvénile	Nombre de lits et places en hospitalisation complète, hospitalisation de jour ou de nuit, placement familial thérapeutique	région - département	tous les ans - dernières données disponibles 2001	DRASS - SAE
Densité en médecins libéraux spécialistes en psychiatrie et neuro-psychiatrie	Nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants.	région	annuel - dernière année disponible 2000	CNAMTS, INSEE
Délai d'attente moyen entre la prise de RDV en CMP et la date de la consultation	Délai pour obtenir une première consultation en dehors du cas des urgences	Région – département	annuel	Modalités à déterminer
Activité				
Nombre d'actes de psychiatres libéraux par habitant	Nombre d'actes de psychiatres libéraux par habitant	région	annuel - dernière année disponible 2000	CNAMTS-SNIR, INSEE
Modes de prise en charge en psychiatrie	Répartition des patients de la file active par modalités de prise en charge. La file active des secteurs de psychiatrie est l'ensemble des patients vus au moins une fois par an par l'un des membres de l'équipe du secteur	région	tous les 2 ans - dernière année disponible 1997	DREES
Mode de prise en charge en psychiatrie en pourcentage	Pourcentage de patients pris en charge par tranches d'âge. Le % est rapporté au nombre de patients du même âge pris en charge en psychiatrie.	région	données disponibles pour 1993 - 1998	DGS, OMS, INSERM
Taux de « consommateurs » de consultation en psychiatrie libérale	Nombre d'individus par tranche d'âge ayant eu une ou plusieurs consultations en psychiatrie libérale rapportée à la population totale de la zone géographique et de la tranche d'âge considérée	Région, département	Annuel possible – 2 ans d'historiques disponibles	URCAM - INSEE
Nombre de séjours pour troubles mentaux (garçons de moins de 15 ans filles de moins de 15 ans Hommes de 15 à34 ans Femmes de 15 à34 ans)	Nombre de séjours pour troubles mentaux (classification CIM10) dans les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique) des établissements de santé publics et privés concernant des garçons de moins de 15 ans.	région - département	1998 seule année disponible sur le site	DREES - PMSI
Données de dispensation de psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs et traitement des dépendances)	Tranche d'âge à définir	région et département	Annuel	URCAM

3.2 Zoom sur certains indicateurs

Pour les nouveaux indicateurs, notre objectif a été d'établir leur faisabilité en mettant en évidence la disponibilité des données brutes et notamment leur disponibilité par tranche d'âge et par échelon géographique. Nous n'avons pas exploré les possibilités de mise en œuvre tant au plan pratique que politique.

3.2.1 Consommation de psychotropes

Deux pistes ont été identifiées au niveau de la consommation de psychotropes. Seule la première a été introduite dans le tableau de bord, la deuxième étant présentée comme une alternative.

L'URCAM dispose de données précises concernant leur délivrance remboursée par les trois principaux régimes d'Assurance Maladie. En fonction des variables enregistrées il est possible d'élaborer un ou plusieurs indicateurs tenant compte du sexe, de la tranche d'âge, du niveau géographique souhaité (région, département et en théorie le canton ou la commune pour lesquels les données ne sont pas disponibles actuellement) et sur une période de temps à définir.

L'OFDT peut aussi fournir des données sur les ventes de médicaments selon les catégories suivantes : hypnotiques, tranquillisants, anti-dépresseurs et depuis cette année traitement des dépendances. Ces informations sont disponibles au niveau départemental et régional.

3.2.2 Taux de consultations en psychiatrie libérale

Nous avons évoqué avec l'URCAM la faisabilité d'un indicateur sur le nombre d'individus ayant eu une ou plusieurs consultations sur une période donnée et sur une zone géographique allant de la commune à la région (avec les mêmes restrictions que ci-dessus). Pour être pertinent, ce chiffre devra être ramené à la population de la tranche d'âge considérée sur la zone géographique.

3.2.3 Facteurs de risques liés aux conduites addictives chez les jeunes de 18 ans

Deux pistes ont été identifiées concernant les conduites addictives des jeunes. L'OFDT réalise de façon annuelle depuis 2000 une enquête sur les conduites addictives chez les jeunes de 18 ans effectuant leur journée d'appel de préparation à la défense. Parmi les données disponibles, nous avons choisi les indicateurs traitant de la consommation en alcool, tabac et cannabis. Ces données sont disponibles au niveau régional seulement et sur

demande auprès de l'OFDT. L'avantage de ces données réside dans le fait qu'elles permettent la comparaison de la région Bretagne aux autres régions.

Une alternative consiste à utiliser les données de l'enquête sur la santé des jeunes en Bretagne qui a l'avantage notamment de prendre en compte la population des 13–20 ans. Les résultats sont à paraître.

3.2.4 Nombre de familles monoparentales

Ces données, payantes, peuvent être obtenues auprès de l'INSEE.

