

## La statistique publique psychiatrique au xx<sup>e</sup> siècle

---

François Chapiro\*

Trois périodes peuvent être distinguées dans le recueil d'informations statistiques concernant la psychiatrie. Au cours de chacune d'entre elles, le recueil des données s'est progressivement adapté aux changements des pratiques à décrire. Ainsi, il existe une continuité entre les données recueillies par la Statistique générale de France (SGF) et celles de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Cette première période de comptes sur les capacités, les personnels, le nombre de patients présents et les entrées et sorties remonte au xix<sup>e</sup> siècle et s'achève en 1964 (encadré 1).

Après un chevauchement de 1953 à 1964, lui succède jusqu'en 1978 une information plus axée sur les données médicales, dans le cadre de l'Institut national d'hygiène (INH), bientôt remplacé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). À partir de 1977, la Direction générale de la santé (DGS) recueille des informations sur les ressources et sur l'activité des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie. La première publication détaillée date de 1985. C'est la troisième période de recueil, lequel est géré par le ministère chargé de la Santé, d'abord sous l'impulsion de la DGS, puis au Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI), transformé ensuite en Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Ainsi, d'une période à l'autre, la statistique concernant la psychiatrie change d'institution responsable du recueil : institut de statistique, institut de recherche, administration centrale. Chaque passage est l'occasion d'une refonte de la méthodologie, de modifications du champ suivi, de la nature même de certaines données collectées.

### **Les recueils de données de la Statistique générale de France (SGF) et de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE): les institutions d'assistance**

La SGF puis l'INSEE ont été chargés des recueils statistiques concernant les institutions dites d'assistance, en raison de leur mode de financement, en grande partie basé sur les crédits de l'aide sociale. Lorsque ce financement

\* DREES.

a évolué, le recueil de données a été confié à d'autres organismes. En juin 1976, l'INSEE publie ses *Matériaux pour un historique du système statistique depuis la dernière guerre mondiale* (INSEE, 1976). Le tome I porte sur les statistiques sociales; il donne une vue d'ensemble des modes de recueil et des informations disponibles, y compris (malgré le titre) avant la Seconde Guerre (voir l'encadré 1 sur le bilan des statistiques du mouvement hospitalier). Deux dates marquent des modifications importantes dans la méthodologie des instituts de statistique: en 1943, les données recueillies sont considérablement enrichies; en 1958, le champ de l'enquête est étendu.

### Les données recueillies

Jusqu'en 1943, la statistique des institutions d'assistance comporte un chapitre intitulé « Asiles d'aliénés ». Un tableau annuel détaillé par catégorie d'établissement comporte de nombreuses données sur les patients admis, sur les présents, les sorties et les décès (tableau 1). Un autre donne la répartition par classe d'âges et par diagnostic des « aliénés restant au 31 décembre et des aliénés décédés ». Plusieurs modifications sont mises en œuvre en 1943: les résultats ne sont plus ventilés par catégorie d'établissement; en revanche, est désormais publiée par diagnostic la répartition par tranche d'âges des « aliénés admis dans l'année ». Une nouvelle simplification intervient à partir des données pour 1949: les catégories « admis », « sortis » et « décédés » cessent d'être subdivisées par sous-type (voir tableau 1: les « admis » sont subdivisés en « admis pour la première fois; par suite de rechute; venant d'un autre asile; etc. »; les « sortis », en « sortis par guérison; par amélioration; par évasion; etc. »; et les « décédés » en « décédés par maladie; par accident; par suicide »).

TABLEAU 1

### Liste des variables publiées pour chaque année civile sous forme de tableau dans la statistique des institutions d'assistance (jusqu'en 1943)

En ligne	En colonne : existants au 1 <sup>er</sup> janvier*
<i>Pour chaque catégorie d'établissement:</i> <b>Asile national (Saint-Maurice)</b> <b>Asiles départementaux</b> <b>Quartiers d'hospices</b> <b>Asiles privés faisant fonction de public</b> <b>Asiles privés proprement dits</b> <b>Ensemble</b>	<b>Admis dans l'année</b> Pour la première fois Par suite de rechute Par réintégration après évasion ou sortie après guérison Venant d'un autre asile ou transféré Total des existants et des admis
<i>Les données sont classées en fonction de neuf diagnostics:</i> Idiotie, crétinisme, imbécillité Manie, mélancolie, délire de persécution Épilepsie Folie des dégénérés sans antécédent alcoolique Folie des dégénérés avec antécédent alcoolique Alcoolisme aigu ou chronique Paralyse générale Démence sénile, organique, etc. Autres maladies mentales.	<b>Sortis</b> Par guérison Par amélioration Par évasion Pour cause de transfèrement Pour autres causes Total des sortis
	<b>Décédés</b> Par maladie Par accident Par suicide Total des décès
	<b>Total des sortis et des décédés restant au 31 décembre</b>

\* Pour toutes les données, les résultats sont répartis selon le sexe.

