Institut de recherche et documentation en économie de la santé

La santé mentale en France et dans les pays de l'OCDE

Bibliographie thématique

Octobre 2019

Centre de documentation de l'Irdes

Marie-Odile Safon

Véronique Suhard

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

ISSN 2606-0272 **ISBN 978-2-87812-431-6**

Sommaire

Problématique 3
La santé mentale : aspects épidémiologiques et économiques 4
UN ESSAI DE DEFINITION 4
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES 5
Prévalence et mortalité 5
Surmortalité 39
Vieillissement et santé mentale 50
Cancer et santé mentale 66
ASPECTS ECONOMIQUES : COUTS ET FINANCEMENT DES SOINS 104
La politique psychiatrique en France 115
UN APERÇU HISTORIQUE 115
LES DIFFERENTES LOIS ET PLANS DE SANTE 115
LA RECONNAISSANCE DU HANDICAP PSYCHIQUE 126
LA QUALITE DES SOINS 137
SANTE MENTALE ET TERRITOIRE 147
Etudes d'ensemble sur la politique en santé mentale 148
L'organisation des soins 158
La sectorisation psychiatrique 166
La prise en charge de la santé mentale 174
PARCOURS DE SOINS EN PSYCHIATRIE 174
Études d'ensemble 174
Schizophrénie et dépression : une grande hétérogénéité des parcours 205
L'HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET SON IMPACT SUR LE PARCOURS DE SOINS 227
LA PSYCHOTHERAPIE 255
RECHERCHE PARTICIPATIVE, PAIR AIDANCE 267
Un coup d'œil à l'international 271
Sources d'information 294
ENQUETES ET BASES MEDICO-ADMINISTRATIVES 294
Les enquêtes nationales 294
Les bases de données médico-administratives 295
ORGANISMES RESSOURCES 295
Sites français 295
Sites internationaux 297

Problématique

Les maladies mentales représentent une proportion considérable – et croissante – de la charge mondiale de morbidité. On estime qu'une personne sur deux sera atteinte d'une maladie mentale au cours de sa vie, et qu'environ un adulte en âge de travailler sur cinq en souffre à tout moment[1][2]. Les troubles mentaux ont d'importantes conséquences sur la vie des personnes qui en sont atteintes, et se traduisent par des difficultés dans le parcours scolaire, des taux de chômage plus élevés, et une moins bonne santé physique. Dans les cas graves, la dépression et d'autres maladies mentales, comme les troubles bipolaires et la schizophrénie, peuvent conduire les personnes au suicide. D'autres raisons complexes participent du taux des décès par suicide comme le contexte social, la pauvreté, la toxicomanie ou le chômage. Par ailleurs, les coûts économiques des maladies mentales sont aussi très significatifs. Une étude de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) les estime à plus de 4 % du produit intérieur brut (PIB), soit 600 milliards dans les pays de l'OCDE[3]. En France; les troubles mentaux (maladies psychiatriques ou consommations de psychotropes) représentent le premier poste de dépenses du régime général de l'assurance maladie par pathologie, avant les cancers et les maladies cardio-vasculaires, soit 19,3 milliards d'euros[4]. Le coût économique et social des troubles mentaux est évalué à 109 milliards d'euros par an. Globalement, en France[5] comme à l'international[6], la recherche sur la santé mentale demeure malheureusement sous investie et sous financée. Pourtant, le fardeau économique, social et individuel de la santé mentale n'est pas une fatalité. Prévenir et guérir les troubles mentaux doivent devenir un enjeu incontournable de la santé publique à travers le monde. En France, la situation est à un niveau d'état d'urgence. Les problèmes de santé mentale concernent 12 millions de Français chaque année. Il suffit d'égrener le nom des pathologies concernées : dépressions, troubles bipolaires, autisme, schizophrénie, pour prendre conscience qu'elles nous concernent tous, de près ou de loin. Or, face à ces drames humains, un silence assourdissant persiste, qui dit beaucoup de la perception de la psychiatrie dans notre pays. Celle-ci se situe aux confluents de la méconnaissance, des amalgames, des préjugés, du déni, de la honte. L'organisation des soins en psychiatrie qui, en cinquante ans, est passée d'un idéal d'égalité, sur l'ensemble du territoire, à un dédale dans lequel plus personne ne se retrouve, même les acteurs les plus impliqués. Le système craque de toutes parts et engendre de la souffrance pour les malades, leurs proches et les équipes médicales[7]. Dans le cadre de la Stratégie nationale de santé « Ma santé 2022 », la *Feuille de route de la santé mentale*[8] présente un plan global déclinant 37 actions selon trois axes : promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ; garantir des parcours de soins coordonnés soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ; améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

[1] McDaid, D., Hewlett, E. et Park, A. L. (2017). Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness. OECD Health Working Papers; 97.
[2] OCDE (2012). Sick on the job? Mythgs and realities about mental health and work.
[3] OCDE (2018). Promoting mental health in Europe: why and how ? In : Health at a glance : Europe 2018
[4] Cnam (2018). Santé mentale. Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2019 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2019
[5] Gandré, C., Prigent, A., Kemel, M. L., Leboyer, M. et Chevreul, K. (2015). "Evolution of public and non-profit funding for mental health research in France between 2007 and 2011." Eur Neuropsychopharmacol **25**(12)
[6] Hazo, J. B., Gandré, C., Leboyer, M., Obradors-Tarrago, C., Belli, S., McDaid, D., Park, A. L., Maliandi, M. V., Wahlbeck, K., Wykes, T., van Os, J., Haro, J. M. et Chevreul, K. (2017). "National funding for mental health research in Finland, France, Spain and the United Kingdom." Eur Neuropsychopharmacol **27**(9)
[7] Leboyer, M., Llorca, P.-M., Durand-Zaleski, I., et al. (2018). Psychiatrie : l'état d'urgence, Paris : Fondation fondamental
[8] Ministère chargé de la santé (2018). "Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie."

L'objectif de cette bibliographie est de recenser des sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels…) dans le domaine de la santé mentale pour la période allant de 2000 à juillet 2019 avec quelques publications clefs antérieures à ces dates.

