



Pour la Recherche n° 20, Juin 1999 : Santé mentale : Etat des lieux



- [Éditorial](#), par J.M. Thurin
- [Santé mentale : état des lieux](#), F. Casadebaig, V. Kovess
- [Appel d'offre autisme 99](#)
- [Unité Inserm U 513](#)
- [Appel d'offres Inserm](#)
- [Colloque Stress et immunité - programme](#)

- [abonnement](#)
- [Comité de Rédaction et remerciements](#)

Editorial par Jean-Michel Thurin

* Voici un document précieux qui fait le point sur les études épidémiologiques en santé mentale menées en France.

Au delà de la première impression produite par le nombre de ces travaux, cette présentation fait apparaître toutes les difficultés qui ne permettent pas d'utiliser pleinement les potentialités de l'épidémiologie. Elles relèvent de *facteurs techniques* : absence d'informatisation, diversité des logiciels ; de *facteurs de cohérence* : harmonisation de la définition des données étudiées et des conditions de leur recueil ; de *facteurs territoriaux* : administratifs ou médicaux. Ainsi ce rapport fait apparaître, par exemple, la sous évaluation des facteurs psychiatriques dans les décès, du fait de leur non individualisation dans la référence générale et des difficultés de diagnostic par des non professionnels ; de même, la dissolution de la psychiatrie dans l'ensemble des spécialités "somatiques" peut donner finalement une représentation fautive de la place du mental dans la santé générale d'une population.

Ce recueil fait également apparaître les objectifs très différents que peuvent suivre des études ayant un objet commun général : la santé mentale. On y trouve des analyses purement quantitatives concernant le nombre et le mouvement des patients ; outre leur intérêt anecdotique, elles vont surtout renseigner sur les besoins concernant l'organisation des soins en fonction de la prévalence d'une affection et de sa trajectoire médico sociale. Mais on y trouve également des études sur les facteurs corrélés à un trouble ou une affection particuliers (alcoolisme, troubles des conduites alimentaires, démence, dépression...) qui les placent à la limite de la recherche clinique.

Ce rapport se termine par un ensemble de recommandations essentielles si l'on veut que nous puissions enfin disposer de connaissances dont nous avons besoin, d'un point de vue à la fois professionnel et scientifique : meilleur accès et diffusion de l'information, cellule d'expertise, règles concernant le recueil et l'organisation des données, initiatives pour la formation initiale et continue, création et utilisation de réseaux de médecins sentinelles.

Chacun de ces points est indispensable. Nous voudrions insister sur le dernier, peut-être moins habituel pour nos lecteurs et qui correspond à une démarche intéressante. Il s'agit de disposer d'un réseau de praticiens particulièrement intéressés par la recherche et prêts à participer à des projets d'intérêt général et pratique, strictement validés sur le plan scientifique. Des médecins généralistes et nos collègues américains se sont engagés dans cette voie, avec des résultats qui commencent à être tangibles.

Quand commençons-nous ?

[Sommaire](#)

Santé mentale : état des lieux

F. Casadebaig, V. Kovess

Introduction

Lors d'une réunion du bureau SP3 (DGS) tenue le 26/05/98, nous avons été chargées de faire :

1 - un état des lieux des enquêtes existantes en épidémiologie de la santé mentale en France ;

2 - des propositions pour améliorer le recueil et l'analyse des données épidémiologiques.

Concernant l'état des lieux, nous avons procédé à une lecture attentive de la liste des travaux français en épidémiologie psychiatrique à partir du répertoire du Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique dans sa dernière édition 1989-1994. Nous l'avons complétée d'une étude bibliographique exhaustive sur l'épidémiologie de la dépression, publiée en 1998, qui couvrait la plupart des enquêtes sur la santé mentale en France. Nous avons aussi consulté le répertoire du Réseau National de Santé Publique (RNSP), le Comité d'Education pour la Santé (CFES), le site internet du Ministère et celui de Psydoc-France et enfin, le document de synthèse de la Fédération Française de Psychiatrie ainsi que, bien entendu, les travaux menés par l'INSERM et dans ses réseaux.

Nous avons ajouté toutes les enquêtes portées depuis cette date à notre connaissance, y compris des enquêtes en cours, conscientes que malgré notre connaissance du milieu, certaines ont pu nous échapper.

Commentaires méthodologiques

La lecture de ces documents amène à quelques commentaires préalables sur la valeur méthodologique très inégale des travaux recensés :

- * au niveau des recueils systématiques comme par exemple la fiche patient pour laquelle le contrôle de qualité des diagnostics n'est pas fait systématiquement, pas plus que n'existe la possibilité d'une entrée des diagnostics associés ou secondaires amenant parfois à des variations importantes de diagnostic pour la même personne ;
- * au niveau des autres études pour lesquelles se posent la plupart du temps des problèmes :
 - * d'échantillonnage : certaines études utilisent des méthodes qui remettent en cause leur représentativité : méthode des quotas, tailles insuffisantes pour représenter certaines maladies, biais de sélection importants ou étude d'une population particulière ne pouvant être extrapolée ;
 - * de taux de non réponses qui ne sont pas toujours présentés et peuvent être très élevés, invalidant de ce fait les résultats ;
 - * d'instruments : certaines enquêtes n'utilisent pas d'instruments validés ou qui ont été validés pour d'autres applications.

En ce qui concerne le répertoire du GFEP (Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique) qui, de toute façon, n'est pas exhaustif puisqu'il est basé sur les réponses à un questionnaire des personnes qui font des recherches, la présentation des travaux ne permet pas toujours d'avoir les informations pour juger de ces éléments. Cependant, nous avons opéré une sélection minimale des travaux permettant à tout le moins de produire des prévalences sur une taille d'échantillon suffisamment importante.

De plus, nous avons considéré que notre mandat concernait l'épidémiologie et non la recherche clinique, quoique les différences soient parfois difficiles à établir, une étude épidémiologique pouvant donner lieu secondairement à une recherche clinique. Nous avons donc autant que faire se peut privilégié les études permettant d'évaluer la santé mentale d'une population.

Malgré ces précautions, le lecteur doit être conscient de la nécessité d'une grille d'analyse de ces travaux d'autant que la grande majorité d'entre eux n'a pas été publiée dans des revues scientifiques comportant un comité de lecture et des référents extérieurs et n'ont pas fait l'objet d'attribution de subventions gérées par des comités de pairs : PHRC, INSERM, RNSP (Réseau National de Santé Publique), Fondation Recherche Médicale (FRM) ou encore d'un passage au comité du label (CNIS) qui garantiraient leur qualité scientifique.

I - STATISTIQUES DE MORTALITÉ

I.1 Fichier national

Chaque année, l'INSERM publie un répertoire des causes de décès au niveau national, par sexe, âge et diagnostic ; les maladies mentales sont rarement une cause de décès, sauf en ce qui concerne le suicide et les complications de l'alcoolisme. Une cause associée n'est portée que pour un décès sur deux environ et lorsqu'un diagnostic de santé mentale y figure, c'est dans 50% des cas celui de dépression.

Jusqu'en 1982, les hôpitaux psychiatriques et services hospitaliers psychiatriques étaient individualisés, ce qui permettrait d'étudier les décès qui s'y produisaient. L'étude de ce fichier à travers les années permet d'observer des tendances. Ainsi on observe jusqu'au milieu des années 80 une montée du suicide. Depuis les années 90, on constate une légère diminution des taux. Les taux les plus élevés restent ceux des 75 ans et plus et les plus fortes augmentations concernent les 25-44 ans (**F. Casadebaig** et **A. Philippe**).

Les analyses auprès d'Instituts Médico-légaux ont montré une sous-évaluation des décès par suicide de l'ordre de 20%. (**T. Lecomte** et al, **A. Philippe**) et il n'est pas évident que ce pourcentage soit identique dans toutes les régions.

I.2 Statistiques régionales

Quelques Observatoires Régionaux de Santé (ORS) publient les décès par suicide au niveau régional.

II - DONNÉES SUR L'HOSPITALISATION ET L'EXTRA HOSPITALIER

II.1 Psychiatrie publique

II.1.1. les statistiques d'hospitalisation

Les enquêtes hospitalières concernent les mouvements de patients ; elles sont connues sous le sigle H 80, puis SAE (Statistiques Annuelles des Établissements) pour les établissements publics, et sous le sigle EPH pour les établissements privés. Ces données exhaustives concernant les journées d'hospitalisation et les activités extrahospitalières, ne comportent aucune information concernant le patient, et plus particulièrement le diagnostic porté. Elles ne sont donc pas utilisables dans les enquêtes de morbidité.

II.1.2. la fiche patient

Généralisée depuis 1985 pour la psychiatrie adulte et 1986 pour la psychiatrie infanto-juvénile, la fiche patient est l'exemple même d'un mode de recueil de données basé sur le patient. Elle comporte au minimum un diagnostic (CIM 9 puis CIM 10 et CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux des Enfants et Adolescents) pour les enfants et adolescents) ; dans certaines structures, plusieurs diagnostics peuvent être relevés mais ceci n'est pas systématique (diagnostics psychiatriques principal et secondaire, diagnostic somatique associé). Sont également notées les informations concernant les patients (âge, sexe, lieu de résidence, statut professionnel et matrimonial), ainsi que les différents actes de soins intra et extra-hospitaliers. La fiche patient est remplie exhaustivement dans tous les secteurs de psychiatrie et sert de base au rapport d'activité qui est envoyé annuellement à la Direction Générale de la Santé ; cependant, pour des raisons de confidentialité, les diagnostics ne remontent pas au niveau national ce qui rend actuellement impossible la production de statistiques nationales de morbidité. Ces statistiques permettent cependant d'évaluer le système de soin et de le comparer entre régions et pays.

La fiche par patient peut être exploitée au niveau départemental, (ainsi à Poitiers par l'ORS ⁽⁵⁴⁾ pour le département de la Vienne) ou au niveau d'un CHS (comme à Rennes par **A. Batt** et al).

La mission PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations) a tenté d'exploiter rétrospectivement et après accord de la CNIL les fiches patients des services volontaires. Ce projet a été précédé d'une enquête auprès de tous les établissements de santé qui accueillent des patients psychiatriques, soit en tant qu'établissements spécialisés (publics ou privés) soit en tant que services dans un établissement.