## ENCADRÉ 1

**Le bilan des statistiques du mouvement hospitalier réalisé par l'INSEE**

Extrait de *Matériaux pour un historique du système statistique depuis la dernière guerre mondiale*, tome I, juin 1976.

**« 1. Établissements publics : équipement, personnel, et mouvement hospitalier**

Les statistiques du mouvement hospitalier ont été publiées, de 1833 à 1964, par la Statistique générale de France (SGF), puis par le Service national des statistiques (SNS) et enfin par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)<sup>1</sup>. Elles comprenaient des renseignements succincts sur l'équipement, le personnel et sur le mouvement des malades (entrées, sorties, décès) dans les hôpitaux, hospices et établissements psychiatriques publics. Elles étaient établies à partir d'états départementaux remplis par les préfetures. Elles faisaient partie des statistiques d'assistance jusqu'en 1954. Le ministère de la Santé publique a pris en charge les statistiques des hôpitaux publics à partir de 1961<sup>2</sup> et celles des hospices et maisons de retraite publics à partir de 1965. Ces statistiques sont obtenues par exploitation de questionnaires remplis par les établissements. Les renseignements sont beaucoup plus détaillés (ventilation par discipline en particulier) et comprennent notamment depuis 1974, les informations sur les équipements lourds et les résultats de gestion.

**2. Établissements privés**

Depuis 1972, il existe une enquête exhaustive sur les établissements d'hospitalisation privés donnant des informations très complètes sur l'équipement, le personnel et l'activité.

**3. Hôpitaux publics : morbidité**

L'assistance publique à Paris publiait depuis 1896 la répartition par sexe, âge et nature de la maladie des malades sortis dans l'année, dans les établissements relevant de son autorité. Cette statistique a été étendue, à partir de 1969, par le ministère de la Santé publique, à l'ensemble du secteur des hôpitaux publics ; depuis 1973, elle comprend de plus la durée de séjour par maladie.

**4. Établissements psychiatriques publics : morbidité**

Les statistiques du mouvement hospitalier des établissements hospitaliers publics, établies par la SGF, puis par le SNS et enfin par l'INSEE, comprenaient une répartition des malades des établissements psychiatriques suivant la cause d'internement. De 1943 à 1959, on y trouve également les éléments d'une statistique de morbidité. L'Institut national d'hygiène (INH), devenu par la suite Institut de la santé et de la recherche médicale (INSERM) a pris en charge cette statistique de morbidité à partir de 1955 (premier essai en 1943). Un questionnaire par établissement a été mis en service en 1961.

1. Le Bureau de statistique générale créé en 1833, prend en 1840 le nom de Statistique générale de la France (SGF). En 1941, le Service national des statistiques (SNS) fusionne la SGF, le Service d'observation économique, l'Institut de conjoncture et le Service de la démographie. En 1946, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) résulte de la fusion du SNS et des services d'études économiques et de documentation du ministère de l'Économie (Sources : INSEE).

2. En 1961, a été créé au ministère de la Santé un bureau statistique dirigé par Paul Damiani, administrateur de l'INSEE.

### **Les ambiguïtés des définitions**

Les définitions des rubriques « entrées » ou « sorties » de patients comportent des ambiguïtés, pointées après 1943. Concernant les malades admis, il est écrit dans la *Statistique du mouvement hospitalier* (INSEE, 1963) : « restent comptées comme admissions les réadmissions pour rechutes ou récidives en cours d'année ayant fait l'objet d'une nouvelle procédure d'admission (cette remarque concerne spécialement les malades mentaux) ». En toute rigueur de termes, cette définition ne porte pas sur le nombre de malades admis dans l'année, mais bien plutôt sur le nombre d'admissions. De plus, selon cette définition, les malades sont considérés comme admis pour la première fois dès lors qu'il s'agit de la première hospitalisation dans l'année, même s'il y a eu un séjour hospitalier précédemment.

Par ailleurs, les tableaux publiés comportent une colonne « malades soignés dans l'année », définie comme la somme des existants comptés au 1<sup>er</sup> janvier et des admissions dans l'année (donnée donc hétérogène).

En ce qui concerne les malades sortis dans l'année, « il s'agit des malades sortis par guérison, ou amélioration ou pour toute autre cause à l'exception du décès et, en principe, du transfèrement dans un autre établissement hospitalier » (INSEE, 1963). Dans ce chapitre, il n'y a pas de distinction entre malades sortis pour la première fois et malades sortis après une réadmission dans l'année, qui sont manifestement comptés ensemble. Il s'agit donc de sorties plutôt que de malades sortis.

Les tableaux publiés comportent une colonne « existants au 31 décembre », définie comme le nombre de malades déjà présents au 1<sup>er</sup> janvier de la même année, auquel sont ajoutés les admissions, et retirés les sorties ainsi que les décès observés dans l'année. Jusqu'en 1944, cette variable calculée n'est pas identique au chiffre constaté des existants au 1<sup>er</sup> janvier suivant, mais s'en écarte peu. Le nombre de patients sortis plus d'une fois dans l'année n'est donc pas très différent du nombre de patients entrés plus d'une fois. Pendant longtemps, les malades hospitalisés à nouveau (dans l'année ou par la suite) sont restés peu nombreux. Lorsque la fréquence des réadmissions a augmenté, le problème a été identifié, et en 1961 la définition a été modifiée, sous l'égide de l'Institut national d'hygiène.