Le périmètre géographique retenu concerne la France et les pays de l'OCDE.

Les recherches bibliographiques ont été réalisées sur les bases et les portails suivants : Irdes, BDSP, Cairn, Medline et Econlit.

Les aspects principalement documentés sont les suivants :

- La santé mentale : aspects épidémiologiques et économiques ; la surmortalité et l'impact du vieillissement et du cancer sur la mortalité.
- La politique de santé mentale en France : lois, plans, organisation et planification ; reconnaissance du handicap psychique.
- La prise en charge : études d'ensemble sur le parcours de soins ; parcours de soins des personnes souffrant de dépression et de schizophrénie ; hospitalisation sans consentement ; psychothérapie ; recherche participative et pair-aidance.
- Quelques données internationales.

Cette bibliographie ne prétend pas à l'exhaustivité. Les références sont classées par ordre chronologique, puis par ordre alphabétique d'auteurs et de titres.

La santé mentale : aspects épidémiologiques et économiques

UN ESSAI DE DEFINITION

La santé mentale est une composante essentielle de la santé. La Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)[9] définit la santé comme suit: «*La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*». Cette définition a pour important corollaire que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux. La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. La santé et le bien-être mentaux sont indispensables pour que l'être humain puisse, au niveau individuel et collectif, penser, ressentir, échanger avec les autres, gagner sa vie et profiter de l'existence. C'est pourquoi, la promotion, la protection et le rétablissement de la santé mentale sont des préoccupations centrales pour les personnes, les collectivités et les sociétés partout dans le monde. Des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques multiples déterminent le degré de santé mentale d'une personne à un moment donné. Ainsi, des pressions socio-économiques persistantes sont des facteurs de risque reconnus pour la santé mentale des individus et des communautés. Les données factuelles qui l'attestent le mieux sont les indicateurs de pauvreté, notamment les faibles niveaux d'instruction. Les problèmes de santé mentale sont également associés aux éléments suivants: changement social rapide; conditions de travail éprouvantes; discrimination à l'égard des femmes; exclusion sociale; mode de vie malsain; risques de violence ou de mauvaise santé physique; et violations des droits de l'homme. Par ailleurs, certains profils psychologiques et certains traits de personnalité prédisposent

[9] [9] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19 juin - 22 juillet 1946.

aux troubles mentaux. Enfin, les troubles mentaux peuvent être dus à des causes biologiques, notamment à des facteurs génétiques qui contribuent à des déséquilibres chimiques du cerveau.

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

Les troubles mentaux dans les pays de l'Union européenne : quelques données chiffrées

Selon les dernières estimations de l'institute for Metrics and Evaluation (IHME)[10], les troubles mentaux affecteraient plus d'une personne sur six dans l'Union européenne (17,3 %), soit environ 84 millions de personnes. L'anxiété est le trouble mental le plus représenté : 25 millions de personnes, soit 5,4 % de la population ; suivi par les troubles dépressifs : 21 millions de personnes, soit 4,5 % de personnes. Les troubles bipolaires affectent 5 millions de personnes (1 % de la population) et la schizophrénie affecte 1,6 millions de personnes (0.3 %). Les taux de prévalence sont très divers selon les pays. Les taux les plus importants sont observés en Finlande, aux Pays-Bas, en France et en Irlande (18,5 % de la population). Les taux les plus bas sont observés en Roumanie, Bulgarie et Pologne (15 % de la population). Ces différences observées peuvent aussi être imputables au fait que les pathologies mentales sont mieux diagnostiquées dans certains pays que d'autres ou que l'accès aux soins est davantage facilité. Concernant la mortalité, 84 000 millions de personnes seraient décédées en 2015 de troubles mentaux dans l'Union européenne, mais ce chiffre serait sans doute sous-estimé[11], car beaucoup de personnes souffrant de troubles mentaux meurent prématurément en raison d'un taux très élevé de maladies chroniques ou autres problèmes de santé insuffisamment traités. En France, une étude de Santé publique France[12] basée sur la base nationale du Centre épidémiologique sur les causes de décès de l'Institut National de la recherche médicale (CepiDc-Inserm) rapporte 783 403 décès avec mention de troubles mentaux (TM) sur la période 2000-2013, représentant en moyenne 55 957 décès annuels et 10,3% de l'ensemble des décès survenus sur cette période. Les taux de décès avec TM standardisés sur l'âge ont baissé globalement (-15,1%) sur l'ensemble de la période. Pour les hommes comme pour les femmes, l'âge moyen au décès était particulièrement bas pour la schizophrénie (respectivement 55,9 ans et 67,6 ans) et pour les TM liés à l'alcool, respectivement 59,4 et 60,7 ans) Les causes initiales (CI) de décès se répartissaient ainsi : pour les décès avec mention de TM, le suicide (11,1%) se situait en 3e position, derrière les causes cardiovasculaires (27,3%) et les cancers (18,1%), alors que pour les décès sans mention de TM, le suicide (1,3%) se plaçait loin derrière les cancers (31,0%) et le cardiovasculaire (28,9%).

Prévalence et mortalité

2019

Fond, G., Lancon, C., Auquier, P. et Boyer, L. (2019). "[Prevalence of major depression in France in the general population and in specific populations from 2000 to 2018: A systematic review of the literature]." Presse Med **48**(4): 365-375.

> OBJECTIVE: To synthetize the data on the prevalence of major depressive disorders (MDD) in France in general population and in specific populations. METHOD: A systematic review following the PRISMA criteria has been carried out. MEDLINE, google scholar, Isi web of science, PsychInfo et Cochrane library have been explored, from 2000 to April 2018. RESULTS: The prevalence of major depression in France over the last 12 months was around 8% in the 2000s and seems to have increased to 10% in the 2010s. Studies on national databases tend to underestimate this prevalence (<2%), retaining only the most severe depressions, hospitalized and treated with antidepressants. In specific populations, data has been published in HIV, epilepsy, some cancers and cardiovascular disease, cannabis and tobacco smokers. CONCLUSION: The prevalence of depression seems to have increased between the years 2000 and 2010 in France. Further studies should be published, especially in alcohol use disorder, cancers, cardiovascular diseases and immuno-inflammatory illnesses, due to their high prevalence and their specific relationships with MDD. Another study in the

[10] IHME (2018). Global Health Data Exchange. www.healthdata.org
[11] OCDE (2017). Santé mentale. In : Panorama de la santé 2017. Indicateurs de l'OCDE.
[12] Ha, C., Chan Che, C. et Decool, E. (2017). "Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(23).

general French population should also be carried out. This data should help developing precision medicine to improve the care of MDD in France.