3.2.5 Taux d'absentéisme à l'école

L'INSERM attache un grand intérêt à cet indicateur car il va de paire avec «la consommation de drogues, la violence et les signes dépressifs majeurs »¹².

3.3 Limites du tableau de bord

Nous avons identifié cinq limites principales :

- compte tenu des délais impartis pour ce travail, nous sommes conscients de n'avoir pas pu rassembler la liste exhaustive des indicateurs existants.
- pour les mêmes raisons, l'étude des besoins a été effectuée trop rapidement. Non seulement nous n'avons pas rencontré l'ensemble des protagonistes, mais en outre, nous n'avons cernés que les besoins principaux des professionnels rencontrés.
- lors de la réalisation du tableau de bord que nous avons voulu court et synthétique, la sélection des indicateurs s'est opérée de façon autonome et sans la consultation des professionnels.
- l'objectif de ce tableau de bord est de présenter une vision générale de la santé mentale en Bretagne pour les 10-24 ans. Les spécialistes n'y trouveront pas l'ensemble des indicateurs spécifiques dont ils ont besoin pour leur activité.
- ce tableau de bord est un essai destiné à constituer une base de travail pour un tableau de bord plus optimisé. Il ne se veut pour le moment que prospectif, expérimental et évolutif.

3.4 Propositions d'amélioration

3.4.1 Enquête infanto-juvénile en Bretagne (INSERM – DGS – OMS)

Une étude spécifique relative aux cas de psychoses en Bretagne dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et dans les CMPP a été réalisée en 1996. En l'absence de

¹² THEVENOUX C. « Parfois, l'absentéisme révèle autre chose », Ouest France, 02/10/2002, p.4
ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2002

certitude sur la reconduite régulière de cette étude, nous n'avons pas jugé opportun d'introduire dès à présent ses résultats dans le tableau de bord.

3.4.2 Données de morbidité auprès des médecins généralistes

Certains acteurs ont émis le besoin de quantifier le nombre des patients suivis seulement en médecine générale pour des problèmes de santé mentale et d'en déterminer la pathologie dans la mesure du possible. Cet objectif pourrait être atteint par une enquête ponctuelle auprès des généralistes mais n'irait pas sans poser de problèmes tant sur le plan du coût de l'étude que sur celui de l'homogénéité des diagnostics posés.

3.4.3 Données du PMSI psychiatrique

Pour l'instant, le PMSI psychiatrique demeure au stade expérimental. Il n'a pas vocation première à décrire l'état de la santé mentale dans une région. Néanmoins, la masse de données collectées lors de son application offrira une base d'informations pertinentes pour les organismes statistiques.

CONCLUSION

Une étude et une réflexion approfondie sur la politique de santé mentale au niveau national, régional et départemental a été un préalable à notre travail avant de s'intéresser aux indicateurs en santé mentale des jeunes en Bretagne. Le groupe de travail constitué pour ce module Interprofessionnel a permis l'élaboration d'un tableau de bord qui tente d'améliorer la représentation de l'état de santé mentale de cette population. Le recensement des indicateurs existants, la rencontre avec différents professionnels, qu'ils soient acteurs de terrain ou rattachés à des organismes divers, nous ont permis de mieux comprendre leurs préoccupations.

Un tableau de bord ne constitue pas un outil idéal mais il est la traduction d'une volonté d'harmonisation, de concordance sur des besoins et des attentes, sa mise en place effective devient un outil "fédérateur". Pour autant nous avons été confrontés aux divergences d'intérêts des acteurs, qui sont amenés à utiliser des indicateurs de plus en plus spécifiques en fonction de leurs besoins.

La pluralité des acteurs engagés dans la prise en charge de la pathologie mentale, de sa prévention et de son suivi requièrent une dynamique et une synergie qui font actuellement défaut. Cependant cette dynamique ne pourra être engagée que si une réelle volonté des parties en présence existe, et surtout si un certain consensus autour de la définition même de la santé mentale est réalisé.

Durant cette étude nous avons constaté que les pays anglo-saxons étaient en avance en matière d'épidémiologie. Ils ont développé de nombreux instruments de mesure et de classification, tels que les indicateurs d'évaluation individuelle de besoins de soins, la mesure de qualité de vie, la mesure du fonctionnement social, l'échelle de désespoir et l'inventaire de dépression. Ces instruments de mesure sont parfois utilisés dans les enquêtes menées en France, mais nous avons pu constater une certaine réticence culturelle des professionnels à les employer.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Méthodologie de l'étude

Annexe 2 : Guide d'entretien

Annexe 3 : Calendrier des entretiens – contacts divers

Annexe 4 : Tableau regroupant les indicateurs existants – source Score santé, ORSB,
DREES

Annexe 5 : Définition d'un indicateur

Annexe 6 : Références bibliographiques et sites Internet

Annexe 1 : Méthodologie de l'étude

Notre travail s'est schématiquement déroulé en trois phases : appropriation du sujet et définition de la stratégie, conduite et analyse des entretiens, synthèse et rédaction du document final.