Globalement, 60% des établissements ont répondu soit 344 sur 569 (le taux dans le public étant de 69%) : parmi ces répondants, la moitié était volontaire pour exporter des données. Sur les non volontaires, 116 ne disposaient pas de base informatisée et 40 ne pouvaient la décrire tandis que 38 établissements volontaires devaient encore être éliminés pour des raisons techniques. Ceci signifie qu'en 1996 le taux d'établissements qui avaient informatisé leur fiche patient était situé entre 27 et 55%, le taux le plus bas étant probablement plus proche de la réalité.

Le groupe PMSI a néanmoins travaillé sur une base provenant de 61 établissements (192 secteurs adultes et 37 infanto juvéniles), soit 274 000 patients adultes et 59 000 enfants. La moitié seulement en a été exploitée avec un suivi sur trois années pour une partie des établissements. Cette expérimentation a permis de mettre en évidence certains facteurs prédictifs de la prise en charge mais surtout de démontrer l'intérêt de cette exploitation et sa grande difficulté devant le pourcentage relativement faible de secteurs informatisés et surtout capables d'exporter leurs données en raison de la diversité des logiciels.

Les services de psychiatrie des hôpitaux généraux pourraient être mieux dotés grâce aux activités des DIM MCO (Département d'Information Médicale Médecine Chirurgie Obstétrique). En fait, ils se trouvent confrontés à des logiciels qui ne tiennent souvent pas compte de la fiche patient et tout particulièrement des activités extra-hospitalières puisque calquée sur les RSS MCO (Résumé Standardisé de Sortie Médicale Médecine Chirurgie Obstétrique), voire à des difficultés pour récupérer leurs données. Dans les bons cas, ces services peuvent produire des données sur la psychiatrie en hôpital général

II.1.3. les rapports d'activité des services d'hôpitaux particuliers

Établis annuellement à partir de la fiche patient ou d'un équivalent, ils reflètent de façon exhaustive l'activité d'un service de soins donné. Ils peuvent donc contribuer à la connaissance de la morbidité dans un service, ou dans un hôpital particulier (Hôpital militaire de Brest (**G. Reine**)) voire dans un ensemble d'hôpitaux comme c'est le cas pour l'ensemble des services de l'Assistance publique de Paris (AP-HP) qui produit annuellement ses statistiques (tableaux TESS).

Il existe enfin des services de psychiatrie qui, outre leurs activités sectorielles hospitalières et extra-hospitalières, ont également une vocation d'accueil extra-sectoriel. Ces services acceptent, en fonction des places disponibles, respectant en cela le libre choix du sujet de son lieu d'hospitalisation, de prendre en charge des patients dépendant d'un autre secteur de psychiatrie. L'exemple type en est les services hospitalo-universitaires de psychiatrie ou encore des services particuliers comme le dispositif psychiatrique parisien de la MGEN ou celui de la MNEF qui produisent leurs propres statistiques.

II.1.4. les enquêtes nationales spécifiques

Une enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale a été menée conjointement par la DGS et par l'INSERM en 1993 (**B. Boisguérin** et al). Cette enquête, qui concernait un secteur sur deux et dont le taux de réponse a été excellent, repose sur une coupe transversale d'une journée en hospitalisation plein temps, d'une semaine en hospitalisation partielle et de deux semaines en ambulatoire. Elle ne décrit donc pas à proprement parler un échantillon représentatif des files actives nationales mais donne des informations importantes sur les pathologies prises en charge suivant ces différentes modalités à un moment donné. L'effet coupe transversale sur-représente les pathologies les plus chroniques et les auteurs soulignent que le poids relatif des pathologies dans cette étude n'est pas le même que dans la file active annuelle, avec en particulier une sur-représentation des pathologies demandant des soins intensifs sur de longues périodes. Un traitement statistique permettrait probablement de corriger cet effet. Cette enquête a été renouvelée en 1998 et a obtenu un taux de réponse de 95%. Ces enquêtes font aussi l'objet d'une exploitation régionale.

II.2 Cliniques privées

Il existait jusque récemment peu de données sur les cliniques privées et seules les enquêtes de **J.M. Angleraud** et **D. Leguay**, qui datent d'une dizaine d'années, avaient évalué sur des territoires donnés, les patients des systèmes de soin privé et public. Dans le cadre du rapport **Ph. Cléry Melin** (1996), **D. Antoine** (SESI) a entrepris une coupe transversale des pathologies rencontrées dans les cliniques privées psychiatriques dont le profil peut être ainsi comparé à celui de l'hospitalisation publique.

Dans cet esprit, la nouvelle enquête nationale en cours sur les secteurs de psychiatrie générale, menée conjointement par la DGS et par le CCOMS de l'INSERM, en 1998, a été étendue aux cliniques privées. C'est la première étude épidémiologique nationale qui enregistre des données de morbidité dans le secteur privé parallèlement à celles obtenues dans les secteurs publics de psychiatrie. Le taux de réponse des cliniques à cette enquête a été de 92%. Cette enquête concerne les hôpitaux de jour des cliniques privées mais exclut les hôpitaux de jour associatifs (essentiellement situés en région parisienne). Ceux-ci ont été couverts par une enquête spécifique de l'ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation) Paris en 1998.

II.3 Enquêtes dans les services

hospitaliers généraux

II.3.1 les enquêtes générales

La disparité des services de médecine interne ne permet qu'une comparaison approximative des résultats entre eux. Les particularités d'un service de médecine interne sont liées, pour ne citer que les principaux, à l'orientation spécifique du service, à la sur-représentation fréquente des sujets âgés et au mode de recrutement des patients.

Une enquête récente (1993), publiée en 1996, a été conduite par le SESI (Ministère du travail et des affaires sociales) sur les hospitalisations publiques et privées court séjour (médecine générale et spécialités médicales hors psychiatrie, chirurgie et gynéco-obstétrique). Cette enquête a étudié 66 789 séjours tirés au sort par un sondage à deux degrés. Les résultats concernent les diagnostics CIM 9, codés à partir des renseignements fournis par les médecins des unités de soin sous la responsabilité d'un médecin de DIM. Ce sont les "manifestations cliniques" du trouble ayant motivé le séjour qui ont été retenues ; les troubles dépressifs ont fait l'objet d'une étude détaillée.

On peut cependant déjà remarquer que cette évaluation sous-estime l'ensemble des troubles dépressifs puisqu'elle implique une reconnaissance du trouble par le médecin de l'unité et qu'elle ne tient pas compte des diagnostics secondaires. Cependant, dans le contexte d'une étude sur les déprimés dans le système de soin, elle renseigne sur les séjours de ceux qui sont hospitalisés pour troubles dépressifs dans ce contexte.

Dans un service de soins somatiques, le fait psychique est généralement sous-estimé tant par les internistes que par les psychiatres. **J.P. Lépine** estime, à travers une revue de la littérature, que la non-reconnaissance, les oublis et les erreurs diagnostiques des problèmes de psychiatrie dans les services de médecine concernent 10 à 30 % des patients hospitalisés, parmi lesquels les troubles dépressifs sont fréquents.

Pour ce qui est de l'extrapolation des résultats des enquêtes qui ont été faites à partir d'une évaluation systématique des symptômes, ce même auteur remarque que les résultats de morbidité dépressive peuvent varier dans des proportions importantes d'une étude à l'autre, en fonction des instruments retenus et du seuil à partir duquel est admise l'existence d'une pathologie dépressive car il peut exister de grandes différences selon les échelles utilisées.

II.3.2. les enquêtes spécifiques

Alcool

A partir du répertoire du Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique 89-94, on peut relever, entre autres, une étude en Côte d'Or sur la morbidité hospitalière due à l'alcoolisme (un patient hospitalisé sur cinq environ présente des stigmates d'alcoolisme) (**L.S. Aho et al**) ; une étude de la prévalence de la morbidité alcoolique dans l'Yonne à partir de 9 établissements hospitaliers sur dix (72% de participants) (**Giensenfeld**).

Deux études de prévalence de l'alcoolisme ont été conduites, un jour donné, sur les patients hospitalisés (MCO) dans le département des Yvelines (**S. Guyot et al**) et dans la région Auvergne.

Cette dernière étude, initiée par **M. Reynaud et al** et le **Dr Malet**, a été étendue aux généralistes et spécialistes libéraux (40 à 50% de réponses). Dans les deux études, environ 20% des patients hospitalisés (MCO) présentent une alcoolisation excessive à travers le questionnaire dit DETA ou CAGE.

Ce sujet est souvent abordé par les médecins de santé publique qui ont leurs propres organes de publication.

Tentatives de suicide

Le Groupe d'Études et de Préventions du Suicide (GEPS) tient un colloque chaque année où sont présentés les travaux des membres du groupe.

Une étude, sur suicide et tentative de suicide, a été diligentée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et la Mutualité Française (PREMUTAM). Réalisée par la FNORS, avec l'aide des ORS dans cinq régions (Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées, Aquitaine, Bretagne et Nord-Pas de Calais) choisies pour leur diversité concernant les prévalences du suicide, des taux les plus élevés (Bretagne, Nord-Pas de Calais) aux plus bas (Midi-Pyrénées), cette étude porte sur la fréquence régionale des tentatives de suicide accueillies par les services d'urgences des hôpitaux non spécialisés et sur les caractéristiques de l'accueil et de la prise en charge des suicidants. Une enquête a été menée aussi dans les cinq régions auprès d'échantillons représentatifs de médecins généralistes avec 85% de réponses pour relever les caractéristiques du dernier cas rencontré et les pratiques de prise en charge habituelles autour du suicide.

Les services d'urgences des hôpitaux généraux sont assez souvent sollicités pour étudier notamment les conduites suicidaires hospitalisées mais les conduites suicidaires, vues en ambulatoire, sont rarement étudiées.

Une étude sur les tentatives de suicide et leur suivi sur plus de cinq ans a été réalisée par **D. Crenniter**⁽¹⁵⁾ à Créteil et une autre sur l'ensemble des primo suicidants vus sur une année et suivis pendant deux ans au CHU d'Angers (**J.P. Lhuillier et al**).

F. Chastang⁽¹²⁾ (thèse d'épidémiologie et de santé publique Nancy 1) reprend toutes les études sur les patients suicidaires et présente sa propre étude auprès de 1 073 patients suicidaires évalués par l'équipe du CHU de Caen (étude

exhaustive sur six mois), en s'attachant tout particulièrement aux facteurs de récidive.