2018

Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., et al. (2018). "Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016." Schizophr Bull **44**(6): 1195-1203.

Introduction: The global burden of disease (GBD) studies have derived detailed and comparable epidemiological and burden of disease estimates for schizophrenia. We report GBD 2016 estimates of schizophrenia prevalence and burden of disease with disaggregation by age, sex, year, and for all countries. Method: We conducted a systematic review to identify studies reporting the prevalence, incidence, remission, and/or excess mortality associated with schizophrenia. Reported estimates which met our inclusion criteria were entered into a Bayesian meta-regression tool used in GBD 2016 to derive prevalence for 20 age groups, 7 super-regions, 21 regions, and 195 countries and territories. Burden of disease estimates were derived for acute and residual states of schizophrenia by multiplying the age-, sex-, year-, and location-specific prevalence by 2 disability weights representative of the disability experienced during these states. Findings: The systematic review found a total of 129 individual data sources. The global age-standardized point prevalence of schizophrenia in 2016 was estimated to be 0.28% (95% uncertainty interval [UI]: 0.24-0.31). No sex differences were observed in prevalence. Age-standardized point prevalence rates did not vary widely across countries or regions. Globally, prevalent cases rose from 13.1 (95% UI: 11.6-14.8) million in 1990 to 20.9 (95% UI: 18.5-23.4) million cases in 2016. Schizophrenia contributes 13.4 (95% UI: 9.9-16.7) million years of life lived with disability to burden of disease globally. Conclusion: Although schizophrenia is a low prevalence disorder, the burden of disease is substantial. Our modeling suggests that significant population growth and aging has led to a large and increasing disease burden attributable to schizophrenia, particularly for middle income countries.

Gigonzac, V., Delézire, P., Khireddine-Medouni, I., et al. (2018). "La dépression dans la population active occupée en France en 2017. Baromètre santé 2017." Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH)(32-33): 645-652.

Objectifs : décrire la prévalence de la dépression chez les actifs occupés en France métropolitaine et étudier les associations entre l'exposition à certains facteurs professionnels et la dépression, à partir des données du Baromètre santé 2017. Méthodes : les données étudiées concernent 14 520 actifs occupés. Les épisodes dépressifs caractérisés (EDC) ont été mesurés à l'aide du questionnaire standardisé CIDI-SF. La prévalence des EDC a été décrite notamment selon la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité. Des régressions logistiques multivariées ont été effectuées pour tester l'association entre les facteurs professionnels étudiés (expositions à des facteurs psychosociaux au travail et évènements professionnels indésirables) et l'EDC. Résultats : le taux de prévalence d'EDC parmi les actifs occupés était de 8,2%. Les femmes présentaient une prévalence deux fois plus élevée que les hommes (11,4% vs 5,3%). Les taux de prévalence étaient significativement différents chez les hommes selon le secteur d'activité. Les secteurs les plus touchés étaient l'hébergement et la restauration ainsi que les activités financières et d'assurance. Quel que soit le sexe, les facteurs professionnels étudiés étaient associés à un risque plus élevé de présenter un EDC. Discussion-conclusion : cette étude apporte un nouvel éclairage sur la dépression dans la population active française. Le milieu du travail étant un

environnement favorable pour développer des actions de promotion et de prévention en santé mentale, ces résultats devraient permettre d'orienter des actions de prévention notamment dans les secteurs d'activité les plus touchés.

Laporte, A., Vandentorren, S., Detrez, M. A., et al. (2018). "Prevalence of Mental Disorders and Addictions among Homeless People in the Greater Paris Area, France." Int J Environ Res Public Health **15**(2).

The Samenta study was conducted in 2009 in the Greater Paris area to estimate the prevalence of psychiatric disorders in homeless people. A cross-sectional survey was performed with a three-stage random sample of homeless people (n = 859), including users of day services, emergency shelters, hot meal distribution, long-term rehabilitation centres, and social hotels. Information was collected by a lay interviewer, using the Mini International Neuropsychiatric Interview, and completed by a psychologist through an open clinical interview. In the end, a psychiatrist assessed the psychiatric diagnosis according to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD, 10th revision). One third of homeless people in the Paris area had at least one severe psychiatric disorder (SPD): psychotic disorders (13%), anxiety disorders (12%), or severe mood disorders (7%). One in five was alcohol-dependent and 18% were drug users. Homeless women had significantly higher prevalence of anxiety disorders and depression compared to men, who were more likely to suffer from psychotic disorders. Homeless people of French origin were at higher risk of SPD, as well as people who experienced various adverse life events before the age of 18 (running away, sexual violence, parental disputes, and/or addictions) and those who experienced homelessness for the first time before the age of 26. The prevalence rates of the main psychiatric disorders within the homeless population of our study are consistent with those reported in other Western cities. Our results advocate for an improvement in the detection, housing, and care of psychiatric homeless people.

Léon, C., Chan Chee, C., du Roscoät, E., et al. (2018). "La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017." Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH)(32-33): 637-644.