Après la présentation de notre thème d'étude par notre coordonnateur, nous avons pris connaissance du dossier documentaire et complété notre vision du champ d'investigation par la lecture d'autres documents et rapports. Leur liste est fournie dans l'Annexe 6 consacrée à la bibliographie. Nous avons vite pris conscience de la complexité du champ de la santé mentale, notion que nous avons dû éclaircir ensemble. De même, il a été nécessaire de restreindre le champ du sujet en s'intéressant plus particulièrement à une tranche de la population bretonne. Nous avons choisi la population des 10-24 ans parce que la santé des jeunes est une priorité en Bretagne, que son étude couvre le champ le plus large (sanitaire, médico-social, social, éducatif, judiciaire) et qu'il correspond à une fourchette compatible avec le découpage INSEE.

La préparation des entretiens a nécessité l'élaboration d'un guide d'entretien, ce qui nous a permis de préciser les informations que nous souhaitons obtenir et d'assurer une homogénéité dans le recueil de données. Notre objectif a été d'une part d'identifier les sources potentielles de données brutes existantes, de recenser les besoins des professionnels rencontrés et d'autre part, d'appréhender le champ d'intervention du professionnel et sa propre vision de la santé mentale. Ce guide est présenté en Annexe 2. Les entretiens ont été menés par binôme.

Lors de la deuxième semaine, chaque groupe s'est rendu à ses différents rendez-vous. Le calendrier de ces rendez-vous est présenté en Annexe 3. Nous nous sommes regroupés régulièrement afin de faire le bilan de ces entretiens. Cela nous a permis d'identifier d'autres pistes d'investigation, de préciser les orientations prises lors de la première semaine de notre travail et de compléter notre ébauche de plan avant de nous répartir le travail de rédaction, qui a constitué la troisième phase de notre étude.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Présentation

- ✓ Présentation des stagiaires ENSP
- ✓ Présentation du mémoire, étude commandée par l'ORS
- ✓ Introduction individuelle : « On a souhaité vous rencontrer pour étudier l'utilisation que vous faites des indicateurs...(en fonction de l'organisme concerné) »

La personne interviewée

- ✓ Pouvez-vous nous présenter votre organisme et les fonctions que vous occupez ?
- ✓ En quelques mots, qu'est ce que la santé mentale pour vous ?

Les indicateurs existants

- ✓ Au regard de votre métier, du rôle de votre organisme, quels indicateurs utilisez vous le plus régulièrement concernant la santé mentale des jeunes ?
- ✓ Quelles sources utilisez vous le plus régulièrement pour obtenir ces indicateurs ?

- ✓ Pourquoi avez vous choisi ces indicateurs ?

Quelle est leur périodicité ? Leur fiabilité ? Leur pertinence ? Leurs limites ? Quelles critiques pourriez vous exprimer ? Leur diffusion et leur mise à disposition vous satisfont ils ? Que suggérez vous pour les améliorer ?

- ✓ Y a-t'il des données que des ministères ou des organismes vous demandent de fournir ? Lesquelles ? Qu'en pensez-vous ? Quelle périodicité ? Avez vous le temps de le faire correctement ? Avez vous des retours d'informations, des dialogues avec ces organismes ? Sont ils fréquents et de bonne qualité ?

Les besoins en indicateurs

Quels sont les indicateurs dont vous auriez besoin et qui ne seraient pas à votre disposition ? Avez vous la possibilité de suggérer des demandes d'indicateurs ? Ou de participer à leur élaboration ? Si oui lesquelles ? Auprès de qui ?

Etes vous satisfait des réponses faites à votre demande ?

Est il possible de disposer d'indicateurs communs pour l'ensemble des intervenants en santé mentale pour les jeunes ? Lesquels seraient les plus pertinents ?

Conclusion

Par rapport à notre sujet d'étude et à cet entretien souhaitez vous rajouter quelque chose ?