Une autre difficulté porte sur les entrées et sorties par transfert. Il est logique, pour éviter les doubles comptes, que les transferts entre établissements psychiatriques apparaissent séparément. Ils ont longtemps été nombreux, certains établissements se spécialisant dans l'accueil des malades hospitalisés au long cours, souvent dans des départements éloignés du lieu d'origine des patients. Toutefois, les transferts concernent aussi les malades venant d'autres établissements non psychiatriques ou s'y rendant. Le regroupement dans une seule catégorie de l'ensemble des transferts rend les données difficiles à interpréter.

### La classification diagnostique

La classification diagnostique utilisée jusqu'en 1943 est tombée en désuétude, au point d'être devenue difficile à comprendre (tableau 1). Certains vocables sont totalement sortis d'usage (« folie des dégénérés »), d'autres ont changé de sens (« manie »); enfin, la catégorie « autres maladies mentales » regroupe davantage de malades que plusieurs autres (18 % des hommes et 14 % des femmes présents le 1<sup>er</sup> janvier 1934). À partir de 1943, suite à la réunion interministérielle du 11 octobre 1943, une nouvelle classification diagnostique est utilisée (tableau 2). Pour la première fois, en 1958, est publiée une table d'équivalence avec la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – la sixième révision avait été réalisée en 1948.

### Le champ et les niveaux de restitution des données

Jusqu'à la publication de l'activité de 1958, le champ de la statistique inclut « les établissements privés autorisés à recevoir les malades mentaux placés en application de la loi de 1838 sur le placement des aliénés. N'échappent donc à cette statistique des établissements psychiatriques que les maisons de santé non soumises au contrôle de la loi de 1838<sup>1</sup> sur le placement des aliénés et les services libres des hôpitaux. On peut estimer que cette lacune n'exécède pas 2 % (en 1958) du nombre total des lits réservés aux malades mentaux<sup>2</sup> ». Plus loin, est donnée la liste des catégories incluses : « Hôpitaux psychiatriques publics, quartiers d'hospices, hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction d'hôpitaux psychiatriques publics, établissements privés (maisons de santé) autorisés<sup>3</sup> ». Le champ de l'enquête s'étend en 1958, avec l'inclusion des patients en hospitalisation libre, à la suite de la création des services libres par circulaire du 1<sup>er</sup> mars 1949.

### L'Institut national d'hygiène (INH) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) : la médicalisation du recueil

Pour les années 1953 à 1964, des données sont publiées à la fois par l'INSEE et par l'INH (puis par l'INSERM). Les chiffres inscrits sous les mêmes en-têtes sont notablement différents. Ainsi, par exemple, l'INSEE compte 94 520 patients présents au 1<sup>er</sup> janvier 1954, cependant que l'INH recense 100 593 patients présents la veille, le 31 décembre 1953. Il est difficile d'expliquer ces écarts, qui portent sur l'ensemble des variables : présents, entrées et sorties.

De 1958 à 1961, dans le *Bulletin de l'Institut national d'hygiène* (INH), sont publiées annuellement<sup>4</sup> les statistiques médicales des hôpitaux psy-

1. La loi de 1838 faisait obligation à chaque département d'ouvrir un asile d'aliénés, décrivait en détail les procédures d'internement en « placement volontaire » (à la demande d'un proche) ou en « placement d'office » (par arrêté préfectoral) et prévoyait plusieurs types de contrôles et de recours.

2. En 1966, le ministère de la Santé publique et de la Population publie dans son bulletin trimestriel *Statistiques* un recensement des maisons de santé privées pour maladies mentales. Cette étude ponctuelle ne sera pas renouvelée avant plusieurs années. Le rapport indique 6 866 patients présents au 31 décembre 1963 (parmi lesquels certains relèvent de la loi du 30 juin 1838). Par comparaison, le nombre de patients présents le 1<sup>er</sup> janvier 1964 dans les établissements psychiatriques est de 114 408.

3. Les données de certains départements manquent selon les années et la liste en est donnée (*Statistique des institutions d'assistance*, INSEE, 1958).