Introduction : le fardeau sanitaire, économique et social induit par les troubles mentaux a contribué à inscrire la santé mentale au premier rang des priorités de santé publique. L'objectif de ce travail est de présenter les données de prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) en France métropolitaine en 2017, d'identifier les segments de population les plus concernés et d'observer les évolutions depuis 2005. Méthode : en 2017, le Baromètre santé a interrogé 25 319 personnes âgées de 18 à 75 ans par collecte assistée par téléphone et informatique selon un sondage aléatoire. L'EDC a été mesuré par le biais du Composite International Diagnostic Interview-Short Form (CIDI-SF). Résultats : près d'une personne sur dix avait vécu un EDC au cours des 12 derniers mois. Les femmes, notamment celles âgées de 35-44 ans, les personnes de moins de 45 ans, les chômeurs et autres inactifs, les personnes veuves ou divorcées et les personnes déclarant de faibles revenus présentaient les niveaux de prévalence les plus élevés. Après une stabilité observée entre 2005 et 2010, la prévalence de l'EDC a augmenté de 1,8 points sur la période 2010-2017 ; cette augmentation concerne davantage les femmes (+3 points), les 35-44 ans (+4 points), les chômeurs (+5 points) et les individus déclarant des revenus faibles (+3 points). Discussion : la prévalence élevée de la dépression ainsi que son augmentation au cours des dernières années plaident pour un renforcement des dispositifs de prévention et de prise en charge des troubles dépressifs, en particulier à destination des populations les plus vulnérables.

OCDE (2018). Promoting mental health in Europe : why and how ? In : Health at a glance : Europe

2018. Paris OCDE: 221.
https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm

Health at a Glance: Europe 2018 presents comparative analyses of the health status of EU citizens and the performance of the health systems of the 28 EU Member States, 5 candidate countries and 3 EFTA countries. It is the first step in the State of Health in the EU cycle of knowledge brokering. This publication has two parts. Part I comprises two thematic chapters, the first focusing on the need for concerted efforts to promote better mental health, the second outlining possible strategies for reducing wasteful spending in health. In Part II, the most recent trends in key indicators of health status, risk factors and health spending are presented, together with a discussion of progress in improving the effectiveness, accessibility and resilience of European health systems.

2017

Chan Chee, C., Chin, F., Ha, C., et al. (2017). "Use of medical administrative data for the surveillance of psychotic disorders in France." BMC Psychiatry **17**(1): 386.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29202735

BACKGROUND: Psychotic disorders are among the most severe psychiatric disorders that have great effects on the individuals and the society. For surveillance of chronic low prevalence conditions such as psychotic disorders, medical administrative databases can be useful due to their large coverage of the population, their continuous availability and low costs with possibility of linkage between different databases. The aims of this study are to identify the population with psychotic disorders by different algorithms based on the French medical administrative data and examine the prevalence and characteristics of this population in 2014. METHODS: The health insurance system covers the entire population living in France and all reimbursements of ambulatory care in private practice are included in a national health insurance claim database, which can be linked with the national hospital discharge databases. Three algorithms were used to select most appropriately persons with psychotic disorders through data from hospital discharge databases, reimbursements for psychotropic medication and full insurance coverage for chronic and costly conditions. RESULTS: In France in 2014, estimates of the number of individuals with psychotic disorders were 469,587 (54.6% males) including 237,808 with schizophrenia (63.6% males). Of those, 77.0% with psychotic disorders and 70.8% with schizophrenia received exclusively ambulatory care. Prevalence rates of psychotic disorders were 7.4 per 1000 inhabitants (8.3 in males and 6.4 in females) and 3.8 per 1000 inhabitants (4.9 in males and 2.6 in females) for schizophrenia. Prevalence of psychotic disorders reached a maximum of 14 per 1000 in males between 35 and 49 years old then decreased with age while in females, the highest rate of 10 per 1000 was reached at age 50 without decrease with advancing age. No such plateau was observed in schizophrenia. DISCUSSION: This study is the first in France using an exhaustive sample of medical administrative data to derive prevalence rates for psychotic disorders. Although only individuals in contact with healthcare services were included, the rates were congruent with reported estimates from systematic reviews. The feasibility of this study will allow the implementation of a national surveillance of psychotic disorders essential for healthcare management and policy planning.

Charara, R., Forouzanfar, M., Naghavi, M., et al. (2017). "The Burden of Mental Disorders in the Eastern Mediterranean Region, 1990-2013." PLoS One **12**(1): e0169575.

The Eastern Mediterranean Region (EMR) is witnessing an increase in chronic disorders,

including mental illness. With ongoing unrest, this is expected to rise. This is the first study to quantify the burden of mental disorders in the EMR. We used data from the Global Burden of Disease study (GBD) 2013. DALYs (disability-adjusted life years) allow assessment of both premature mortality (years of life lost-YLLs) and nonfatal outcomes (years lived with disability-YLDs). DALYs are computed by adding YLLs and YLDs for each age-sex-country group. In 2013, mental disorders contributed to 5.6% of the total disease burden in the EMR (1894 DALYS/100,000 population): 2519 DALYS/100,000 (2590/100,000 males, 2426/100,000 females) in high-income countries, 1884 DALYS/100,000 (1618/100,000 males, 2157/100,000 females) in middle-income countries, 1607 DALYS/100,000 (1500/100,000 males, 1717/100,000 females) in low-income countries. Females had a greater proportion of burden due to mental disorders than did males of equivalent ages, except for those under 15 years of age. The highest proportion of DALYs occurred in the 25-49 age group, with a peak in the 35-39 years age group (5344 DALYs/100,000). The burden of mental disorders in EMR increased from 1726 DALYs/100,000 in 1990 to 1912 DALYs/100,000 in 2013 (10.8% increase). Within the mental disorders group in EMR, depressive disorders accounted for most DALYs, followed by anxiety disorders. Among EMR countries, Palestine had the largest burden of mental disorders. Nearly all EMR countries had a higher mental disorder burden compared to the global level. Our findings call for EMR ministries of health to increase provision of mental health services and to address the stigma of mental illness. Moreover, our results showing the accelerating burden of mental health are alarming as the region is seeing an increased level of instability. Indeed, mental health problems, if not properly addressed, will lead to an increased burden of diseases in the region.