Annexe 3 : Calendrier des entretiens – Autres contacts

Date	Nom de la personne	Organisme	Domaine concerné
Entretiens			
23/09/2002	Monsieur MORIN	Psychiatre SMPR (Service Médico-Psychologique Régional)	Santé mentale dans le milieu carcéral
	Madame PALLEC	CRAM Bretagne	PRS « souffrance psychique et phénomènes suicidaires »
	Monsieur ROBIN	Psychiatre - président des médecins DIM CHS Saint Avé	PMSI psychiatrique
	Madame OLLIVIER	Médecin-conseil - CRAM Bretagne	Enfants et Adolescents déficients mentaux
	Monsieur TREHONY	Directeur de l'ORSB	Indicateurs en Bretagne
24/09/2002	Monsieur COUDRAS	Directeur de CMPP	Problèmes en santé mentale des jeunes
25/09/2002	Monsieur BANTAS	Directeur adjoint PJJ	Prévention et suivi des jeunes soumis à une mesure judiciaire
	Monsieur LE HOUEDE	Psychiatre en CMP	Problèmes en santé mentale des jeunes
	Madame SUBILEAU	MISP - DDASS Bretagne	PRS prévention Suicide
	Madame QUITTANCON	MISP - DDASS des côtes d'Armor	Enquête jeunes en Côte d'Armor
	Monsieur WALTER	Professeur - CHU Brest	Adolescents suicidants
26/09/2002	Monsieur CASSIN	Psychiatre - directeur du BAPU (Bureau d'Aide Psychologique Universitaire)	Santé mentale des jeunes en milieu universitaire
27/09/2002	Monsieur PREVOST	Médecin - Service médical, études statistiques - CNAM	ALD
	Madame TREGUER	Chargée de missions – études statistiques - URCAM	Données statistiques de l'Assurance Maladie
02/10/2002	Madame BATT	chargée de recherche INSERM Université de Rennes 1, département de santé publique	Etude INSERM sur le suicide
02/10/2002	Madame LEMOINE-PAPE	ARH de Bretagne	Suivi du SROS
Autres Contacts (téléphone, E-mail)			
25/09/2002	Madame LOPEZ	Pôle indicateurs - OFDT	Vente des médicaments psychotropes
	Monsieur BECK	Pôle enquêtes en population générale - OFDT	Enquête ESCAPAD
03/10/2002	Madame CHOQUET	Directeur de recherche - INSERM	Santé de l'Adolescent

Annexe 4 : Les indicateurs existants et publiés – sources Score SANTE, DREES et ORS Bretagne

Indicateurs	Population concernée	Définition de l'indicateur	Aire géographique	Périodicité	Source (organisme)	Site internet	Commentaires
Etat de santé (mortalité et morbidité)							
Nombre de décès d'enfants de 1 à 4 ans par troubles mentaux	- enfants de 5 à 14 ans	Nombre annuel moyen de décès d'enfants par troubles mentaux (liste S9 de l'Inserm). Le nombre annuel moyen est calculé sur 3 ans, l'année figurant sur les tableaux étant l'année centrale.	région - département	annuel - disponible à ce jour pour 1997	INSERM	Score santé	
Mortalité par troubles mentaux pour la population des 15-34 ans	- hommes - femmes	Nombre annuel de décès par troubles mentaux (liste S9 de l'INSERM) dans la population des 15-34 ans.	région - département	annuel - disponible à ce jour pour 1999	INSERM	Score santé	ne fait pas le distinguo 15-24 ans et 25-34 ans délai de mise à disposition des données de 2 à 3 ans
Nombre de décès prématurés	- hommes / suicide - hommes / Accidents de la circulation - hommes / Alcoolisme - femmes / suicide - femmes / Accidents de la circulation - femmes / Alcoolisme	Nombre annuel de décès prématurés (avant 65 ans)	région - département	annuel - disponible à ce jour pour 1999	INSERM	Score santé	pas de classe d'âge

Indicateurs	Population concernée	Définition de l'indicateur	Aire géographique	Périodicité	Source (organisme)	Site internet	Commentaires
ICM par psychose alcoolique et alcoolisme		L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport du nombre de décès observé au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques aux taux nationaux. L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul. ICM France métropolitaine = 100. Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent pas être comparés entre eux. Les modalités de calcul pour l'outre-mer diffèrent de celles de la métropole.	région	annuel - disponible à ce jour pour 1998	INSERM - INSEE	Score santé	pas de classe d'âge
Taux de mortalité dans la population des 15-24 ans	hommes / suicide hommes / Accidents de la circulation femmes / suicide femmes / Accidents de la circulation	Le taux de mortalité par tranches d'âge décennales est égal au nombre de décès de la population concerné (sexe x cause du décès) dans chaque tranche d'âge rapporté à la population concernée (sexe) du même âge (taux de mortalité spécifique). L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.	région	tous les ans - dernière année disponible 1996	INSERM - INSEE	Score Santé	
Taux de mortalité par suicide chez les femmes de 15-24 ans		Le taux de mortalité par tranches d'âge décennales chez les femmes est égal au nombre de décès masculins par suicide dans chaque tranche d'âge rapporté à la population féminine du même âge (taux de mortalité spécifique). L'année figurant dans le tableau est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.	région	tous les ans - dernière année disponible 1996	INSERM - INSEE	Score Santé	
Nombre d'ALD dans la population des moins de 15 ans par psychoses-troubles de la personnalité	- garçons / CANAM - garçons/ MSA - garçons / CNAMTS - filles / CANAM - filles/ MSA - filles / CNAMTS	Nombre annuel moyen d'admission en affection longue durée (ALD) par psychoses-troubles de la personnalité pour la population concernée (sexe x régime de couverture sociale). Le nombre annuel moyen est calculé sur 2 ans.	région	annuel - disponible à ce jour pour 1999	CNAMTS, CNAM, MSA	Score Santé	