4. Sous la signature du docteur J. Lauzier et de mademoiselle D. Lafage.

TABLEAU 2

**Nomenclature des maladies mentales (11 octobre 1943)**

Numéros	Maladie	Numéros correspondants (1) de la nomenclature internationale des maladies de l'OMS (révision 1948)
1	Idiotie	325 (0, 4, 5)
2	Imbécillité	325 (1)
3	Débilité mentale	325 (2: partie, 3)
4	Crétinisme (myxœdème)	325 (2: partie)
5	Troubles du caractère et du comportement	320 (0-3, 7), 321 (1-5), 324, 326.
6	Troubles de l'émotivité	321 (0)
7	Perversions instinctives	320 (4-6)
8	Psychonévroses (neurasthénie, psychasthénie, etc.)	310-318
9	État maniaque	301 (0)
10	État mélancolique	301 (1)
11	Psychose périodique	301 (2)
12	Délires aigus (bouffées délirantes)	309 (partie)
13	Délire chronique hallucinatoire	} 303, 309 (partie)
14	Délire chronique d'interprétation	
15	Délire chronique de revendication	
16	Délire chronique d'imagination	
17	Démence précoce (schizophrénie, confusion mentale chronique)	300
18	Confusions mentales aiguës	309 (partie)
19	Alcoolisme aigu (2)	322 (0)
20	Alcoolisme chronique (2)	} 307, 322 (1, 2)
21	Alcoolisme démentiel (2)	
22	Autres intoxications	323
23	Paralysie générale	025
24	Syphilis cérébrale	026
25	Troubles mentaux du tabès	024
26	Démence organique par artériosclérose cérébrale	306
27	Démence organique par lésion circonscrite	308 (0, 2)
28	Démence sénile	304
29	Psychoses séniles ou d'involution	302, 305
30	Démences secondaires (vésaniques)	309 (partie)
31	Épilepsie	308 (1)
32	Psychopathies de l'encéphalite épidémique	083 (1, 2)
33	États psychopathiques atypiques	309 (partie)
34	Non aliéné (3)	793 (0)
35	Simulateur	795 (1)
N.D.	Maladie mentale non mentionnée	309 (partie)

(1) Correspondance approximative : les chiffres entre parenthèses sont les subdivisions de la nomenclature internationale.

(2) Alcoolisme ayant motivé l'internement ; non compris l'alcoolisme « d'appoint » accompagnant l'affection mentale ayant motivé l'internement, qui est classé à la rubrique correspondante.

(3) Reconnu non aliéné après mise en observation, non compris les simulateurs (classés au numéro 35).

chiatriques et des dispensaires d'hygiène mentale. Ces quatre livraisons couvrent l'activité de 1953 à 1959. « Les renseignements chiffrés que nous publions ont plusieurs origines. Les uns sont tirés des questionnaires recueillis par l'Institut national de la statistique (état modèle MS 5), les autres des divers états transmis par les établissements au septième bureau de la Direction générale de la santé publique au ministère de la Santé, suivant les instructions des circulaires des 28 mai 1958 et 30 avril 1959<sup>5</sup>. » Comme l'indique le titre des rapports, des données sont publiées à propos des dispensaires d'hygiène mentale: nombre de points de consultation, nombre de séances de consultation et nombre de consultants examinés. En ce qui concerne l'hospitalisation, un tableau distingue les malades présents au 31 décembre, les entrées directes (non compris les transferts), les rentrées, les sorties directes, les décès et la population traitée dans l'année<sup>6</sup>. D'autre part, la répartition par tranches d'âges est présentée pour les entrées, les décès et les présents au 31 décembre. Enfin, la répartition des malades présents en fin d'année est indiquée par sexe et par diagnostic, sur la base d'une liste de douze catégories.

### À partir de 1961, interviennent plusieurs modifications importantes

Il n'y a pas de donnée publiée pour les années 1960 et 1962. À partir des données portant sur 1963, elles paraissent annuellement<sup>7</sup>. La première publication date de 1964; elle a lieu dans le *Bulletin de l'Institut national d'hygiène*, auquel succède l'année suivante le *Bulletin de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale*, sans interruption de la numérotation des tomes.

En premier lieu, le recueil des données est réalisé à l'aide de nouveaux états statistiques, « mis en service en 1962 par la section de psychiatrie de l'Institut national d'hygiène (pour les données de l'année 1961). Comme on le sait, cet organisme assume depuis cette date en matière de statistique psychiatrique les responsabilités incombant précédemment à l'Institut national de la statistique et des études économiques » (Sadoun, 1964; Sadoun *et al.*, 1982).

En deuxième lieu, les rapports annuels sont intitulés « Statistiques médicales des établissements psychiatriques » (Sadoun, 1964; Sadoun *et al.*, 1982). L'activité des dispensaires d'hygiène mentale cesse d'être recueillie<sup>8</sup>. Ce fait mérite d'être noté, car la période de 1966 à 1987 est précisément celle où se met en place la composante ambulatoire de la psychiatrie de secteur. Comment expliquer ce manque de curiosité de la part des praticiens, des scientifiques comme des décideurs? Les publications de l'époque témoignent de la préoccupation à propos de l'importante surpopulation des services de psychiatrie<sup>9</sup>.

Les informations portent sur les malades présents, les entrées, les sorties et les décès, en fonction de l'âge, du sexe, du diagnostic et des divers croisements que ces variables peuvent susciter.

5. *Statistiques médicales des hôpitaux psychiatriques et des dispensaires d'hygiène mentale* (Lauzier, Lafage, 1958).

6. Le champ couvert et les définitions utilisées ne sont pas mentionnés.

7. Sous la signature du Dr Sadoun, jusqu'à 1978, mais aussi, à partir de 1966 (activité de 1964), du Dr Quémada; M<sup>me</sup> Daguin se joint à eux à partir de 1967 et M<sup>me</sup> Chassagne en 1969.