Fourcade, N., Von Lennep, F., Luciano, L., et al. (2017). L'état de santé de la population en France : rapport 2017. Paris DREES**:** 435.
http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf

Cette édition 2017 du rapport sur l'état de santé de la population en France conjugue des approches transversales, par population, par déterminants et par pathologies, pour illustrer l'état de santé globalement bon des Français. Il met également en lumière les principaux problèmes de santé auxquels est confronté le pays et auxquels les politiques publiques doivent répondre. Coordonné pour la première fois avec la nouvelle agence nationale de santé publique – Santé publique France – cette édition 2017 accorde une place plus large aux données régionales et infrarégionales avec l'introduction de cartes et données supplémentaires et l'ajout de 18 profils régionaux synthétisant les principales caractéristiques démographiques, socioéconomiques et sanitaires des nouvelles régions administratives. Une typologie socio-sanitaire des territoires a été également réalisée : elle permet de mettre en évidence des zones particulièrement vulnérables. Ces enrichissements ont été rendus possibles grâce à la mobilisation de tous les contributeurs habituels du rapport, et celle de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) et du réseau des observatoires régionaux de santé (ORS) pour les profils régionaux.

Gilman, S. E., Sucha, E., Kingsbury, M., et al. (2017). "Depression and mortality in a longitudinal study: 1952-2011." Cmaj **189**(42): E1304-e1310.

BACKGROUND: Many studies have shown that depression increases mortality risk. We aimed to investigate the duration of time over which depression is associated with increased risk of mortality, secular trends in the association between depression and mortality, and sex differences in the association between depression and mortality. METHODS: We conducted a cohort study of 3410 adults enrolled in 3 representative samples of a county in Atlantic Canada in 1952 (n = 1003), 1970 (n = 1203) or 1992 (n = 1402) (the Stirling County Study). Depression was measured using a diagnostic algorithm based on the presence of depressed

mood and associated symptoms, duration of more than 1 month, and substantial impairment. Vital status of participants through 2011 was determined using probabilistic linkages to the Canadian Mortality Database. RESULTS: Depression was associated with a heightened risk of mortality among men during the 3 time periods of the study, with hazard ratios (HRs) of 2.90 (95% confidence interval [CI] 1.69-4.98) between 1952 and 1967, 1.97 (CI 1.34-2.89) between 1968 and 1990, and 1.52 (CI 1.09-2.13) between 1991 and 2011. Elevated risk of mortality was noted among women only between 1990 and 2011 (HR = 1.51; CI = 1.11-2.05). INTERPRETATION: The association between depression and mortality persists over long periods of time and has emerged among women in recent decades, despite contemporaneous improvements in the treatment of depression and reduction of stigma associated with depression. Further research is needed to better understand the mechanisms involved.

Ha, C., Chan Che, C. et Decool, E. (2017). "Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(23): 500-508.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/23/index.html

Introduction : l'objectif était de décrire la mortalité associée à l'existence de troubles mentaux (TM) en France. Méthodes : notre analyse, dite en causes multiples, porte à la fois sur les causes initiales (CI) et sur les causes associées des décès survenus en France de 2000 à 2013, extraits de la base nationale du CépiDc-Inserm. L'ensemble des TM du chapitre F de la Classification internationale des maladies (CIM-10, codes F00 à F99) ainsi que des sous-groupes ont été considérés. Résultats : de 2000 à 2013,783 403 décès avec mention de TM ont été enregistrés, représentant en moyenne 55 957 décès annuels et 10,3% de l'ensemble des décès survenus sur cette période. Les taux de décès avec TM standardisés sur l'âge ont baissé globalement (-15,1%) sur l'ensemble de la période. Pour les hommes comme pour les femmes, l'âge moyen au décès était particulièrement bas pour la schizophrénie (respectivement 55,9 ans et 67,6 ans) et pour les TM liés à l'alcool (respectivement 59,4 et 60,7 ans). Les CI de décès se répartissaient ainsi : pour les décès avec mention de TM, le suicide (11,1%) se situait en 3e position, derrière les causes cardiovasculaires (27,3%) et les cancers (18,1%), alors que pour les décès sans mention de TM, le suicide (1,3%) se plaçait loin derrière les cancers (31,0%) et le cardiovasculaire (28,9%). Conclusion : ce travail souligne l'importance de prendre soin aussi bien de la santé mentale que physique des personnes souffrant de TM, ainsi que de la nécessité de développer auprès d'elles des actions de prévention, notamment du suicide mais portant aussi sur les facteurs de risque cardiovasculaire, respiratoire et métabolique.

Heim, E., Wegmann, I. et Maercker, A. (2017). "Cultural values and the prevalence of mental disorders in 25 countries: A secondary data analysis." Soc Sci Med **189**: 96-104.

RATIONALE: The prevalence of common mental disorders (CMDs, i.e., depression and anxiety) worldwide is substantial, and prevalence rates are higher in high-income than in low- and middle-income countries. This difference might reflect both underlying prevalence rates as well as the measurement model used in cross-national epidemiological studies. Schwartz' cultural values provide a meaningful taxonomy to describe 'culture' and to examine how culture affects both the aetiology and phenomenology of CMDs. OBJECTIVE: The present study examines to what extent Schwartz' cultural values correlate with prevalence rates of CMDs at the country-level. METHOD: Twenty-five countries were included in this study. Countries were included if data on cultural values and lifetime prevalence rates, from either the World Mental Health Surveys or the Global Burden of Disease Study, were available for at least one CMD. Spearman rank correlations were

calculated between prevalence rates and cultural values, controlling for gross national income (GNI) per capita. RESULTS: Affective disorders correlated with cultural values, after controlling for GNI. For anxiety disorders, correlations were lower but still offered meaningful insights. Correlations followed the circular structure of values, meaning that the strength of relationship decreased and increased again when moving around the circle: the strongest positive correlations were found with egalitarianism, and the strongest negative correlations with hierarchy and mastery. The autonomy-embeddedness dimension correlated weakly with the prevalence of CMDs. CONCLUSIONS: Diverging prevalence rates between high-income countries and low- and middle-income countries are associated with differences in cultural values. Values might not only relate to the aetiology of mental disorders, but most possibly affect the way in which psychological distress is expressed. As an example, in societies with a strong focus on embeddedness, the fear of stigma might be more pronounced. Cultural values offer a middle ground between culturally specific (i.e., emic) and universalist (i.e., etic) research.

Jayatilleke, N., Hayes, R. D., Dutta, R., et al. (2017). "Contributions of specific causes of death to lost life expectancy in severe mental illness." Eur Psychiatry **43**: 109-115.