Indicateurs	Population concernée	Définition de l'indicateur	Aire géographique	Périodicité	Source (organisme)	Site internet	Commentaires
Nombre d'ALD dans la population des moins de 15 à 34 ans par psychoses-troubles de la personnalité	- hommes / CANAM - hommes / MSA - hommes / CNAMTS - femmes / CANAM - femmes / MSA - femmes / CNAMTS	Nombre annuel moyen d'admission en affection longue durée (ALD) par psychoses-troubles de la personnalité pour la population concernée (sexe x régime de couverture sociale). Le nombre annuel moyen est calculé sur 2 ans.	région	annuel - disponible à ce jour pour 1999	MSA	Score Santé	
Effectifs et pourcentage des ALD de types troubles mentaux dans la population de 15 à 24 ans	- hommes - femmes		région	? Données disponibles pour 1998	CPAM, MSA, CMR	ORSB	
Répartition des ALD pour troubles mentaux dans la population de 15-24 ans	- hommes - femmes	diagnostics : psychose, troubles de la personnalité, retard mental, troubles de l'humeur, troubles névrotiques, troubles du développement psychologiques, autres ALD	région	? Données disponibles pour 1998	CPAM, MSA, CMR	ORSB	
Offres de soins							
nombre d'établissement et nombre de lits pour déficients mentaux, troubles du comportement, SESSAD			région - département	tous les ans, dernières années disponibles 2001	DRASS, enquête ES, FINESS	DREES (statiss)	
Capacité d'hospitalisation en psychiatrie		Nombre et % de lits et de places d'hospitalisation complète ou partielle en psychiatrie publique et privée. Le % est rapporté à l'ensemble des lits et places d'hospitalisation publique et privée en psychiatrie. L'hospitalisation complète inclut les places d'appartements thérapeutiques, les centres de crise et de postcure.	région - département	a priori tous les ans - données disponibles pour 1998 et 1999	DREES	Score Santé	offre de soin globale - pas distinguo par catégorie de population cible

Indicateurs	Population concernée	Définition de l'indicateur	Aire géographique	Périodicité	Source (organisme)	Site internet	Commentaires
Capacité d'hospitalisation dans les centres hospitaliers spécialisés	- centres hospitaliers spécialisés (CHS). - services de psychiatrie des hôpitaux généraux (SPHG) - hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics (HPP)	Nombre et répartition des lits et places d'hospitalisation complète ou partielle	région - département	a priori tous les ans - données disponibles pour 1998 et 1999	DREES	Score Santé	offre de soin globale - pas distinguo par catégorie de population cible
Capacité d'hospitalisation en psychiatrie générale		Nombre et répartition des lits et places en hospitalisation complète ou partielle en psychiatrie générale (adultes), et taux pour 1000 habitants. L'hospitalisation partielle inclut le placement familial thérapeutique.	région - département	a priori tous les ans - données disponibles pour 1998 et 1999	DREES - INSEE	Score Santé	offre de soin globale - pas distinguo par catégorie de population cible
Nombre et répartition des lits et places d'hospitalisation complète ou partielle dans les hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics (HPP).		Nombre et répartition des lits et places d'hospitalisation complète ou partielle dans les établissements privés autres que ceux faisant fonction de publics : cliniques et foyers de postcure pour malades mentaux, services de psychiatrie de cliniques non spécialisées en psychiatrie.	région - département	a priori tous les ans - données disponibles pour 1998 et 1999	DREES	Score Santé	offre de soin globale - pas distinguo par catégorie de population cible
Nombre de lits et places en publics et privé pour la psychiatrie générale (adulte)		Nombre de lits et places en hospitalisation complète, hospitalisation de jour ou de nuit, placement familial thérapeutique	région - département	tous les ans - dernières données disponibles 2001	DRASS - SAE	DREES (statiss)	
Taux d'équipement en psychiatrie générale		taux d'équipement global dont lits d'hospitalisation complète pour 1000 habitants	région - département	tous les ans - dernières données disponibles 2001	DRASS - SAE	DREES (statiss)	