Une étude, menée par **F. Eudier et al** ⁽¹⁸⁾, sur 632 suicidants admis au CHRU de Rennes et suivis pendant 6 mois, a cherché à l'aide de la *Suicidal Intent Scale de Beck* si les précautions prises par les suicidants au moment de leur geste étaient un reflet de leur intentionnalité suicidaire.

En 1992-1993, à partir de l'enquête de morbidité hospitalière ⁽⁵²⁾, une étude a distingué les TS donnant lieu à hospitalisation dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Cette étude donne la répartition des patients par sexe et âge et également le mode de la TS (essentiellement médicamenteux).

Enfin, il faut souligner que les chercheurs de l'Unité 302 sous la direction de **D. Widlöcher**, avec le conseil scientifique du GEPS et un certain nombre de cliniciens particulièrement engagés dans ce domaine, ont pendant trois ans réfléchi sur la faisabilité et la méthodologie d'études sur le suicide et les conduites suicidaires et que la fermeture de l'Unité a interrompu ce programme. Le rapport vient d'être remis à Mr le Ministre de la Santé.

II.4 Lieux de soin particuliers

II.4.1 les CHAA (Centres Hygiène Alimentaire et d'Alcoolologie)

Des études sont menées par l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (A. N. P. A.) chaque année depuis 1987 sur les caractéristiques des nouveaux consultants, leurs habitudes de consommation et leur trajectoire de soins. En 1996, 30% des nouveaux consultants sont chômeurs ou inscrits au RMI ; 10% ont eu des conduites suicidaires.

II.4.2 les lieux de soins en milieu carcéral

Des études sont régulièrement menées sur les toxicomanes incarcérés et sur l'évolution au cours du temps (1992-1995) des caractéristiques de ces sujets (**F. Facy**).

Un rapport du Haut Comité à la Santé Publique sur la prise en charge sanitaire des détenus (1993) estimait : *"qu'il n'existait pas à l'échelle nationale d'études épidémiologiques fiables permettant d'apprécier les troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires"*. Sont cependant citées deux études à Varcès et Angoulême qui retrouvaient de tels troubles chez 45 et 60% des détenus.

Une étude de la Direction de la recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (D. R. E. E. S.), conduite par **M.C. Mouquet et al**, a porté sur la santé des entrants en prison, sur l'ensemble des maisons d'arrêt et quartiers de maison d'arrêt des centres pénitentiaires au printemps 1997. Malgré un état général jugé satisfaisant (population jeune dans l'ensemble), environ un tiers des entrants en prison cumulent les consommations à risque (alcool, tabac, drogues, psychotropes) et près d'une personne sur dix a besoin d'une prise en charge psychiatrique.

Une étude a porté sur l'ensemble des suicides en prison entre 1982 et 1991 (**N. Bourgoïn**) pour cerner les facteurs de risque et les moments à risque au cours de la détention.

II.4.3. les centres de soins spécialisés en toxicomanie

Des études longitudinales sont menées pour suivre l'évolution des patients traités à la méthadone au niveau de leur santé physique, mentale et sociale.

III - ENQUÊTES AUPRÈS DES PSYCHIATRES LIBÉRAUX

Les enquêtes auprès des médecins exerçant en psychiatrie libérale sont assez difficiles car le taux de réponse des médecins est souvent mauvais, avec par contre une très bonne coopération de la part des patients contactés par ce biais. Par exemple, dans l'enquête menée par **F. Rouillon** auprès de psychiatres libéraux tirés au sort dans 8 régions de France, le taux de participation des psychiatres est inférieur à 26 %, alors que le taux de réponse des patients avoisine 90%.

D'autres enquêtes ont des taux de réponses très supérieurs mais posent néanmoins un problème de représentativité : en effet, la plupart de ces enquêtes sont financées par l'industrie pharmaceutique qui travaille avec un panel de médecins conçu en fonction de leur objectif de vente, et non d'une représentativité épidémiologique qui les aurait tirés au sort. Or un psychiatre peut, en fonction de sa formation et de ses choix théoriques, avoir un abord plus chimiothérapique, plus psychothérapique, plus cognitiviste et par conséquent s'avérer être un prescripteur plus ou moins important. Ce faisant, il risque d'être plus ou moins représenté dans ces pools ; l'échantillon des patients pourra alors être biaisé de ce fait.

IV - ENQUÊTES AUPRÈS DES GÉNÉRALISTES

Le rôle des médecins généralistes dans le domaine de la santé mentale est fondamental, puisque certains auteurs estiment que 75 % de la pathologie mentale est vue par les généralistes et qu'une consultation sur cinq en médecine

générale est probablement motivée par un problème de santé mentale. C'est dire l'importance des enquêtes dans ce contexte qui posent néanmoins des difficultés de réalisation. En effet, ces enquêtes se heurtent à deux obstacles : la faible participation et les difficultés de reconnaissance des diagnostics dans le contexte de la médecine générale.

Comme c'était le cas pour les psychiatres libéraux, le taux de participation, généralement exprimé en taux de non-réponses, est souvent mauvais sauf dans des cas spécifiques comme celui des "Réseaux Sentinelles" qui regroupent des médecins généralistes, rompus aux enquêtes épidémiologiques et qui participent en priorité aux études menées dans cette région. L'ensemble des médecins généralistes n'est cependant pas concerné par ces réseaux sentinelles, ce qui pose la question de la représentativité de ces médecins.

De plus, les capacités des médecins généralistes à faire un diagnostic dans le domaine de la santé mentale sont extrêmement variables. Dans une étude anglaise (**Marks et al** cités par **V. Kovess**, 1988), l'opinion des généralistes quant à la présence ou à l'absence d'un problème psychiatrique chez leurs patients et les résultats des réponses à un auto-questionnaire de santé mentale : le *General Health Questionnaire*, sont comparés. Cette étude met en évidence une corrélation très variable entre ce qu'un médecin généraliste détecte comme problème de santé mentale et les problèmes évalués par une échelle de santé mentale largement validée (**D. Goldberg**)⁽²⁶⁾.

Dans le cadre d'une étude française multi-centrique sur la dépression, réalisée auprès des généralistes, **R. Fuhrer** et **F. Rouillon** ont comparé l'évaluation d'un "état dépressif majeur" (selon les critères DSM III R) réalisée par les généralistes et les psychiatres. Le coefficient Kappa (utilisé pour chiffrer la fidélité inter cotateurs, ayant comme maximum 1 et minimum 0) passe de 0,47 chez les généralistes à 0,78 chez les psychiatres (alors que les valeurs concernant la dysthymie et la cyclothymie sont beaucoup moins bonnes et relativement similaires chez les généralistes et les psychiatres). Ces comparaisons faites à partir d'entretiens enregistrés de différents patients montrent que la formation à l'utilisation d'une classification permet des accords satisfaisants, mais que cet effet disparaît quand les troubles sont moins sévères.

L'enquête auprès des généralistes sur la prise en charge des héroïnomanes conduite par **Charpak et al**, a obtenu 80% de taux de réponse (4 régions françaises). Elle a montré que 90% des généralistes voyaient des toxicomanes (héroïne) et que 15% en suivaient plus de 20 par an. L'extrapolation des chiffres au niveau national donnerait une file active de 250 000 héroïnomanes. 15% seulement des généralistes se considèrent formés à ce type de prise en charge.

L'enquête OMS, multicentrique menée en France par **Y. Lecrubier, P. Boyer, J.P. Lepine, E. Weiller**⁽⁴³⁾ sur les troubles psychologiques en médecine générale chez 400 patients montre une prévalence de l'ordre de 26% de problèmes de santé mentale. Les médecins généralistes les identifient dans environ un cas sur deux, cette proportion augmentant avec la sévérité des troubles ; cette étude ayant été faite à partir de la clientèle de quelques médecins volontaires en région parisienne a cependant une portée limitée pour l'ensemble du pays. Elle a été récemment refaite auprès d'un échantillon plus large de généralistes en provenance de plusieurs régions.

L'étude dans l'Yonne de la prévalence de la morbidité alcoolique a également été faite à partir des médecins libéraux - 72% de participants - (**M. J. Giesenfeld et al**). Un certain nombre d'études se font dans les régions à partir des Réseaux de Médecins Sentinelles. Ainsi, l'étude menée en Aquitaine sur les troubles anxieux qui donne un taux de 25% de ces troubles.

On doit encore citer une étude sur les pratiques de prise en charge des suicidants en médecine générale (PRISME, **P. J. Parquet et al**) conduite à partir d'un recrutement téléphonique de médecins généralistes tirés au sort (58% de répondants) auxquels ont été demandées des informations sur leurs pratiques concernant la prise en charge d'un suicidant au cours des 3 derniers mois.

V - ENQUÊTES EN POPULATION GÉNÉRALE

Tous les dix ans, une étude INSEE-CREDES⁽²⁸⁾ sur un échantillon représentatif de la population française étudie la consommation de soins et la santé des français. Concernant, l'état de santé mentale, ces études n'utilisent pas d'instruments standardisés ; il s'agit d'auto-déclarations de pathologies, symptômes, événements de vie, hospitalisations, consultations et consommation de médicaments, dont les psychotropes. Toutefois, un sous questionnaire portant sur la recherche d'éléments anxio-dépressifs a pu être particulièrement analysé dans une étude secondaire (contrat MIRE) **F. Casadebaig, F. Facy, J.M. Thurin**⁽¹⁰⁾. Quatre éléments apparaissent particulièrement : la cohérence entre consommation de psychotropes et souffrance psychique, la continuité entre normal et pathologique avec plus de la moitié de la population indemne de troubles et 15% qui en est très atteinte, l'importance des environnements culturel et social, l'association entre troubles psychiques et maladies somatiques.

Ces études montrent une consommation toujours plus élevée pour les femmes, qui croît avec l'âge et qui est nettement plus forte en France que dans les pays comparables en ce qui concerne la consommation de psychotropes (population très ciblée). Ces enquêtes entrent pour l'instant plus dans le champ de la pharmaco-épidémiologie dans la mesure où elles ne mesurent pas valablement les diagnostics.