The life expectancy gap between people with severe mental illness (SMI) and the general population persists and may even be widening. This study aimed to estimate contributions of specific causes of death to the gap. Age of death and primary cause of death were used to estimate life expectancy at birth for people with SMI from a large mental healthcare case register during 2007-2012. Using data for England and Wales in 2010, death rates in the SMI cohort for each primary cause of death category were replaced with gender- and age-specific norms for that cause. Life expectancy in SMI was then re-calculated and, thus, the contribution of that specific cause of death estimated. Natural causes accounted for 79.2% of lost life-years in women with SMI and 78.6% in men. Deaths from circulatory disorders accounted for more life-years lost in women than men (22.0% versus 17.4%, respectively), as did deaths from cancer (8.1% versus 0%), but the contribution from respiratory disorders was lower in women than men (13.7% versus 16.5%). For women, cancer contributed more in those with non-affective than affective disorders, while suicide, respiratory and digestive disorders contributed more in those with affective disorders. In men, respiratory disorders contributed more in non-affective disorders. Other contributions were similar between gender and affective/non-affective groups. Loss of life expectancy in people with SMI is accounted for by a broad range of causes of death, varying by gender and diagnosis. Interventions focused on multiple rather than individual causes of death should be prioritised accordingly.

OCDE (2017). Santé mentale. In : Panorama de la santé 2017. Indicateurs de l'OCDE. Paris OCDE**:** http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017_health_glance-2017-fr

Cette nouvelle édition du Panorama de la santé présente les données comparables les plus récentes pour les principaux indicateurs relatifs à la santé et à la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Les pays candidats et les principaux pays partenaires (Afrique du Sud, Brésil, Chine, Colombie, Costa Rica, Fédération de Russie, Inde, Indonésie et Lituanie) ont également été inclus dans la mesure du possible. Sauf indication contraire, les données présentées dans cette publication sont tirées des statistiques nationales officielles. Cette édition contient des nouveaux indicateurs, particulièrement dans le domaine des facteurs de risque pour la santé. Elle place aussi une plus grande emphase sur l'analyse des tendances temporelles. Parallèlement à l'analyse par indicateur, cette édition propose des instantanés et une série de tableaux de bord qui résument les performances comparatives

des pays, ainsi qu'un chapitre spécial sur les principaux facteurs à l'origine des gains d'espérance de vie.

Piotrowski, P., Gondek, T. M., Krolicka-Deregowska, A., et al. (2017). "Causes of mortality in schizophrenia: An updated review of European studies." Psychiatr Danub **29**(2): 108-120.

BACKGROUND: The excess mortality in schizophrenia is still a phenomenon insufficiently studied on the cross-national level. It is important to analyse current studies on morality in schizophrenia since significant changes have recently taken place in psychiatric health care systems and guidelines of pharmacological treatment have been developed in European countries. SUBJECTS AND METHODS: This article reviews studies addressing mortality in schizophrenia in Europe that were published in English in the Pubmed database in 2009-2014. It aimed at determining countries where studies were conducted, methodologies and tools used, and current main mortality rates, as well as direction of causality in this group of patients. RESULTS: The recently published studies were conducted only in few European countries. The majority of data was obtained from general medical records and death records. The studies indicate that schizophrenia patients are characterized by higher mortality rate than the general population, with natural causes (cardiovascular diseases and cancers) and suicides predominating. The increasing mortality gap with significantly shorter life expectancy of patients with schizophrenia in comparison with the general population is considerable. CONCLUSIONS: Death records are a crucial tool in studies on mortality in schizophrenia patients; however they are insufficiently employed. Recent European reports do not show positive tendencies, indicating that standardized mortality rates in schizophrenia remain on the same level or even increase, particularly for deaths resulting from natural causes. Due to various methodologies used in studies, their direct comparison is difficult. This limitation warrants further discussion on methods used in future studies on schizophrenia mortality in Europe.

2016

Cutler, D. M., Huang, W. et Lleras-Muney, A. (2016). Economic Conditions and Mortality: Evidence from 200 Years of Data. NBER Working Paper Series ; n° 22690. Cambridge NBER
http://www.nber.org/papers/w22690

Using data covering over 100 birth-cohorts in 32 countries, we examine the short- and long-term effects of economic conditions on mortality. We find that small, but not large, booms increase contemporary mortality. Yet booms from birth to age 25, particularly those during adolescence, lower adult mortality. A simple model can rationalize these findings if economic conditions differentially affect the level and trajectory of both good and bad inputs into health. Indeed, air pollution and alcohol consumption increase in booms. In contrast, booms in adolescence raise adult incomes and improve social relations and mental health, suggesting these mechanisms dominate in the long run.

Ferrari, A. J., Stockings, E., Khoo, J. P., et al. (2016). "The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013." Bipolar Disord **18**(5): 440-450.

OBJECTIVES: We present the global burden of bipolar disorder based on findings from the Global Burden of Disease Study 2013 (GBD 2013). METHODS: Data on the epidemiology of bipolar disorder were obtained from a systematic literature review and assembled using Bayesian meta-regression modelling to produce prevalence by country, age, sex and year. Years lived with disability (YLDs) were estimated by multiplying prevalence by disability

weights quantifying the severity of the health loss associated with bipolar disorder. As there were no years of life lost (YLLs) attributed to bipolar disorder, YLDs equated to disability-adjusted life years (DALYs) as a measure of total burden. RESULTS: There were 32.7 million cases of bipolar disorder globally in 1990 and 48.8 million in 2013; equivalent to a 49.1% increase in prevalent cases, all accounted for by population increase and ageing. Bipolar disorder accounted for 9.9 million DALYs in 2013, explaining 0.4% of total DALYs and 1.3% of total YLDs. There were 5.5 million DALYs recorded for female individuals and 4.4 million for male individuals. DALYs were evident from age 10 years, peaked in the 20s, and decreased thereafter. DALYs were relatively constant geographically. CONCLUSIONS: Despite being relatively rare, bipolar disorder is a disabling illness due to its early onset, severity and chronicity. Population growth and aging are leading to an increase in the burden of bipolar disorder over time. It is important that resources be directed towards improving the coverage of evidence-based intervention strategies for bipolar disorder and establishing strategies to prevent new cases of the disorder.