Indicateurs	Population concernée	Définition de l'indicateur	Aire géographique	Périodicité	Source (organisme)	Site internet	Commentaires
Lits et places publics et privés pas secteur d'activité		Nombre de lits et places répartis en hospitalisation complète, de jour ou de nuit, placement familial thérapeutique d'une part, secteur public ou secteur privé ensuite, puis en fin psy infanto-juvénile ou psygénérale (adulte)	région - département	tous les ans - dernières données disponibles 2001	DRASS - SAE	DREES (statiss)	
Capacité d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile		Nombre et répartition des lits et places en hospitalisation complète ou partielle infanto-juvénile, et taux pour 1000 enfants de 0 -16 ans inclus. L'hospitalisation partielle inclut le placement familial thérapeutique.	région - département	a priori tous les ans - données disponibles pour 1998 et 1999	DREES - INSEE	Score Santé	
Nombre de lits et places en publics et privé pour la psychiatrie infanto-juvénile		Nombre de lits et places en hospitalisation complète, hospitalisation de jour ou de nuit, placement familial thérapeutique	région - département	tous les ans - dernières données disponibles 2001	DRASS - SAE	DREES (statiss)	
Taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile		taux d'équipement global dont lits d'hospitalisation complète pour 1000 enfants de 0 à 16 ans inclus	région - département	tous les ans - dernières données disponibles 2001	DRASS - SAE	DREES (statiss)	
Nombre de médecins libéraux spécialistes en psychiatrie et neuro-psychiatrie		Nombre de médecins par spécialité et % sur l'ensemble des spécialités. Les décomptes de médecins proviennent de plusieurs sources, dont les modalités d'enregistrement diffèrent (Ordre des médecins, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Ministère de l'emploi et de la solidarité).	région	annuel - dernière année disponible 2000	CNAMTS	Score Santé	
Densité en médecins libéraux spécialistes en psychiatrie et neuro-psychiatrie		Nombre de médecins spécialistes pour 100 000 habitants. Pour les pédiatres, la densité est rapportée à la population de moins de 16 ans, et pour les gynécologues-obstétriciens à la population féminine de 15-49 ans.	région	annuel - dernière année disponible 2000	CNAMTS, INSEE	Score Santé	

Indicateurs	Population concernée	Définition de l'indicateur	Aire géographique	Périodicité	Source (organisme)	Site internet	Commentaires
Nombre de médecins psychiatres salariés exclusif en psychiatrie			région- département	tous les ans - dernières données disponibles 2001	ADELI	DREES (statiss)	
Activité de soins							
Nombre d'actes des psychiatres		Nombre d'actes de psychiatres libéraux par habitant	région	annuel - dernière année disponible 2000	CNAMTS- SNIR, INSEE	Score Santé	
Consultations auprès de psychiatres		Consommation de consultations par personne auprès de certains psychiatres	région	annuel - dernière année disponible 2000	CNAMTS	Score Santé	
Modes de prise en charge en psychiatrie		Répartition des patients de la file active par modalités de prise en charge. La file active des secteurs de psychiatrie est l'ensemble des patients vus au moins une fois par an par l'un des membres de l'équipe du secteur	région	tous les 2 ans - dernière année disponible 1997	DREES	Score Santé	
Mode de prise en charge en psychiatrie en pourcentage	- ambulatoire en psychiatrie générale - temps partiel dans les secteurs de psychiatrie générale - temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale	Pourcentage de patients pris en charge par tranches d'âge. Le % est rapporté au nombre de patients du même âge pris en charge en psychiatrie.	région	données disponibles pour 1993 - 1998	DGS, OMS, INSERM	Score Santé	quelle tranche d'âge ?

Indicateurs	Population concernée	Définition de l'indicateur	Aire géographique	Périodicité	Source (organisme)	Site internet	Commentaires
Nombre de séjours pour les garçons de moins de 15 ans pour troubles mentaux	- garçons de moins de 15 ans - filles de moins de 15 ans - Hommes de 15 à 34 ans - Femmes de 15 à 34 ans	Nombre de séjours pour troubles mentaux (classification CIM10) dans les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique) des établissements de santé publics et privés concernant des garçons de moins de 15 ans.	région - département	1998 seule année disponible sur le site	DREES - PMSI	Score Santé	
Pourcentage des toxicomanes pris en charge dans les centres spécialisés, toxicomanes	- Toxicomanes de moins de 20 ans - Toxicomanes de 20 à 29 ans	Répartition par âge (en %) des toxicomanes pris en charge dans les centres spécialisés, pour les toxicomanes de moins de 20 ans	région	tous les ans ou tous les 2 ans - dernière année disponible 1999	DREES	Score Santé	
Pourcentage des toxicomanes pris en charge dans les établissements sanitaires, toxicomanes de moins de 20 ans	- Toxicomanes de moins de 20 ans - Toxicomanes de 20 à 29 ans	Répartition (en %) par âge des toxicomanes pris en charge dans les établissements sanitaires, pour les toxicomanes de moins de 20 ans	région	tous les ans ou tous les 2 ans - dernière année disponible 1999	DREES	Score Santé	
Pourcentage des toxicomanes pris en charge dans les établissements sociaux, toxicomanes de moins de 20 ans	- Toxicomanes de moins de 20 ans - Toxicomanes de 20 à 29 ans	Répartition par âge (en %) des toxicomanes pris en charge dans les établissements sociaux, pour les toxicomanes de moins de 20 ans	région	tous les ans ou tous les 2 ans - dernière année disponible 1999	DREES	Score Santé	

NB : Les résultats de « l'enquête nationale infanto-juvénile réalisée en 1996 – La région Bretagne » (INSERM – OMS – DGS) n'ont pas été introduits dans ce tableau compte tenu de l'incertitude sur la reconduite périodique de cette enquête ponctuelle.