Toutefois, à l'occasion de l'enquête annuelle réalisée par le CREDES sur un échantillon représentatif de la population d'assurés sociaux, établi avec la CNAM, en 1996-97 le questionnaire de santé auto-administré comportait une version

modifiée de la section dépression d'un instrument dérivé du CIDI (Composite International Diagnostic Interview) : le MINI (**Y. Lecrubier et al**) dont les résultats n'ont pas encore été exploités

En 1999 une enquête INSEE, parallèlement au recensement, est prévue pour la première fois sur les handicaps, déficiences et incapacités : la première partie concerne les institutions (1998) et la seconde s'ajoute au recensement en population. Une seconde vague, deux ans plus tard mesurera le flux, l'évolution et la mortalité.

D'autres enquêtes, comme le baromètre de santé du Comité Français d'Education pour la Santé (CFES), se donnent pour objectif, à partir d'un échantillon national représentatif, d'étudier les caractéristiques des sujets abstinentes et les profils de consommation des consommateurs d'alcool, de drogue de tabac. Cette étude, menée en relation avec des indicateurs de qualité de vie veut suivre l'évolution des comportements au fil du temps mais n'apporte pas d'éléments diagnostiques précis.

Enfin on doit citer l'enquête DEPRESS réalisée par une firme pharmaceutique sur un échantillon de 14 500 personnes "représentatif en terme démographique" de la population française. Cette enquête européenne a utilisé le MINI et la méthode des quotas. Elle a été critiquée dans un récent rapport de l'agence du médicament (1998) en raison du biais que représente le choix direct des interviewés par l'enquêteur et de la difficulté à produire un taux de réponse et un intervalle de confiance permettant les comparaisons statistiques. Elle a essentiellement évalué la dépression et sa prise en charge.

La plupart du temps, les études en population générale portent sur des échantillons géographiques et/ou socio-professionnels circonscrits.

V.1 Echantillon population générale

régionale ou locale

* Deux enquêtes régionales ont utilisé le CIDI dans une version légèrement modifiée (CIDIS). L'une a été conduite en 1991 en Ile-de-France auprès de 2 267 sujets de 18 ans et plus et l'autre en Basse Normandie en 1997 auprès de 1 445 sujets adultes avec l'objectif d'obtenir des diagnostics DSM III et IV des troubles les plus fréquemment rencontrés (**V. Kovess et al**). Ces enquêtes ont été menées en collaboration avec l'INSEE sur des échantillons représentatifs des régions et leur taux de réponse s'est situé entre 75 et 80%. Ces enquêtes ont été menées dans le cadre de pluri-partenariat et dans le contexte d'une collaboration avec les organismes de gestion des soins et de planification (DRASS, CRAM, etc.) ; l'enquête Ile-de-France comportait un échantillon spécifique de personnes recevant le RMI.

* une enquête locale a été conduite par **J.P. Lepine, J. Lellouch et al**, dans une ville de banlieue parisienne au moyen du DIS/CIDI. Elle a conduit à une évaluation des diagnostics DSMII R des troubles fréquents ; l'échantillon a été construit à partir des listes de téléphone, ce qui exclut les personnes sur liste rouge. Le taux de réponse s'est situé autour de 60%, les femmes étant nettement plus représentées que les hommes.

Ces deux enquêtes ont permis d'évaluer non seulement la prévalence des troubles les plus fréquents mais aussi un certain nombre de facteurs de risque et l'utilisation du système de soins en terme de consultations et de médicaments. L'enquête Basse Normandie a aussi évalué les raisons de non consultation.

* Une étude sur les troubles des conduites alimentaires chez les hommes vus au moment des « trois jours »

(**M. Flament et B. Remy, D. Vallet et al**) au Centre de Sélection de Vincennes, montre une prévalence classique de 0,4%, soit de 5 à 10 fois moins fréquente chez les hommes que chez les femmes mais avec des caractéristiques cliniques semblables concernant notamment les préoccupations corporelles, les stratégies de contrôle du poids et la fréquence des symptômes dépressifs.

* Une enquête, France Océan Indien, mise en oeuvre par l'Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique (**J.L. Roelandt, A. Caria**) a pour objectif principal de connaître la prévalence de certains troubles mentaux, l'utilisation du système et de décrire les représentations liées à la maladie mentale. Elle implique plusieurs secteurs français, les Comores, la Réunion, la Guadeloupe, Madagascar, l'Ile Maurice. Une taille de 900 personnes par secteur, sélectionnées au moyen de la méthode des quotas améliorée par un encadrement des enquêteurs (choix semi aléatoire, relevé des taux de réponses) a été prévue et c'est le MINI qui doit être utilisé.

V.2 Populations particulières

Personnes âgées

Il s'agit d'un projet (PAQUID) visant à étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, d'en distinguer les modalités normales et pathologiques et d'identifier les sujets à haut risque chez lesquels une prévention serait possible. 2835 personnes de 65 ans et plus sont suivies depuis huit ans en Gironde et le seront pendant cinq ans minimum. De nombreux aspects sont pris en compte dont l'évolution des fonctions cognitives, la dépression (par le biais d'une échelle) la survenue de handicaps. L'échantillon comprend des personnes vivant à domicile et des personnes en institution (**J.F. Dartigues**).

Outre divers test effectués à domicile par des psychologues, des données socio-démographiques sont recueillies à trois, cinq et huit ans d'évolution alternativement par la poste, le téléphone ou à domicile, ainsi que diverses informations dont la consommation médicamenteuse, le réseau familial et social pour ne citer que quelques-uns.

A noter une très forte association entre niveau d'études et risque de démence ; c'est le niveau d'études le plus élevé qui est le meilleur prédicteur. Le DRESP MGEN se propose de réaliser une enquête conjointe sur sa population spécifique.

L'enquête est intégrée dans deux réseaux européens, l'un sur l'épidémiologie de la démence et l'autre sur celle du Parkinson.

Milieu Professionnel

Une enquête a été réalisée parmi 10 000 salariés EDF-GDF avec les services de médecine du travail et les médecins conseils utilisant une stratégie en deux temps : screening par le GHQ (version à 12 items), envoyée sur le lieu de travail et dont le taux de réponse a été de 62% ; réinterview par des médecins d'un sous échantillon tiré au sort dont un pourcentage élevé de cas potentiels (483 sur 540 sollicités) avec certaines sections du CIDI (troubles anxieux, dépressifs et TOC). L'étude évaluait certains facteurs de risque : professionnels et personnels (**M. Golberg, A. Leclerc, M. Picot et al**). La MGEN a conduit en 1986 une enquête postale auprès de 4 000 adhérents tirés au sort en région Midi-Pyrénées (taux de réponses 60 %). Cette enquête a utilisé une liste de symptômes tirés de la HSC, étudié l'utilisation des soins, mesuré de nombreux facteurs de risque dont les événements de vie et a comporté trois suivis. Elle ne permet donc pas d'évaluer à proprement parler des diagnostics psychiatriques mais permet d'évaluer les troubles psychiques respectifs des enseignants versus autres mutualistes et de comparer les différentes catégories d'enseignants. La MGEN doit par ailleurs conduire en 1999 une enquête sur un échantillon national représentatif des mutualistes MGEN (10 000 personnes) concernant la santé mentale (diagnostics mesurés par le CIDIS) et des facteurs de risque.

Une enquête à partir de la médecine du travail dans le département de la Vienne, sur les ressortissants de la Mutualité Agricole vus sur deux années (pratiquement pas de non réponses) montre que le milieu agricole masculin reste un milieu à risque pour la consommation d'alcool (**F. Casadebaig, F. Facy**).

V.3 Populations SDF

Cette population a été plus particulièrement étudiée par **V. Kovess** et **C. Mangin Lazarus** en 1996 avec la collaboration de l'INED. Un échantillon représentatif de 900 sans abri a été constitué à Paris par une méthode complexe représentant les sans abri des refuges et les utilisateurs des points soupe ; le taux de réponse a été de 65% (70% dans les refuges) ; l'instrument a été le CIDI qui avait été préalablement validé sur 100 personnes de ce type l'année précédente, en particulier sur ses capacités à évaluer les troubles psychotiques.

Une autre étude a concerné les sans abri de Lille (**J.L. Roelandt**) ; cette enquête a utilisé le CIDIS.

Une enquête sur la population SDF a également été réalisée par l'INED avec la collaboration du CREDES en 1995. Cette enquête a permis d'évaluer l'accès et le motif d'accès aux soins des sans abri. Parallèlement le CREDES a pu constituer un sous-échantillon de témoins à partir des enquêtes déjà effectuées : enquête nationale 1991, et enquêtes permanentes sur la santé et la protection sociale des années de l'enquête INED ainsi que l'enquête auprès des hospitalisés dont certains étaient sans abri. Malheureusement ces enquêtes de consommation n'apportent que peu de renseignements sur les troubles mentaux dont elles soulignent cependant l'importance.

V.4 Maisons de retraite

Une étude sur les suicides en maison de retraite, malgré les difficultés méthodologiques et la sous-évaluation montre un taux trois fois supérieur à celui des personnes du même âge du département étudié la Haute-Garonne (**R. Franc**).

Une étude sur le suicide dans les maisons de retraite et hospices au niveau national est en cours à l'INSERM par **A. Philippe** et **F. Casadebaig**.

VI - PHARMACO-ÉPIDÉMIOLOGIE

On doit aussi citer des enquêtes de pharmaco épidémiologie comme l'enquête portant sur les prescriptions de neuroleptiques un jour donné dans 100 secteurs tirés au hasard, menée en 1995 par **B. Lachaux** et renouvelée en 1998. Les données portent sur le sexe, l'âge, le diagnostic et la prescription de neuroleptiques un jour donné. Une étude sur les hypnotiques chez les personnes de 75 ans ou plus du Limousin a montré que 56% des personnes prennent des hypnotiques dont 96% de façon quotidienne. La posologie administrée dépasse une fois sur deux la posologie recommandée.

Les études sur la consommation de médicaments psychotropes, que ce soit à partir de la médecine du travail dans le département de la Vienne, sur les ressortissants de la Mutualité Agricole (**F. Casadebaig et al**), ou sur des salariés du nord de la France (**B. Pamart-Deneaux et al**) ou en population générale dans le département de l'Isère (enquête par téléphone avec un taux de 66% de réponse) (**C.H. Cans** et **M. Rotily**), montrent que cette consommation est généralisée dans tout le pays et dans toutes les couches sociales et met en évidence les facteurs susceptibles d'augmenter la consommation de psychotropes, en plus de l'âge et du sexe, par exemple le rendement ou le changement de travail récent, voire de poste de travail.