Laursen, T. M., Musliner, K. L., Benros, M. E., et al. (2016). "Mortality and life expectancy in persons with severe unipolar depression." J Affect Disord **193**: 203-207.

BACKGROUND: Depression is a common psychiatric disorder, with a lifetime prevalence of 10-15% in the Danish population. Although depression is associated with excess mortality, it is not yet understood how this affects life expectancy. Our aim was to examine mortality rates and life expectancy in patients with unipolar depression compared to the general population, and to assess the impact of comorbid somatic illness and substance abuse. METHODS: We followed a Danish population-based cohort from 1995-2013 (N=5,103,699). The cohort included all residents in Denmark during the study period. Mortality rate ratios (MRRs) and life expectancy in persons with unipolar depression were calculated using survival analysis techniques. RESULTS: The overall MRR was 2.07 (95% Confidence Interval (CI): 2.05-2.09) in people with a previous unipolar depression diagnosis compared to the general Danish population. This excess mortality translated into a reduced life expectancy of 14.0 years in men and 10.1 years in women (assuming onset at age 15). The MRR was highest for death due to suicide and accidents (MRR: 4.66; 95% CI: 4.53-4.79), but the absolute number of deaths was highest for natural causes. CONCLUSION: People with unipolar depression have a significant shorter life expectancy, especially men.

Lumme, S., Pirkola, S., Manderbacka, K., et al. (2016). "Excess Mortality in Patients with Severe Mental Disorders in 1996-2010 in Finland." PLoS One **11**(3): e0152223.

Unselected population-based nationwide studies on the excess mortality of individuals with severe mental disorders are scarce with regard to several important causes of death. Using comprehensive register data, we set out to examine excess mortality and its trends among patients with severe mental disorders compared to the total population. Patients aged 25-74 and hospitalised with severe mental disorders in 1990-2010 in Finland were identified using the national hospital discharge register and linked individually to population register data on mortality and demographics. We studied mortality in the period 1996-2010 among patients with psychotic disorders, psychoactive substance use disorders, and mood disorders by several causes of death. In addition to all-cause mortality, we examined mortality amenable to health care interventions, ischaemic heart disease mortality, disease mortality, and alcohol-related mortality. Patients with severe mental disorders had a clearly higher mortality rate than the total population throughout the study period regardless of cause of death, with the exception of alcohol-related mortality among male patients with psychotic disorders without comorbidity with substance use disorders. The all-cause mortality rate ratio of patients with psychotic disorders compared to the total population was 3.48 (95%

confidence interval 2.98-4.06) among men and 3.75 (95% CI 3.08-4.55) among women in the period 2008-10. The corresponding rate ratio of patients with psychoactive substance use disorders was 5.33 (95% CI 4.87-5.82) among men and 7.54 (95% CI 6.30-9.03) among women. Overall, the mortality of the total population and patients with severe mental disorders decreased between 1996 and 2010. However, the mortality rate ratio of patients with psychotic disorders and patients with psychoactive substance use disorders compared to the total population increased in general during the study period. Exceptions were alcohol-related mortality among patients with psychoactive substance use disorders and female patients with psychotic disorders, as well as amenable mortality among male patients with psychotic disorders. The mortality rate ratio of persons with mood disorders compared to the total population decreased. The markedly high mortality amenable to health care intervention among patients with severe mental disorders found in our study suggests indirectly that they may receive poorer quality somatic care. The results highlight the challenges in co-ordinating mental and somatic health services.

Miloyan, B., Bulley, A., Bandeen-Roche, K., et al. (2016). "Anxiety disorders and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **51**(11): 1467-1475.

PURPOSE: The purpose of this study was to perform a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies that examined the relationship between anxiety disorders, or clinically significant anxiety symptoms, at baseline and all-cause mortality at follow-up relative to control participants without clinically significant anxiety. METHODS: PubMed, EMBASE, PsycInfo, and CINAHL were searched through July 2015, along with manual searches of published reviews and forward and backward snowball searches of included studies. Studies were excluded if anxiety was not defined with a standardized instrument, or if participants were followed-up for 1 year or less. The initial search yielded 7901 articles after the removal of duplicates, of which 328 underwent full-text screening. RESULTS: Forty-two estimates from 36 articles were included in the meta-analysis with a total sample of 127,552 participants and over 11,573 deaths. The overall hazard ratio (HR) estimate of mortality in clinically anxious participants relative to controls was 1.09 (95 % CI 1.01-1.16); however, this was reduced after adjusting for publication bias (1.03; 95 % CI 0.95-1.13). There was no evidence of increased mortality risk among anxious participants derived from community samples (0.99; 95 % CI 0.96-1.02) and in studies that adjusted for a diagnosis of depression (1.01; 95 % CI 0.96-1.06). CONCLUSIONS: These findings suggest that positive associations in the literature are attributable to studies in smaller samples, comorbid depression (or other psychiatric conditions) among participants, and possible confounding in medical patient samples followed-up for short durations.

Osby, U., Westman, J., Hallgren, J., et al. (2016). "Mortality trends in cardiovascular causes in schizophrenia, bipolar and unipolar mood disorder in Sweden 1987-2010." Eur J Public Health **26**(5): 867-871.

INTRODUCTION: People with severe mental illness have increased risk for premature mortality and thus a shorter life expectancy. Relative death rates are used to show the excess mortality among patients with mental health disorder but cannot be used for the comparisons by country, region and time. METHODS: A population-based register study including all Swedish patients in adult psychiatry admitted to hospital with a main diagnosis of schizophrenia, bipolar or unipolar mood disorder in 1987-2010 (614 035 person-years). Mortality rates adjusted for age, sex and period were calculated using direct standardization methods with the 2010 Swedish population as standard. Data on all residents aged 15 years or older were used as the comparison group. RESULTS: Patients with severe mental health disorders had a 3-fold mortality compared to general population. All-cause mortality

decreased by 9% for people with bipolar mood disorder and by 26-27% for people with schizophrenia or unipolar mood disorder, while the decline in the general population was 30%. Also mortality from diseases of the circulatory system declined less for people with severe mental disorder (-35% to - 42%) than for general population (-49%). The pattern was similar for other cardiovascular deaths excluding cerebrovascular deaths for which the rate declined among people with schizophrenia (-30%) and unipolar mood disorder (-41%), unlike for people with bipolar mood disorder (-3%). CONCLUSIONS: People with mental health disorder have still elevated mortality. The mortality declined faster for general population than for psychiatric patients. More detailed analysis is needed to reveal causes-of-death with largest possibilities for improvement.