8. En parallèle avec les publications de l'INH et de l'INSERM, l'*Annuaire statistique du ministère de la Santé publique et de la Population* donne le nombre de points de consultation et de consultants par région sanitaire et par département pour 1961, 1962 et 1966. Il n'y aura plus de publication au sujet des soins ambulatoires avant 1987.

9. En 1961, le Dr Lauzier note que : « en 1957, le pourcentage de l'excédent de population des hôpitaux psychiatriques par rapport à leur capacité réglementaire d'hospitalisation était de 29% ». C'est seulement en 1970 que le nombre de malades présents un jour donné a cessé globalement d'être supérieur au nombre de lits autorisés.

Le champ de l'enquête est le territoire métropolitain : « les établissements psychiatriques dont les services sont tenus d'établir annuellement un état SP 5/S sont les établissements psychiatriques publics : hôpitaux psychiatriques départementaux ou autonomes, établissement national de Saint-Maurice, quartiers psychiatriques d'hôpital général ou d'hospices, établissements psychiatriques privés faisant fonction d'établissements publics, colonies familiales, et centres de rééducation pour alcooliques ». Plus précisément, « les données concernant les deux types de service (fermé et libre) ont été réunies dans ce rapport » (Sadoun, 1964). Chaque état est rempli au niveau du service concerné, sous la responsabilité du médecin chef, garant de son caractère médical.

L'information méthodologique et la définition de toutes les variables sont données de manière détaillée et reproduites annuellement dans chaque volume de résultats. Ainsi, à compter des données concernant l'année 1961, « sont considérés comme existants au 31 décembre tous les malades qui, à cette date, sont effectivement présents dans un service, en permission ou en sortie d'essai, quelle que soit la durée de celle-ci ». D'autre part, « doit être comptée comme admission pour la première fois, toute entrée d'un malade qui, autant qu'il est possible de le savoir, n'a jamais été hospitalisé antérieurement dans un service fermé ou libre d'établissement psychiatrique public ou privé, dans un service d'hôpital général spécialisé en neuropsychiatrie ou dans une maison de santé privée spécialisée. [...] Doit être comptée comme une admission par transfert, toute entrée d'un malade transféré d'un établissement psychiatrique public ou privé, d'un service d'hôpital général spécialisé en neuropsychiatrie ou d'une maison de santé privée spécialisée. [...] Doit être comptée comme autre admission toute entrée d'un malade ne correspondant pas aux définitions données ci-dessus. » (Sadoun, 1964). Les sorties sont distinguées selon qu'il s'agit de sortie définitive, de transfert (dans un autre établissement psychiatrique) ou d'évasion.

Ce changement de définition est révélateur d'une évolution des pratiques. Jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, les hospitalisations sont rares et les réadmissions, plus rares encore. Après la guerre, la transformation profonde des processus de soins s'accompagne d'une fréquence croissante des admissions, et surtout des réadmissions, pour des durées plus courtes dans les deux cas. Avant guerre, le phénomène observé était celui des réadmissions dans l'année; ensuite, c'est la ré-hospitalisation d'une personne qui a déjà été hospitalisée dans le passé, quelle qu'en soit la date.

Il est précisé que « pour les entrées, les sorties et les décès, le choix du groupe d'âges dans lequel doit figurer le cas est déterminé par l'âge du malade, en années révolues, le jour de l'entrée, de la sortie ou du décès » (Sadoun, 1964). Pour les existants au 31 décembre, il s'agit de leur âge à cette date. À la différence des statistiques de l'INSEE, les groupes d'âge sont établis de 10 en 10 ans, de 15 à 75 ans. Au-dessous et au-dessus de ces deux âges, les patients sont regroupés.

Toutefois, les services pour enfants ne sont plus inclus dans le champ de l'enquête, d'où, en 1961, une apparente diminution du nombre des présents et des admis. Il semble bien que la baisse de l'effectif total soit plus importante que ce qui aurait été attendu du fait de l'omission des services pour enfants, et cela d'autant plus qu'il s'agit d'une période de croissance du nombre des présents.

Une nouvelle liste de catégories diagnostiques est désormais utilisée, étant précisé qu'elle a seulement un but statistique et qu'il ne s'agit pas d'une classification (tableau 3). « Pratiquement, lors du choix de la catégorie diagnostique dans laquelle on classera le malade, on doit toujours choisir celle qui représente la meilleure référence nosologique pour le cas, celle qui désigne le mieux la nature du fond psychopathologique, de la structure fondamentale sur laquelle évolue la symptomatologie. Dans le cas où plusieurs références diagnostiques peuvent être choisies et où aucune d'entre elles ne peut être considérée comme principale, c'est la symptomatologie pour laquelle le malade est hospitalisé et traité qui doit guider le choix de la catégorie diagnostique » (Sadoun, 1964). Pour chacun des diagnostics proposés, des remarques sont formulées en quelques lignes pour en faciliter l'utilisation. Par ailleurs, « le diagnostic pris en considération pour le choix de la catégorie diagnostique doit toujours être, soit le diagnostic de sortie ou au décès lors de l'enregistrement des données du mouvement, soit le dernier diagnostic fait, pour les existants au 31 décembre ».