Les études de population déjà citées permettent elles aussi d'étudier la consommation de médicaments psychotropes

VII - ÉTUDES SPÉCIFIQUES AUPRÈS DE CATÉGORIES DE PATIENTS

On peut citer un certain nombre d'études sur des cohortes de patients schizophrènes dont les frontières avec la recherche clinique sont difficiles à tracer. Ces études en cours vont faire l'objet d'un livre à paraître en 1999 ; parmi elles, on peut citer :

- * une étude portant sur la morbidité et la mortalité dans une cohorte de patients schizophrènes (**F. Casadebaig**) ;
- * une étude multi-centrique auprès de 200 patients traités dans le secteur public qui viennent de sortir de l'hôpital et qui sont suivis sur deux ans (**G. Vidon, M. Flament**) ;
- * une étude multi-centrique et européenne (ERGOS, RNSP) auprès de 150 patients français en provenance de 4 lieux de soin et 500 européens suivis sur un an (**V. Kovess**) ;
- * une étude dans les secteurs de Rennes sur les filières de soins (**A. Batt**) ;
- * les données nationales sur les schizophrènes en soins (**N. Quemada**)

Ces études évaluent le réseau social, la qualité de vie, les filières de soins, la prescription des psychotropes, différents aspects de la réinsertion du patient et les causes de décès ; elles sont à la limite de la recherche clinique et de l'épidémiologie. Ces études utilisent des instruments standardisés et des échelles. L'une des études (ERGOS) utilise un instrument standardisé du besoin de soin (*Need for care assessment*).

Une étude prospective européenne est prévue sur deux ans, sur des patients inclus aléatoirement, sur deux centres en Grande Bretagne, trois en Allemagne et trois en France (une dizaine de secteurs adjacents pour chaque site) et doit faire le point sur les liens entre état clinique, traitement médical et non médical, les effets secondaires des traitements, la consommation de soins. Les résultats seront évalués en terme de coût, de qualité de vie et de résultat clinique. Cette étude utilise environ une dizaine d'instruments standardisés. Elle est initiée par un laboratoire médical.

VIII - ÉPIDÉMIOLOGIE ET PLANIFICATION EN SANTÉ MENTALE

Enfin, nous aimerions terminer cette énumération en citant le groupe franco-qubécois d'étude sur les mécanismes de mise en place de la planification en santé mentale.

Ce groupe constitué sous l'égide de la DGS (bureau SP3) et du comité pour la santé mentale du Québec a réalisé un important travail sur les instruments et les méthodes de planification tant au niveau national que régional et local. Il s'est appuyé sur une enquête auprès des acteurs de la planification en France et au Québec et a repris toutes les informations disponibles dans le cadre de la planification dont, bien entendu, les enquêtes épidémiologiques dont certaines ont été clairement engagées dans un contexte de planification régionale ; le rapport sera rendu dans le premier semestre 1999.

RECOMMANDATIONS

Cette présentation démontre, s'il en était besoin, l'importance numérique des travaux et témoigne, contrairement aux idées reçues, d'un intérêt des français dans cette discipline. Par contre le nombre d'études publiées dans des revues à comité de pairs est extrêmement faible, à fortiori si on considère les revues anglo-saxonnes où elles sont quasi inexistantes.

Quelques recommandations peuvent se dégager :

1 - Mettre en place un recueil centralisé, mis à jour régulièrement, des enquêtes et des publications concernant la santé mentale en France sur un support facilement accessible tant pour la consultation que pour l'envoi de données.

Ceci pourrait être fait par internet sur le site FFP:INSERM *Psydoc-France* renforçant la rubrique épidémiologie. Toutefois, il semble utile que soit maintenu le répertoire établi par le GFEP au moins pour les années 1995 1999 et ce pour plusieurs raisons :

- * tout le monde n'a pas encore la même facilité d'accès aux banques de données et un support papier facilement utilisable peut rester un outil précieux.

Ce répertoire s'est avéré être un instrument très apprécié. Depuis plus de 10 ans, il s'est donné pour objectif de promouvoir l'épidémiologie en santé mentale et de centraliser les travaux effectués dans ce domaine.

* ce répertoire permet de faire connaître non seulement les travaux aboutissant à des publications nationales ou internationales mais aussi la "littérature grise" et les travaux locaux s'effectuant en France. Malgré tout, les travaux présentés devraient être soumis à une grille de lecture systématique permettant d'en évaluer les qualités méthodologiques (représentativité, instruments, analyses).

Le répertoire pourrait être intégré à *Psydoc-France*.

Le recueil *Psydoc-France* devrait comprendre quant à lui :

* les articles publiés en français et en anglais dans les revues de psychiatrie et de santé publique.

* les résultats d'enquêtes publiés par les différents organismes : SESI, CREDES, CNAM, observatoires de santé et autres organismes de ce type (à répertorier).

Une attention toute particulière au relevé des études concernant le suicide et les tentatives de suicide devrait être apportée toujours dans l'esprit d'une centralisation de l'information.

2 - Créer une cellule d'expertise en épidémiologie de la santé mentale

Elle permettrait d'une part de faire le lien entre l'épidémiologie et la mise en place de politiques de santé mentale en apportant des éléments concrets aux décideurs et d'autre part de donner au Ministère des avis documentés sur les demandes de financement d'enquêtes. Cette cellule devrait être de taille réduite et pluridisciplinaire ; il serait souhaitable qu'elle puisse inclure une personnalité scientifique étrangère. La cellule devrait être informée des projets retenus par les organismes à comité de pairs (PHRC, RNSP en particulier).

Il ne s'agit pas d'interdire à quiconque de faire les études qu'il souhaite mais à tout le moins de ne pas financer des études dont la méthodologie n'est pas adéquate et/ou faites dans un domaine où il en existe déjà qui peuvent répondre aux questions. En effet, il apparaît, à travers l'état des lieux réalisé ici que beaucoup d'études se recouvrent partiellement sans pour autant parfois se compléter ni permettre une confrontation réelle de leurs résultats. Cette cellule pourrait aussi susciter des enquêtes dans les domaines peu étudiés et évaluer les propositions.

3 - Améliorer les recueils systématiques

La fiche patient doit rester un élément majeur du recueil d'informations sur les patients pris en charge par le secteur public. Cependant plusieurs améliorations sont nécessaires :

* mise en place d'un contrôle de qualité systématique en particulier sur les diagnostics et la mise à jour des items au moins une fois par an ;

* ajout de quelques items dont le diagnostic associé ou secondaire, le nombre d'années d'hospitalisation, une échelle de fonctionnement global (EGF), une question sur la présence/absence d'un réseau social mobilisable tel que ceci a été proposé par le groupe de travail PMSI ainsi qu'une description plus détaillée des actes faits en hôpital de jour et CATTP ;

* possibilité de faire des suivis de population en chaînant les informations d'une année sur l'autre ;

* la mise en place de règles non équivoques d'attribution pour les ressources trans-sectorielles ;

* extension au privé et à la partie sanitaire du secteur associatif ;

* possibilité de recueillir les décès quand ils se produisent en institution ;

* organisation d'une formation systématique à l'utilisation de classifications (CIM10 en particulier) et au contrôle de qualité dans les différents services de psychiatrie ;

* relevé des tentatives de suicide et accès aux données psychiatriques des services non spécialisés en psychiatrie (exploitation des diagnostics psy des RSS) ;

* mais surtout exploitation régionale et nationale qui implique d'une part une modification de l'accord CNIL et d'autre part une gestion des modules d'exportation des différents logiciels utilisés.

Ces problèmes sont loin d'être simples en raison de la question des doubles comptes entre secteurs et entre systèmes qui se heurte au problème de la création d'un numéro d'identification national et à la garantie de sa confidentialité.

Une autre recommandation concerne l'harmonisation des informations demandée aux secteurs afin que le recueil de données permette de répondre aux différentes interrogations des instances locales, régionales et nationales.

Ceci implique la reprise des travaux amorcés par le groupe de refonte des données en santé mentale qui proposait des indicateurs nationaux et régionaux

Enfin, tant que l'exploitation nationale de la fiche par patient n'est pas résolue, il importe que soit maintenue une observation au moins quinquennale telle qu'elle existe actuellement dans le programme commun DGS INSERM qui doit être renouvelé pour ce faire.

4 - Améliorer la qualité des enquêtes, encourager l'enseignement d'épidémiologie psychiatrique

* D'une façon générale éviter de financer des enquêtes dont le protocole n'a pas été soumis à un comité de pairs et qui ne sont pas faites avec l'aide de méthodologistes, ce qui revient en partie à la recommandation 2 de mise en place d'un comité d'experts, ceci afin de s'assurer de la qualité scientifique des projets et des possibilités de comparaisons en France et à l'étranger.

Ces remarques ne s'appliquent évidemment pas aux enquêtes qui ont été sélectionnées par des organismes à comité de pairs type PHRC ou RNSP ou encore validées par le comité du label (CNIS).

* Encourager l'enseignement d'épidémiologie psychiatrique chez les étudiants en médecine et dans le cadre de la formation continue, proposer des bourses de formation dans les pays ayant une longue expérience de travaux en épidémiologie par exemple l'Angleterre et le Canada) à des étudiants en psychiatrie ou à des psychiatres confirmés.

5 - Réaliser une enquête nationale sur la santé mentale et l'utilisation des soins en collaboration avec l'INSEE pour avoir des données sur un échantillon représentatif de la population française.

On pourrait envisager que soient incluses des parties santé mentale dans des enquêtes portant sur des échantillons représentatifs du type de celles du CREDES en particulier dans l'enquête décennale prévue en 2003.

6 - Utiliser les réseaux des médecins sentinelles et le cadre nouvellement créé des médecins référents dans des domaines comme les conduites suicidaires, la dépression, le suivi des schizophrènes, etc.

7 - Faire en priorité des enquêtes Santé Mentale sur les populations sur lesquelles nous manquons d'information :

* les enfants en population générale de 6 à 12 ans et de

0 à 6 ans ;

* les détenus ;

* les personnes âgées.

16/11/98

1. AHO L.S., GISSELMANN A., PUJOL F.,

Alcoolisme et hospitalisation en Côte-d'Or (1ère partie). Contrat DRASS Bourgogne, Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne (Dijon) Ed., 1991, 25 p.