Annexe 5 : Définition d'un indicateur ¹³

Un indicateur est une variable qui décrit, d'un point de vue quantitatif, un élément de situation ou une évolution.

C'est un outil d'aide à la décision qui est toujours utilisé dans un contexte donné.

L'utilisation d'un indicateur est toujours liée à l'objectif qui a été fixé, c'est pourquoi un même indicateur peut être utilisé (sous la même forme ou sous des formes voisines) à des fins différentes et donc par des acteurs différents.

Par ailleurs, un indicateur suppose toujours une question à laquelle il tente de répondre : les chiffres ne parlent pas d'eux-mêmes et une statistique ne constitue pas forcément un indicateur, pour cela il faut que l'information fournie réponde aux préoccupations de la personne qui en dispose.

Chaque indicateur doit aussi faire l'objet d'une interprétation : les conditions de recueil et de traitement des données doivent faire l'objet d'une définition précise afin que les informations puissent être reproduites au fil du temps : la standardisation est donc indispensable, plus particulièrement lorsqu'un indicateur est utilisé dans le but de comparer différents services ou établissements.

On distingue différentes catégories d'indicateurs :

- ✓ les indicateurs généraux : ce sont des outils de diagnostic des problèmes de santé au niveau national, régional ou local. En effet, une stagnation de l'espérance de vie peut être un signal qui permet de détecter un problème de santé à l'échelle d'une population. Beaucoup de ces données font appel à des données démographiques et à la statistique nationale des causes de décès.

- ✓ les indicateurs spécifiques : ils sont potentiellement très nombreux et concernent des mesures de bien-être physique ou mental, de bonne adaptation sociale, de prévalence ou d'incidence des symptômes, de maladies, de fréquence des décès pour des causes spécifiques. Le choix de ces indicateurs est lié à la définition des domaines de santé prioritaires.

¹³ ANAES, construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé – Principes généraux- Mai 2002

Annexe 6 : Sources bibliographiques – Sites Internet

Rapports nationaux

- Rapport Dr G.Massé, « psychiatrie ouverte », rapport au ministre de la Santé 1992.
- Rapport Me H. Strohl- IGAS « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale » février 1995.
- Rapport P. Joly, avis et rapport du Conseil Économique et social, « prévention et soins des maladies mentales, bilan et perspectives, juillet 1997.
- Rapport de la cour des comptes 2000.
- Rapport Dr E. Piel et Dr JL. Roelandt, « De la psychiatrie vers la santé mentale » 2001.
- Plan de santé mentale, B. Kouchner, « Usagers au centre d'un dispositif à rénover », novembre 2001.
- Rapport J.L. Roelandt, « la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale, la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité », 11 avril 2002.
- Rapport DHOS avril 2002.
- Rapport du groupe de travail relatif au « recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale » Mars 2002, DHOS : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Ouvrages généraux

Circulaire DHOS/E3/2001/N°625 du 19 décembre 2001 relative à la mise en œuvre du PMSI – psychiatrie, à titre expérimental, <http://www.le-pmsi.fr/psy/actualitespsy.html>

KOVESS V., LABARTE S., CHANOIT P.-F., La Santé Mentale en région Ile de France : des données épidémiologiques à la planification, in Information Psychiatrique N°1- Janvier 2002, p 43 à 55

KOVESS V., LESAGE A., BOISGUERIN B., FOURNIER L., QUELLET A., Planification et évaluation des besoins en santé mentale, Paris : Flammarion Médecine Sciences , juin 2001, p. 209

KOVESS V., LOPEZ A., PECNOCHET J.-C., REYNAUD M., Psychiatrie année 2000, Médecine-Sciences Flammarion, juin 1999, p 300

Ministère de l'emploi et de la Solidarité – Ministère délégué à la santé, Plan Santé Mentale : l'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover, Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, novembre 2001, <http://www.sante.gouv.fr>

Ministère de l'Emploi et de la solidarité – Haut comité de la santé Publique, La santé en France 2002, Paris, La documentation française, 2002, <http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/accueil>

Ministère de l'Emploi et de la solidarité – Haut comité de la santé Publique, La souffrance psychique des adolescents et jeunes adultes, Rennes : Editions ENSP, février 2000, 116 pages.