TABLEAU 3

### Liste de catégories diagnostiques utilisées par l'INSERM de 1961 à 1969

- Psychose maniaque dépressive. Manies. Mélancolies.
- États confusionnels aigus ou subaigus.
- Syndromes délirants aigus. Bouffées délirantes.
- Schizophrénies chroniques. Démence précoce.
- Délires chroniques systématisés.
- Psychoses alcooliques.
- Alcoolisme chronique (en dehors des psychoses alcooliques)\*.
- Paralysie générale. Autres troubles mentaux de la syphilis.
- Troubles mentaux de l'épilepsie. Épilepsie.
- États démentiels de la sénilité et démences préséniles.
- Troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale ou générale autre que citées.
- Névroses. États névrotiques. Affections psychosomatiques.
- États de déséquilibre mental. Personnalités psychopathiques. Perversions. Toxicomanies (en dehors de l'alcoolisme).
- États d'arriération. Oligophrénies.
- États non classables dans les catégories précédentes.

\* Malades relevant d'un traitement en centre ou section de rééducation pour alcooliques et placés dans un hôpital psychiatrique en l'absence de ces formations.

En janvier 1969, sont mis en service les états SP 6/S (médicaux) et SP 6/E (administratifs), pour recueillir l'activité à partir de l'année 1968. Ces états « permettent de distinguer plusieurs types d'existants, d'admission et

de sortie ». Les définitions varient peu par rapport à celles des états SP 5. La principale innovation est celle-ci : avec les états SP 6, est inaugurée la *Classification française des troubles mentaux*, qui sert désormais au codage des diagnostics (tableau 4). Des définitions sont fournies. Un tableau de correspondance avec la liste de 15 diagnostics jusque-là en vigueur est établi. Dans les tableaux publiés annuellement, plusieurs codes sont regroupés par deux, par exemple les diagnostics 5 (psychoses alcooliques) et 12 (alcoolisme en dehors des psychoses alcooliques). De ce fait, le nombre total de catégories utilisées reste de 15. Des données restent manquantes, les établissements ne répondant pas toujours.

Il n'y a aucune parution en 1980 et 1981. En 1982, sont publiées des statistiques pour l'année 1978 ; elles sont basées sur un échantillon de 50 % des services, qui « a résulté d'un tirage au sort au fur et à mesure de l'arrivée des états » (Sadoun *et al.*, 1982).

TABLEAU 4

#### Classification française des troubles mentaux utilisée par l'INSERM de 1969 à 1978

1. Psychoses maniaques et dépressives.
2. Schizophrénies chroniques.
3. Délires chroniques.
4. Psychoses délirantes aiguës et états confusionnels.
5. Psychoses alcooliques.
6. Troubles mentaux de l'épilepsie.
7. États d'affaiblissement de la sénilité et démences préséniles.
8. Troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale autre que citées.
9. Troubles mentaux symptomatiques d'une affection somatique autre que citées.
10. Névroses et états névrotiques.
11. Personnalités et caractères pathologiques. Perversions. Toxicomanies (en dehors de l'alcoolisme).
12. Alcoolisme (en dehors des psychoses alcooliques).
13. États dépressifs non psychotiques.
14. Troubles psychosomatiques. Troubles somatiques vraisemblablement psychogènes.
15. Troubles isolés non classables ailleurs.
16. Niveau limité.
17. Débilité mentale.
18. Arriération mentale moyenne (imbécillité).
19. Arriération mentale profonde (idiotie).
20. États non classables dans les catégories précédentes.

#### *L'évolution des diagnostics n'est pas d'interprétation simple*

De la nomenclature de 1943 à la liste des catégories diagnostiques de 1961 et à la *Classification française des troubles mentaux* de 1968, le libellé de certaines catégories évolue, d'autres catégories disparaissent, d'autres encore sont introduites. Toutefois, pour les plus fréquentes, il n'y a pas de rupture radicale. Même si les correspondances terme à terme sont rarement possibles, les regroupements permettent certaines comparaisons. Pour autant, il n'est pas certain qu'un même regroupement de dénominations désigne les mêmes réalités cliniques sur une longue période. La profonde transformation des méthodes de soins peut modifier

l'évolution comme les caractères cliniques des troubles. De plus, les pratiques diagnostiques des médecins changent. L'évolution est d'autant mieux perceptible que la comparaison porte sur des pratiques anciennes. Ainsi, jusqu'en 1961, le nombre élevé de troubles classés comme états délirants aigus, malgré une durée d'hospitalisation supérieure à un an, fait penser que ces patients recevraient maintenant un diagnostic de schizophrénie. Pour la même période, le nombre élevé de patients recevant les diagnostics d'état maniaque ou mélancolique, distincts de la psychose périodique, suggère qu'une certaine proportion parmi ces patients recevrait maintenant un diagnostic de trouble schizo-affectif, ou serait classée parmi les troubles maniaco-dépressifs, voire parfois parmi les névroses.