2. ANGLERAUD J.M., Maladie mentale, statut social et circuits de soins. Contrat MIRE, 1986, 54 p.

3. BATT A., Les patients pour lesquels a été porté le diagnostic de schizophrénie : analyse de la file active du Centre Hospitalier Spécialisé 1991. Rennes, ORS de Bretagne 1993, 148 p.

4. BOISGUERIN B., PARAYRE C., QUEMADA N., Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale. 16-29 mars 1993. Enquête CCOMS-INSERM, Juillet 1994.

5. BOURGOIN N., Le suicide en prison. Collection logiques sociales, l'Harmattan, 1994.

- 6. CANS C.H., ROTILY M.,** La consommation de psychotropes en population générale dans le département de l'Isère. *Rev. Epidém. et Santé Publ.*, 1990, 38, 281-286.
- 7. CASADEBAIG F., FACY F., PHILIPPE A.,** Consommation de benzodiazépines en populations actives. *Alcoologie*, 1995,17:3, 201-207.
- 8. CASADEBAIG F., FACY F.,** Consommation d'alcool en population générale active (Département de la Vienne). *Alcoologie*, 1992,14 : 1, 31-39.
- 9. CASADEBAIG F., PHILIPPE A.,** Mortalité par suicides, accidents et causes indéterminées chez des malades mentaux hospitalisés 1968-1982. *Rev. Epidém. et Santé Publ.*, 1992, 40, 126-135.
- 10. CASADEBAIG F., FACY F., THURIN J.M., WIDLÖCHER D.,** Consommation de psychotropes et morbidité en population générale. *Cahiers de recherches de la MIRE* n° 4, 1998, 19-24.
- 11. CATHEDRAS P., MOSNIER C., LEVY M., BOUCHON K., ROUSSET H.,** Dépistage de la dépression chez les patients hospitalisés en médecine. *Encéphale*, 1994, XX : 311-317.
- 12. CHASTANG F., RIOUX P., KOVESS V.,** Etude épidémiologique des patients et suicidants admis aux urgences psychiatriques d'un hôpital général. *Rev. Epidém. et Santé Publ.*, 1996, 44, 427-43.
- 13. CLÉRY-MELIN Ph.,** Etat de la psychiatrie en France. Rapport auprès du ministre de la Santé, 1995.
14. Consultants des CHAA, 1996, *Editions ANPA*, 1997.
- 15. CREMNITER D.,** Les conduites suicidaires et leur devenir. Rapport du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue française, Paris, *Masson*, 1997, 201 p.
- 16. DARTIGUES J.F., GAGNON M., MICHEL P. et al,** Le programme de recherche Paquid sur l'épidémiologie de la démence. Méthodes et résultats initiaux. *Rev. Neurol*, 1991, 147, 225-230.
- 17.** Etude de la Prescription et de la Consommation des Antidépresseurs en Ambulatoire. Observatoire National des Prescriptions et Consommations des Médicaments, Juillet 1998.
- 18. EUDIER F., BATT A., LEVAOU P., MACQUERON G., BAERT A., BREUREC J.Y., CURTES J.P., BADICHE A.,** Les récurrences suicidaires précoces : suivi et analyse des précautions prises. *Ann. Méd. Psychol.*, 1998,156 : 8, 529-539.
- 19. FACY F.,** Toxicomanes incarcérés. *Éditions EDK, éditions médicales et scientifiques*, 1997, 106 p.
- 20. FIRDION J.M., MARPSAT M.,** La statistique des sans domicile aux USA. *Courrier Stat.*, 1994, 71-72, 43-51.

- 21. FLAMENT M., REMY B.,** Les Troubles des conduites alimentaires chez le garçon. In Braconnier A. (Ed.), *Adolescentes, Adolescents : une psychopathologie différentielle*.
- 22. FRANC R., FAISANT G., NACACHE L., RICHIEZ A., MORON P.,** La maison de retraite, lieu de suicide ou de prévention ? *Psychol. Med.*, 1993, 25 : 4, 316- 319.
- 23. FUHRER R., ROUILLON F.,** Diagnostic reliability among French psychiatrists using DSMIII criteria. *Acta Psy. Scandin*, 1986, 73, 12-16.
- 24. GIENSENFELD-MANTEAUX M.J., GARTAU-SORIN N., THUILLIER M.,** Prévalence de la morbidité alcoolique dans l'Yonne sur une population demandeuse de soins. Publication ORS Bourgogne 1995.
- 25. GOLBERG M., LECLERC A.,** COHORTE GAZEL. Bilan 1989-1993, *Editions INSERM*, Paris, 1994, 220 p.
- 26. GOLDBERG D.P.,** The detection of psychiatric illness by questionnaire, *Maudsley*, (1972), Monographs, 21.
- 27. GUYOT S., RUCH M., BERNOUX A., LELEU X, STEMLER L.,** Hospitalisation et alcool dans les Yvelines. Résultats d'une enquête un jour donné (11-04-1995). SG/LS. DDASS 78. Septembre 1997.
- 28. INSEE CREDES,** Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991-1992.
- 29. KOVESS V., CARIA A.,** Evaluation de la réhabilitation psychosociale : concepts et outils, in Réhabilitation psychosociale (G. VIDON), *Ed. Frison Roche*, 1995, 419-432.
- 30. KOVESS V., CHANOIT P.F., DE VIGAN C.,** Le CIDISA, une méthode rapide de détection des diagnostics psychiatriques : résultats d'une enquête préliminaire dans les Yvelines. *l'Evolution Psychiatrique*, 1992, 57 : 2, 225-236.
- 31. KOVESS V., CHASTANG F.,** Les déprimés et le système de soins. *L'Information Psychiatrique*, 1998, n° 4, 363-371.
- 32. KOVESS V., DE VIGAN C., GYSENS S., BERGOGNE C.,** Measure of somatization disorders in a French population. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 1993, vol. 3, 121-127
- 33. KOVESS V., DELAVELLE S.,** La Santé mentale des Bas-Normands in La Basse Normandie face à sa santé. INSEE, Université de Caen, 1998, 21-37.
- 34. KOVESS V., FOURNIER L.,** The DISSA : an abridged self administered version of the DIS, Approach by episode, Social Psychiatry and Psychiatric. *Epidemiology*, 1990, 25, 179-186.
- 35. KOVESS V., GYSENS S., CHANOIT P.F.,** Une enquête de santé mentale : l'enquête santé des franciliens. *Ann. Med. Psychol.* 1993 ; 151, 9, 624-627.
- 36. KOVESS V., GYSENS S., CHANOIT P.F.,** Epidémiologie et Santé Mentale. Collection "psychiatrie", *Ed. Flammarion Médecine Sciences*, 1995.

- 37. KOVESS V., GYSENS S., POINSARD R., CHANOIT P.F.,** La psychiatrie face aux problèmes sociaux : la prise en charge des RMIstes à Paris. *l'Information Psychiatrique*, 1995, 3, 273-285.
- 38. KOVESS V., LABARTE S., CHANOIT P.F.,** Résultats d'une enquête épidémiologie : la Santé mentale des enseignants. *l'Information Psychiatrique*, 1992, n° 10, 1003-1010.
- 39. KOVESS V.,** Les enquêtes de population générale versus les enquêtes de clientèle. *Psychiatrie*, 1998, 84/85, 75-81.
- 40. KOVESS V., MANGIN**
- LAZARUS C.,** La santé mentale des sans abris : résultats d'une enquête épidémiologique. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 1997, n° 9, 17-24.
- 41. LACHAUX B., ARDIET G., ADOUARD, D.,** Laboratoire médicamenteux de la prise en charge des pathologies schizophréniques : 20 ans après. *L'Information Psychiatrique*, 1997, 73 : 10, 991-997.
- 42. LECOMTE D., HATTON F., RENAUD G., LETOULLEC A.,** Les suicides en Ile-de-France chez des sujets de 15 à 44 ans. Résultats d'une étude coopérative. *BEH*, 1994, 2.
- 43. LECRUBIER Y., BOYER, P., LEPINE J.P., WEILLER E.,** Results from the Paris Centre in **USTUN T.B., SARTORIUS N.,** Mental illness in general health care : an international study. *Wiley Ed*, 1994, 211-226.
- 44. LECRUBIER Y., SHEEHAN D.V., WEILLER E., AMORIM P.,** The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) A short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI. *Eur. Psychiatry*, 1997, 224-231.
- 45. LEGUAY D., PERON J.,** Rapport de l'enquête départementale d'épidémiologie réalisée en mars 1985 par l'association scientifique des psychiatres angevins. Angers, ORS Pays de Loire, 1986, 130 p.
- 46. LEHINGUE Y., PENOCHET C., SENAULT B.,** Hospitalisation publique et privée dans le département de l'Hérault en psychiatrie adulte : coupe épidémiologique transversale (rapport final).
- 47. LEPINE J.P., GOGCHAU M., BRUN P., LEMPERIERE T.,** Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecin interne.
- 48. LEPINE J.P., LELLOUCH J., LOVELL A., TEHERANI M., PARIENTE P.,** L'épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs dans une population générale française. *Confrontations Psychiatriques* 1993 : 35, 139-161.
- 49. LHUILLIER J.P., GARRE J.B., HARRY P., SIX P.,** Résultats du suivi à 2 ans. Ve Journée Psychiatrique du CHU d'Angers : Suicide et comportements suicidaires, Angers, décembre 1993.
- 50. MARTIN C., MAURICE-TISON S., TIGNOL J.,** Les troubles anxieux en médecine générale : fréquence, traitement, enquête auprès du réseau sentinelle aquitaine, 1993.
- 51. MAURICE-TISON S., BOURGEOIS M., PEREZ P., SALAMON R.,** Fatigue et signes de la série dépressive en médecine générale en Aquitaine. *Encéphale*, 1994, XX : 611-614.

52. Ministère du travail et des affaires sociales. SESI. Bureau SD 1. Les pathologies traitées en 1993 dans les services de soins de courte durée. Enquête de morbidité hospitalière 1992-1993.

53. MOUQUET M.C, DUMONT M., BONNEVIE MC., La santé en prison : un cumul des facteurs de risque. Etudes et résultats DREES, 4, janvier 1999.

54. ORS Poitou-Charentes, CHU la Milétrie, Etude épidémiologique de la file active de psychiatrie publique (1992). Rapport de synthèse, 1993.