Mission Nationale d'Appui en santé Mentale, Hôpital / ambulatoire : le nouvel équilibre, n°28 novembre 2001 Pluriels, La lettre de la Mission Nationale d'Appui en santé mentale

PIEL E., ROELANDT J.-L., De la psychiatrie vers la santé mentale, Paris : ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

Pluriels, La lettre de la Mission nationale d'appui en Santé Mentale, Février 2001 N°25, Santé Mentale, évaluer les besoins : l'apport de l'épidémiologie, p 12

ROELANDT J.-L., La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale : la place de l'utilisateur et le travail en partenariat dans la cité, Paris : ministère de la santé , 2002

Enquêtes de morbidité

BOISGUERIN B. – DGS, CASADEBAIG F. – INSERM Unité 513, QUEMADA N. – INSERM/CCOMS, Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, les cliniques psychiatriques privées et les établissements de réadaptation et de post-cure (16 mars – 29 mars 1998), Août 1999

BOISGUERIN B. – DGS, CASADEBAIG F. – INSERM Unité 513, QUEMADA N. – INSERM/CCOMS, Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale 16-29 mars 1998, résultats pour la région Bretagne, octobre 1999

BOISGUERIN B. – DGS, GALLOT A.-M. – DGS, QUEMADA N. – INSERM/CCOMS, THEVENOT J.-P.- INSERM/CCOMS, Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les centres médico-psycho-pédagogiques, les hôpitaux de jour privés 3 juin-15 juin 1996, décembre 1997

BOISGUERIN B. – DGS, GALLOT A.-M. – DGS, QUEMADA N. – INSERM/CCOMS, THEVENOT J.-P.- INSERM/CCOMS, Enquête infanto-juvénile 3 juin-15 juin 1996 : Résultats pour la région Bretagne, février 1998

OFDT, Résultats de l'enquête ESCAPAD 2001 : Quels sont les usages de substances psychoactives chez les jeunes de 18 ans en France ?, Dossier de Presse, 2002, www.drogues.gouv.fr

Données des secteurs de psychiatrie

GUILMIN A., PARAYRE C. - DREES, avec la collaboration de BOISGUERIN B. – DGS, Bilan de la sectorisation psychiatrique, juin 2002

GUILMIN A., - DREES, avec la collaboration de BOISGUERIN B. – DGS, Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 1997, mai 2000

GUILMIN A., BOISGUERIN B. – DREES, Les secteurs de psychiatrie générale en 1997, DREES, Collection statistiques Document de travail, n°20, mai 2000

Documents spécifiques à la Bretagne

Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)

Schéma régional d'organisation en santé mentale de Bretagne – avril 2001

BECK F., LEGLEYE S., PERETTI-WATEL P., Les consommations de produits psychoactifs à la fin de l'adolescence en Bretagne, Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2000/2001, Pôle Enquêtes en Population Générale, OFDT

Centre régional d'Etudes et d'Actions sur les Inadaptations et les Handicaps

Annuaire social Bretagne. Handicaps. Inadaptations. Désarrois sociaux : les adresses des services publics, associations et établissements du secteur social et médico-social

DRASS Bretagne, Souffrance psychique et phénomène suicidaire. Programme régional de santé : bilan des actions menées de 1996 à 2000, décembre 2000

DRASS Bretagne, Souffrance psychique et phénomène suicidaire. Extrait de « dossier documentaire de la conférence régionale de santé 2002. Bilan des actions de santé publique 2001 », février 2002

ORS Bretagne, Epidémiologie des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Enquête DGS-Inserm de 1996 : résultats pour la région Bretagne, mai 2001

ORS Bretagne, santé mentale et psychiatrie en Bretagne. Bilan pour le schéma régional de la psychiatrie. Rapport de synthèse, DRASS Bretagne, février 1995

OLLIVIER A., EON Y., Echelon régional du service médical de Bretagne – CNAMTS, Etude de la clientèle des établissements et services médico-sociaux agréés pour l'accueil des enfants et adolescents déficients intellectuels en Bretagne, revue médicale de l'assurance maladie, n°4, octobre-décembre 2000, pages 29-35

Sites Internet

- <http://www.arh-bretagne.fr> : ARH de Bretagne
- <http://www.cnamts.fr> ; site de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)
- <http://www.cram-bretagne.fr> : CRAM de Bretagne
- <http://bretagne.sante.gouv.fr> : DRASS de Bretagne
- http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/ind_drees.htm page de la DREES sur le site du Ministère
- <http://www.insee.fr> : INSEE
- <http://www.inserm.fr> : site de l'INSERM
- <http://www.droques.gouv.fr/fr/index.html> : OFDT
- <http://www.orsb.asso.fr> ; site de l'ORS de Bretagne
- <http://www.santebretagne.com> : URCAM de Bretagne
- <http://www.fnors.org/Score/accueil.htm> page accueil de Score santé sur le site de la FNORS