### **La Direction générale de la santé (DGS) et la fiche par patient mise en place : une description couvrant l'ensemble des activités de secteur**

À partir de 1977, les rapports annuels de secteur (RAS), remplis par les chefs de secteur de psychiatrie, sont adressés à la Direction générale de la santé (DGS), bureau 3C. Outre des informations détaillées portant sur les structures de soins et sur le personnel, ils mentionnent des données tirées de la fiche par patient.

Toutefois, « l'exploitation de l'enquête s'est faite jusqu'en 1984 de façon manuelle, ce qui empêchait une exploitation complète des questionnaires<sup>10</sup> ». Ainsi, les données détaillées sont publiées à partir de 1985 (tableau 5). La gestion des rapports annuels de secteur a été assurée jusqu'en 1990 par la DGS, puis par le SESI, devenu en 1999 la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Les rapports annuels ont donné lieu à trois types de publications : en premier lieu, un numéro de *Documents statistiques* paraît tous les deux ans. Ces parutions présentent les résultats détaillés. Elles sont complétées par des synthèses dans *Informations rapides* puis *Études et Résultats*. Enfin, des études approfondies utilisent ces données pour décrire les variations dans la durée (Guilmin *et al.*, 2000), dans l'espace (Alluard et Coldefy, 2005a et 2005b), ou encore pour dresser une typologie des secteurs (Coldefy *et al.*, 2002).

Le recueil des données est profondément renouvelé. Le rapport annuel de secteur contient des informations sur l'équipement, l'activité et le personnel. Deux innovations importantes ouvrent le champ de la statistique : d'une part, la notion de file active de secteur<sup>11</sup> permet de prendre en compte les soins à temps partiel et les soins ambulatoires au même titre que les soins à temps plein ; d'autre part, l'activité de psychiatrie infantile trouve enfin son expression quantitative. Par définition, toutes les données concernent les soins de secteur. Sont donc exclus quelques services publics non sectorisés, une partie du secteur privé participant au

10. Circulaire n° 5780 du 21 décembre 1987 relative à la planification en santé mentale et à la préparation de la mise en place de la carte sanitaire en psychiatrie. *Bulletin officiel* n° 86-6 bis.

11. Nombre de personnes vues au moins une fois par l'un des soignants des équipes du secteur.

service public (pour son activité non sectorisée) et la totalité du secteur privé ne participant pas au service public. Les deux premières de ces trois exclusions sont des restrictions par rapport au champ de l'enquête hospitalière de l'INH puis de l'INSERM; leur ampleur est modérée. De plus, jusqu'en 2000, les rapports annuels de secteur prennent mal en compte les structures intersectorielles, de plus en plus nombreuses.

Les informations concernant les patients sont recueillies sur la fiche par patient mise en place dans les établissements sectorisés. Sur le recto de cette fiche se trouvent des données sociodémographiques et cliniques qui ne sont pas transmises en dehors de l'établissement. Sur le verso, sont notés les actes de soin; à partir de ce relevé, des données agrégées par secteur sont transmises aux tutelles, en quatre chapitres: la file active (globale), l'activité ambulatoire, l'activité à temps partiel et l'activité à temps complet (tableau 5). Chaque type d'acte comporte le nombre de patients concernés et le nombre d'actes. Deux « notes explicatives de la fiche par patient » ronéotées, d'une dizaine de pages chacune, sont diffusées, l'une pour la psychiatrie générale et l'autre pour la pédopsychiatrie. Les règles de codage y sont définies; elles sont restées en vigueur pendant 20 ans.

L'extension du champ de l'enquête s'accompagne de la disparition de certaines informations: le diagnostic est saisi localement mais n'est pas transmis en dehors des établissements, exceptées des remontées ponctuelles (les enquêtes sur la population suivie en psychiatrie, « coupes transversales » réalisées par la DGS, l'INSERM et le centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé – OMS); l'âge et le sexe des patients ne sont connus que dans la file active globale; le nombre et les caractères des patients en soins un jour donné sont absents, de même que les sorties de l'hôpital; il n'y a plus de distinction entre première et nouvelle admission à l'hôpital.

À partir de 2000, le questionnaire est refondu, des informations sur les pratiques sont recueillies. En 2006-2007, est mis en place le relevé d'information médicale en psychiatrie (voir l'article p. 267).

#### ENCADRÉ 2

#### **Les enquêtes complémentaires du SESI**

Trois enquêtes complémentaires réalisées par le Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI) ont pu être recensées. Elles portent sur:

- la répartition par âge, sexe et mode de placement des personnes présentes au 15 janvier 1988;
- la répartition par mode de placement des entrées et journées d'hospitalisation en 1988;
- l'ancienneté du séjour en hospitalisation complète (moins de 2 mois, 2 mois à 1 an, 1 à 10 ans, plus de 10 ans);
- la situation en termes de résidence et l'origine géographique;
- le mode d'hospitalisation (hospitalisation libre, sur demande d'un tiers ou d'office) au 8 octobre 1991.