55. PAMART-DENEAU B., EDME J.L., MIRABAUD CH., ELOY E., FRIMAT P., Consommation de psychotropes. Résultats d'une étude épidémiologique effectuée auprès de 2 819 salariés du Nord de la France. *Mercur*, 1991, 4.

56. PARQUET P. J. et al, Les pratiques de prise en charge des suicidants en médecine générale, l'enquête PRISME, 1998.

57. PHILIPPE A., Epidémiologie du suicide en France. (A paraître) *Annales Médico-psychologiques*.

58. PHILIPPE A., Apport d'un IML à la mesure du suicide dans un département. *Journal de Médecine de Lyon*, 1986, 1421.

59. PICOT M. Ch., ABBAR M., CHEVALIER A., CHASTANG J.F., LUCE D., BONENFANT S., Consommation de psychotropes et facteurs associés. Étude en milieu professionnel. *Encéphale*, 1996,22, 403-408.

60. PREMUTAM-FNORS, Prévention des suicides et tentatives de suicide. Etat des lieux 1995-1997. *Ed. F.N.M.F.*, 1998.

61. REINE G., PAPETA D., VOIRIN D., HAMONIC D., Enquête de morbidité psychiatrique hospitalière dans l'arrondissement maritime de Brest. 1990-1991.

62. REINE G., PAPETA D., VOIRIN D., HAMONIC D., Troubles psychiatriques en milieu militaire. Enquête épidémiologique dans l'arrondissement maritime de Brest. *Psychologie Médicale*, 1993, 25, 1238-1244.

63. REYNAUD M., MEYER L., BERNOUX A., LELEU X., LERY J-F., ROCH M., Prévalence de l'alcoolisation excessive des patients hospitalisés. *Alcoolologie*, 98, 20, 3 : 231-238.

64. ROELANDT J.L., GUESDON I., Enquête Lilloise sur la Santé Mentale des personnes sans domicile fixe. *Information Psychiatrique*, n° 4, vol. 74, 1998, 343-357.

65. ROUILLON F., et le GEP, Enquête épidémiologique des troubles psychiatriques en consultation spécialisée. *Encéphale*, 1992, XVIII, 525-535.

66. ROUILLON F., LEJOYEUX M. et le GEP, Modalités d'accès aux soins en consultation psychiatrique. *Ann. Med. Psychol.*, 1993 ; 151, 9, 628-632.

67. ROUILLON F., THALASSINOS M., FERRERI M., PARQUET P., Etude clinique et épidémiologique du trouble "anxiété généralisée" en médecine générale. *Encéphale*, 1994, XX, 103-110.

68. SHEEHAN D.V., LECRUBIER Y., HANETT SHEEHAN K., The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry*, 1997, 232-241.

69. THEVENOT JP., QUEMADA N., Les réponses aux adolescents suicidaires en consultation d'urgence. CCOMS-INSERM.

70. USTUN T.B., SARTORIUS N., Mental illness in general health care : an international study. *Wiley Ed*, 1994, 398 p.

71. VALLET D., FLAMENT M., FALISSARD B., BATTIE M., La boulimie masculine : résultats préliminaires d'une enquête épidémiologique en Ile de France. Congrès de Psychiatrie et Neurologie de langue française. Toulouse 1994.

72. WAAGENAR G., Le DIM : un outil d'évaluation du secteur et de l'intersecteur en psychiatrie ? in : Evaluation de la qualité en psychiatrie sous la direction de **V. KOVESS** coll. Santé Publique, *Economica ed.*, Paris, 1994, 318 p.

F. C. et V. K.

[Sommaire](#)

Unité INSERM U-513 "NEUROBIOLOGIE ET PSYCHIATRIE"

Directeur Bruno Giros

* Créée par l'INSERM en Janvier 1999, cette nouvelle Unité regroupe des chercheurs et ITA INSERM et CNRS (3 directeurs de recherche, 3 chargés de recherche, 1 ingénieur d'étude), des étudiants (5 post-docs, 7 thésards) et des hospitalo-universitaires (2 PUPH, 1 CCA). Une des originalités de cette unité est d'associer des équipes de neurobiologie "fondamentales" et de recherche clinique en psychiatrie ayant pour vocation de travailler sur des objectifs communs. Une telle organisation est unique en France dans le domaine des neurosciences. Ainsi, **F. Rouillon** et **M. Leboyer**, qui ont depuis la fin de l'année 1998 la charge du service de psychiatrie adulte Albert Chennevier/Henri Mondor, exerceront leur activité au sein du laboratoire en dirigeant les recherches de l'équipe 4.

La thématique principale du projet de neuroscience comprend deux axes directeurs : la neurobiologie moléculaire et la psychiatrie génétique et épidémiologique. A l'interface de ces deux disciplines, existe également la volonté de mettre en place des modèles animaux permettant l'étude des comportements.

La recherche repose, d'une part, sur l'utilisation des méthodes de génétique classiques, méthodes traditionnelles de neurobiologie moléculaire (dosages, anatomie, clonage, transgénèse) et de génétique épidémiologique (études de cohortes pour l'épidémiologie, études de liaison, sib-pairs et association pour la génétique) et d'autre part, sur le développement de nouvelles approches : criblage différentiel de gènes, pharmacologie inverse, knock-out, mise au point de nouveaux paradigmes comportementaux, recherche de gènes candidats, étude génétique fonctionnelle, démantèlement phénotypique des maladies psychiatriques à l'aide d'indices cliniques épidémiologiques, cognitifs et/ou biochimiques. De nouveaux marqueurs, caractérisés par l'une ou l'autre approche, mais également les marqueurs plus classiques, déjà existants, seront étudiés de manière transversale dans le laboratoire.

Deux thèmes majeurs sont développés

au sein de quatre équipes.

Thème 1 - Neurobiologie Moléculaire

(Equipes 1 et 2)

Etude des systèmes aminergiques (dopamine, norépinéphrine et sérotonine)

Responsable Marie-Pascale Martres

La plupart des psychotropes utilisés actuellement en clinique sont des molécules qui interagissent avec la transmission aminergique. Pour ces trois systèmes neuromodulateurs, les récepteurs et les transporteurs plasmiques ou vésiculaires ont été clonés et caractérisés, en partie par certains d'entre nous. Leur étude structurale et fonctionnelle représentera une partie importante de la recherche la plus fondamentale.

Ces différentes protéines synaptiques sont des marqueurs spécifiques de leur système de neurotransmission et, grâce à des anticorps et des sondes ARNc, il est possible d'évaluer le fonctionnement normal et pathologique de ces systèmes. De plus, des modèles animaux ont été développés, ou sont en cours de fabrication, par les techniques de recombinaison homologue constitutive ou conditionnelle. Finalement, pour parfaire l'approche cognitive de ces systèmes, une attention particulière sera portée sur l'ontogenèse et la phylogenèse des systèmes dopaminergiques.

Etude des systèmes glutamatergiques

Responsable Salah El Mestikawy

Bien que le glutamate soit un neurotransmetteur excitateur essentiel du SNC, présent dans 50-60% des neurones du cerveau, il n'existe à l'heure actuelle aucun marqueur spécifique permettant de suivre ses connexions. Nous avons déjà caractérisé un transporteur vésiculaire, RxT-1, qui représente un marqueur potentiel de certaines sous-populations neuronales glutamatergiques, et nous sommes en train de rechercher d'autres marqueurs spécifiques des neurones glutamatergiques. Nous avons également participé au clonage d'un nouveau type de transporteur vésiculaire pour le GABA et la glycine et identifié des candidats potentiels pour les transporteurs vésiculaires des acides aminés excitateurs. La découverte et la caractérisation de telles protéines aura un intérêt évident pour l'étude anatomique et dynamique de la neurotransmission glutamatergique et la recherche de son implication dans des pathologies neuropsychiatriques.

Thème 2 - Etude des comportements

normaux et pathologiques

(Equipes 3 et 4)

Etude du comportement chez la souris

Responsable Marika Nosten-Bertrand

Pour rester pertinente, notre approche doit inclure une étude comportementale systématique et approfondie des modèles animaux que nous développons. En outre, cette étude intégrée est l'intermédiaire évident le plus prometteur entre l'étude de déficits moléculaires et l'étude phénotypique des pathologies du SNC. Il ne s'agit pas de tenter de reproduire chez la souris la complexité des troubles psychiques observés chez l'homme. Mais l'étude des déséquilibres biologiques et comportementaux qui se mettront en place, après mutation d'un gène candidat pour une maladie psychiatrique, fournira des informations d'une importance fondamentale. De plus, l'approche génétique psychiatrique, développée par les cliniciens de l'équipe, conduira à identifier des phénotypes de plus en plus précis, ce qui devrait constituer un guide pour le développement de nouveaux modèles animaux. Nous nous focaliserons d'abord sur l'étude des modèles de souris *knock-out* pour le transporteur de la dopamine et le récepteur dopaminergique D3, avec un intérêt spécifique pour la toxicomanie et les tests mettant en jeu la mémoire spatiale. Nous mettrons également en place une recherche par QTL des gènes impliqués dans la latéralisation chez la souris.

Etude clinique chez l'homme

Responsables Marion Leboyer (génétique)

Frédéric Rouillon (épidémiologie)

L'identification des facteurs de susceptibilité génétique dans les maladies psychiatriques passe par un démembrement phénotypique des grandes entités nosographiques (maladie maniaco-dépressive, schizophrénie, autisme infantile, trouble obsessionnel-compulsif et toxicomanie). Nous faisons l'hypothèse que chacune de ces entités est composée de sous-groupes homogènes dont la caractérisation devrait permettre d'améliorer la puissance des outils de la génétique moléculaire. Deux directions seront suivies pour la recherche en génétique : d'une part, la recherche chez les porteurs de marqueurs d'un phénotype maladie (symptômes candidats) plus restreints et plus objectifs, permettant de caractériser des sous-groupes de malades homogènes et, d'autre part, l'identification, chez les apparentés non-malades, de marqueurs-traites (ou endophénotypes), témoins d'une vulnérabilité génétique.

Ces recherches bénéficieront également de l'approche épidémiologique, qui permettra d'identifier des axes originaux d'après la mise en évidence de comorbidités entre symptômes psychiatriques et symptômes somatiques (diabète, cancers des voies respiratoires, ...).

Travaux de l'équipe d'épidémiologie en santé mentale (F. Casadebaig, A. Philippe).

1 - Suivi d'une cohorte de patients schizophrènes

Avec l'arrivée des antibiotiques principalement et la disparition des grandes communautés asilaires, la mortalité des malades mentaux en général et des patients schizophrènes en particulier a beaucoup régressé depuis le début du vingtième siècle, passant d'environ cinq à deux fois le niveau de mortalité des populations générales de référence. Depuis, les trois dernières décades, le niveau de la mortalité semble peu évoluer. La mortalité a surtout diminué chez les plus âgés mais reste élevée chez les patients de moins de 60 ans et surtout chez les moins de 40 ans, à cause avant tout de l'importance du suicide dans ces tranches d'âge. La mortalité par cause naturelle apparaît aussi sur-représentée pour les maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, des maladies infectieuses. Un débat a lieu autour du cancer pour lequel les résultats sont contradictoires.

En France, actuellement, aucun enregistrement systématique ne permet d'étudier la morbidité et la mortalité des patients psychiatriques. En conséquence, avec la collaboration bénévole de 122 secteurs et le soutien du Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique, du Réseau National de Santé Publique et de la Fondation pour la Recherche Médicale, une cohorte de patients schizophrènes a été constituée à l'INSERM en 1993, et une observation sur les causes de décès chez ces patients est en cours depuis maintenant cinq ans.

Les causes de décès des patients sont analysées en fonction des données obtenues sur les comportements à risque des patients (comportement suicidaires, addictions), sur leur état de santé physique et sur la médication psychotrope. Une réévaluation de ces différentes données, effectuée périodiquement, permet de suivre l'évolution de la santé et du comportement des patients dans le temps et éventuellement les difficultés des secteurs à pouvoir enregistrer ces données.

2- Etude de la prévalence des troubles graves de la communication et du langage chez des enfants de 5 à 6 ans

La recherche est menée parallèlement avec les mêmes outils en France et en Pologne. Cette recherche fait l'objet d'un contrat INSERM Est-Ouest.

Un questionnaire a été mis au point par des experts français et polonais pour détecter des troubles graves de la communication et du langage chez des enfants de 5 à 6 ans vus lors du bilan médical scolaire obligatoire dans l'ensemble des écoles de 9 départements français (Région Basse-Normandie, Bretagne, Aude et Moselle) et 5 voïvoïes polonaises et dans l'ensemble des institutions de ces mêmes lieux.

Pour la France : institutions régies par la CDES (Commission Départementale de l'Education Spécialisée), comme les IME (Institut Médico-Educatif), CROP (Centre de rééducation pour l'ouïe et la parole), autres institutions ; institutions non

régies par la CDES comme les Hôpitaux de jour, les CMP (Centre Médico-Psychologique) et CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique) ainsi que les services de consultation infanto-juvéniles. En Pologne, l'évaluation a lieu à l'entrée scolaire obligatoire, un an plus tard qu'en France. L'objectif final de l'étude est d'étudier la prévalence des troubles de l'autisme dans chacun des pays et de suivre son évolution.

De plus en plus souvent, les enfants autistes sont suivis hors des circuits traditionnels type CDES, d'où l'étude en population générale, qui a en plus l'intérêt de repérer une prévalence dans cette population des troubles graves de la communication et du langage.

Le questionnaire a subi plusieurs modifications. Il a été revalidé après chaque modification que celle-ci ait été le fait des personnels polonais ou des personnels français et ce dans chaque pays. Le questionnaire a été testé tout d'abord dans des institutions pour s'assurer qu'aucun trouble autistique n'échappait. En effet, l'autisme est une maladie rare et la sensibilité recherchée est de cent pour cent. Le questionnaire a aussi été testé dans des classes où l'on savait que des troubles graves de la communication et du langage, et a fortiori des troubles autistiques, n'existaient pas pour tester la spécificité. Celle-ci doit être la plus élevée possible car pour chaque enfant détecté avec des troubles graves de la communication et du langage, une possible prise en charge spécifique est proposée aux parents si celle-ci n'existe pas déjà.

Cinq ans plus tard :

* la cohorte d'enfants présentant des troubles autistiques sera réévaluée et les évolutions constatées étudiées en fonction d'un certain nombre de paramètres ;

* une nouvelle étude de prévalence aura lieu avec les mêmes instruments, dans les mêmes lieux en Pologne et en France.

3 - Etude des populations de malades mentaux en soins dans les secteurs de psychiatrie générale et dans les cliniques privées

En 1998, une coupe transversale sur un secteur sur deux au hasard et sur l'ensemble des cliniques privées et des établissements de post-cure a été effectuée un jour donné en ce qui concerne l'hospitalisation à temps complet, une semaine pour l'hospitalisation à temps partiel et deux semaines pour les soins en ambulatoire.

Les caractéristiques relevées pour les patients sont : sexe, âge, état matrimonial, mode de vie, exercice d'une activité professionnelle, allocations, catégories diagnostiques (CIM-10) et modalités de prise en charge.

Une comparaison doit être effectuée avec les données recueillies en 1993 en ce qui concerne les secteurs pour étudier l'évolution possible de la prévalence des différents troubles et celle éventuelle des modes de suivi des patients.

Une comparaison doit aussi être effectuée entre les caractéristiques des patients suivis en secteur de psychiatrie générale et ceux suivis en cliniques privées.

Enfin, une analyse sera menée sur le plan régional.

4 - Handicaps, Incapacités, Déficiences

Cette enquête est réalisée par l'INSEE dans les institutions en 1998, et auprès d'un échantillon de ménages, parallèlement au recensement en 1999. Elle a été présentée dans *Pour la Recherche* n° 19 de décembre 1998, par le Dr F Chapiereau qui a participé à la mise en place de cette recherche *

Appel d'offres Autisme 1999

Par la Fondation de France dans le cadre de son
programme Santé Publique et recherche médicale.

Les dossiers préliminaires sont à déposer avant le

17 septembre 99

contactez Valérie Anderegg - Fondation de France

40 av. Hoche - 75008 - Paris ou par

e-mail recherche@fdf.org

Cet appel d'offres est affiché sur *Psydoc-France* à l'adresse :

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/Recherche/Rech/appoffre/AOAutisFF99.html>

[Sommaire](#)

3 Appels d'Offres INSERM**1 - Aide à la Préparation de projets de recherche en réseau**

contact : Lise Dray 01 44 23 61 31

Mél : dray@tolbiac.inserm.fr

2 - Programme de recherche en santé (PROGRES)

contact : Elisabeth Gomard 01 44 23 61 34

Mél : gomard@tolbiac.inserm.fr

Anne Bisagni 01 44 23 67 04

Mél : bisagni@tolbiac.inserm.fr

3 - Interactions entre les déterminants de la santé

contact Michèle Dodeur 01 44 23 61 20

Mél : dodeur@tolbiac.inserm.fr

Date limite d'envoi des dossiers : 27 septembre 1999

Pour tout renseignement concernant ces trois appels d'offres sur les modalités financières et administratives ainsi que pour obtenir les dossiers de réponse (sur demande écrite jusqu'au 20 sept. 99) : Monique Gentil - Bureau des contrats - Inserm - 101 rue de Tolbiac - 75654 Paris cedex 13 - 01 44 23 63 18

[Sommaire](#)

Colloque

Pré-programme

Stress et immunité : de la clinique à la recherche

**Approches pluridisciplinaires : psychiatrie, neurosciences,
pathologie infectieuse***

4 et 5 octobre 1999 - Carré des Sciences PARIS

*organisé à l'initiative des Comités d'Interface : psychiatrie, neurosciences et pathologie infectieuse

4 octobre

I. Introduction

11h00 : Histoire naturelle. Stress facteurs déclenchants et intervenant dans le processus morbide - **J.L. Vildé, J.P. Brandel, N. Baumann, C. Desnuelles, J.M. Thurin**

12h00 : repas

II. Définitions, rappels physiologiques et nouvelles données

14h00 : Définition et effets du stress : aigu, répété et chronique - **J.M. Thurin, C. Kordon**

14h40 : Introduction didactique sur le système immunitaire - **P. Galanaud**

15h20 : Interactions entre les différents systèmes touchés par le stress (endocrinien, nerveux, immunitaire). Exposé général - **F. Haour**

16h00 : Brain-immune connection in health and disease

- **E. Sternberg**

16h20 : pause 16h40 : Cytokines et système nerveux - **C. Jacque**

17h00 : Cellules de l'immunité et neuromédiateurs

- **F. Zavalla, J.F. Bach**

17h20 : Animaux transgéniques et investigation du stress

- **F. Hoelsboer**

5 octobre

III. Physiopathologie des affections liées au stress

Affections psychiatriques et stress

09h00 : troubles de la mémoire, dépression, attaques de panique, syndromes de stress post-traumatiques

- **M. Reynaud**

09h30 : modèle biopsychosocial du stress - **R. Dantzer**

10h00 : stress et psychopathologie : modèle périphérique de la dépression - **F. Hoelsboer**

10h30 : pause

Maladies auto-immunes

11h00 : événements de vie, stress quotidien et maladies auto-immunes - **S. Consoli**

Maladies infectieuses

11h30 : stress et pathologies infectieuses

Pathologies chroniques

12h00 : diabète, stress, anxiété et dépression

12h30 : repas

Stress et environnements

14h30 : Rôle des psychostimulants sur l'axe du stress

- **C. Rivier**

15h00 : Chronobiologie - **D. Sechter**

15h20 : Variations génétiques des compétences immunitaires en relation avec le stress et les consommations d'alcool et de drogues - **Cazelas**

15h40 : Support social, personnalité, histoire personnelle, comportements - **J.M. Thurin**

16h30 : pause

IV. Mesures du stress et thérapeutiques actuelles

17h00 : Mesures biologiques - **P. Mormède, P. Neveu**

17h20 : Thérapeutiques médicamenteuses : **B. Scatton,**

W. Rostene, Gribel

18h10 : Accompagnement et approches psychothérapeutiques du stress - **G. Lopez**

V. Perspectives de recherche

18h40 : Table ronde - conclusions

Contacts :

Lise Dray 01 44 23 61 31

Nicole Baumann 01 42 16 21 50

France Haour 01 49 28 46 88

Jean-Michel Thurin 01 48 04 73 41

Jean-Louis Vildé 01 40 25 78 03

numéro spécial

[Sommaire](#)