TABLEAU 5

### Liste des informations portant sur l'activité de soins dans les rapports annuels de secteur\*

<b>Psychiatrie générale</b>	<b>Psychiatrie infanto-juvénile</b>
<b>File active globale</b>	<b>File active globale</b>
File active	File active
Nbre de patients vus pour la 1 <sup>re</sup> fois au cours de l'année	Nbre de patients vus pour la 1 <sup>re</sup> fois au cours de l'année
Nbre de patients vus une seule fois au cours de l'année	Nbre de patients vus une seule fois au cours de l'année
Répartition de la file active par sexe et âge	Répartition de la file active par sexe et âge
<b>Soins ambulatoires</b>	<b>Soins ambulatoires</b>
Nbre de patients pris en charge en ambulatoire	Nbre de patients pris en charge en ambulatoire
Nbre de patients exclusivement pris en charge en ambulatoire	Nbre de patients exclusivement pris en charge en ambulatoire
CO: soins en CMP ou unité de consultation de secteur	CO: soins en CMP ou unité de consultation de secteur
SD: soins, intervention à domicile	SD: soins, intervention à domicile
SI: soins, interventions en institution substitutives au domicile	SI: soins, interventions en institution substitutives au domicile
SU: soins, intervention en unité d'hospitalisation somatique	SU: soins, intervention en unité d'hospitalisation somatique
	ME: soins et interventions en établissement médico-éducatif
	MI: soins et interventions en PMI
	MS: soins et interventions en milieu scolaire
AA: Soins ambulatoires autres	AA: soins ambulatoires autres
<b>Soins à temps partiel</b>	<b>Soins à temps partiel</b>
Nbre de patients pris en charge à temps partiel	Nbre de patients pris en charge à temps partiel
Nbre de patients exclusivement pris en charge à temps partiel	Nbre de patients exclusivement pris en charge à temps partiel
NU: hospitalisation de nuit	NU: hospitalisation de nuit
JO: hospitalisation de jour	JO: hospitalisation de jour
TT: accueil, soins en atelier thérapeutique	
CA: accueil, soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	CA: accueil, soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
AJ: accueil, soins à temps partiel autre	AJ: accueil, soins à temps partiel autre
<b>Soins à temps plein</b>	<b>Soins à temps plein</b>
Nbre de patients pris en charge à temps complet	Nbre de patients pris en charge à temps complet
Nbre de patients exclusivement pris en charge à temps complet	Nbre de patients exclusivement pris en charge à temps complet
Nbre de patients exclusivement pris en charge en hospitalisation à plein temps	Nbre de patients exclusivement pris en charge en hospitalisation à plein temps
PT: hospitalisation à plein temps en psychiatrie	PT: hospitalisation à plein temps en psychiatrie
PC: accueil et soins en centre de post-cure	
AT: accueil, soins en appartement thérapeutique	
PF: placement familial thérapeutique	PF: placement familial thérapeutique
HD: hospitalisation à domicile	HD: hospitalisation à domicile
AP: accueil et soins à temps complet autres	AP: accueil et soins à temps complet autres

\*Pour chaque type d'acte est relevé le nombre de patients concernés et le nombre d'actes.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alluard O., Coldefy M.**, 2005a, « Atlas régional de psychiatrie générale. Disparités de l'offre et des territoires d'intervention », *Document de travail*, DREES, n° 75.
- Alluard O., Coldefy M.**, 2005b, « Atlas régional de psychiatrie infanto-juvénile. Disparités de l'offre et des territoires d'intervention », *Document de travail*, DREES, n° 76.
- Coldefy M., Bousquet F., Rotbart G.**, 2002, « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 », *Études et Résultats*, DREES, n° 163.
- Guilmin A., Parayre C., Boisguérin B., Niel X., Bonnafous E., Gallot A-M.**, 2000, « Bilan de la sectorisation psychiatrique », *Document de travail*, DREES, n° 2.
- INSEE**, 1976, *Matériaux pour un historique du système statistique depuis la dernière guerre mondiale*, tome I: A, « Statistiques sociales ».
- INSEE**, 1963, *Statistique du mouvement hospitalier. Années 1955 à 1958*.
- INSEE**, 1958, *Statistique des institutions d'assistance. Années 1949 à 1954*.
- Lauzier J., Lafage D.**, 1958, « Statistiques médicales des hôpitaux psychiatriques et des dispensaires d'hygiène mentale (1955-1957) », *Bulletin de l'Institut national d'hygiène*, 13, 4, 891-911.
- Sadoun R.**, 1964, « Statistiques médicales des établissements hospitaliers psychiatriques. Année 1961 », *Bulletin de l'Institut national d'hygiène*, 19, 4, 585-627.
- Sadoun R., Quémada N., Chassagne M-M.**, 1982, *Statistiques médicales des établissements psychiatriques. Année 1978*, INSERM.