Pratt, L. A., Druss, B. G., Manderscheid, R. W., et al. (2016). "Excess mortality due to depression and anxiety in the United States: results from a nationally representative survey." Gen Hosp Psychiatry **39**: 39-45.

OBJECTIVES: We compared the mortality of persons with and without anxiety and depression in a nationally representative survey and examined the role of socioeconomic factors, chronic diseases and health behaviors in explaining excess mortality. METHODS: The 1999 National Health Interview Survey was linked with mortality data through 2011. We calculated the hazard ratio (HR) for mortality by presence or absence of anxiety/depression and evaluated potential mediators. We calculated the population attributable risk of mortality for anxiety/depression. RESULTS: Persons with anxiety/depression died 7.9 years earlier than other persons. At a population level, 3.5% of deaths were attributable to anxiety/depression. Adjusting for demographic factors, anxiety/depression was associated with an elevated risk of mortality [HR=1.61, 95% confidence interval (CI)=1.40, 1.84]. Chronic diseases and health behaviors explained much of the elevated risk. Adjusting for demographic factors, people with past-year contact with a mental health professional did not demonstrate excess mortality associated with anxiety/depression while those without contact did. CONCLUSIONS: Anxiety/depression presents a mortality burden at both individual and population levels. Our findings are consistent with targeting health behaviors and physical illnesses as strategies for reducing this excess mortality among people with anxiety/depression.

2015

(2015). "Error in Figure Caption. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis." JAMA Psychiatry **72**(7): 736.

Coldefy, M., Le Neindre, C. et Nestrigue, C. (2015). "Troubles schizophréniques et caractéristiques socio-économiques, géographiques et d'offre de soins des territoires." Rhizome(57): 6-7.
http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/RHIZOME_Orspere-Samdarra/Rhizome_57.pdf

La schizophrénie, trouble psychique sévère et invalidant, touche 1 à 2% des adultes en France, soit environ 400000 personnes (HAS, guide Affection de longue durée, Schizophrénies, 2007). À ce jour, l'ensemble des études portant sur l'étiologie des troubles psychotiques a conduit à un modèle faisant de ces pathologies des maladies complexes, multifactorielles et probablement hétérogènes. Leur étiologie associe un terrain (vulnérabilité) génétique et des facteurs de risque environnementaux, tant individuels que populationnels. De nombreuses études étrangères ont montré que la distribution des troubles psychotiques n'est pas spatialement homogène. À partir de ce constat, plusieurs études ont été réalisées pour mieux comprendre les raisons de cette hétérogénéité spatiale.

La plupart d'entre elles ont porté sur les facteurs populationnels composites. Elles suggèrent que les facteurs sociaux, économiques et démographiques jouent un rôle dans la distribution des cas de psychose et nuancent l'effet des facteurs individuels. Les études françaises en la matière restent rares.

Erskine, H. E., Moffitt, T. E., Copeland, W. E., et al. (2015). "A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth." Psychol Med **45**(7): 1551-1563.

BACKGROUND: Mental and substance use disorders are common and often persistent, with many emerging in early life. Compared to adult mental and substance use disorders, the global burden attributable to these disorders in children and youth has received relatively little attention. METHOD: Data from the Global Burden of Disease Study 2010 was used to investigate the burden of mental and substance disorders in children and youth aged 0-24 years. Burden was estimated in terms of disability-adjusted life years (DALYs), derived from the sum of years lived with disability (YLDs) and years of life lost (YLLs). RESULTS: Globally, mental and substance use disorders are the leading cause of disability in children and youth, accounting for a quarter of all YLDs (54.2 million). In terms of DALYs, they ranked 6th with 55.5 million DALYs (5.7%) and rose to 5th when mortality burden of suicide was reattributed. While mental and substance use disorders were the leading cause of DALYs in high-income countries (HICs), they ranked 7th in low- and middle-income countries (LMICs) due to mortality attributable to infectious diseases. CONCLUSIONS: Mental and substance use disorders are significant contributors to disease burden in children and youth across the globe. As reproductive health and the management of infectious diseases improves in LMICs, the proportion of disease burden in children and youth attributable to mental and substance use disorders will increase, necessitating a realignment of health services in these countries.

Hardt, J., Bernert, S., Matschinger, H., et al. (2015). "Suicidality and its relationship with depression, alcohol disorders and childhood experiences of violence: results from the ESEMeD study." J Affect Disord **175**: 168-174.

BACKGROUND: Suicidality constitutes a major health concern in many countries. The aim of the present paper was to analyse 10 of its risk factors and their interdependence. METHODS: Data on suicidality, mental disorders and experience of childhood violence was collected from 8796 respondents in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). The CIDI was used to assess mental disorders. Individuals were randomly divided into two subgroups. In one, a Graphical Markov model to predict suicidality was constructed, in the second, predictors were cross-validated. RESULTS: Lifetime suicidality was predicted mainly by lifetime depression and early experiences of violence, with a pseudo R-square of 12.8%. In addition, alcohol disorders predicted suicidality, but played a minor role compared with the other risk factors in this sample. CONCLUSION: In addition to depression, early experience of violence constitutes an important risk factor of suicidality. LIMITATIONS: This is a cross-sectional and retrospective study assessing risk factors for suicidality, not for suicide itself.

Hayes, J. F., Miles, J., Walters, K., et al. (2015). "A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder." Acta Psychiatr Scand **131**(6): 417-425.

OBJECTIVE: To review and complete meta-analysis of studies estimating standardised mortality ratios (SMRs) in bipolar affective disorder (BPAD) for all-cause and cause-specific mortalities. METHOD: Cause-specific mortality was grouped into natural and unnatural causes. These subgroups were further divided into circulatory, respiratory, neoplastic and

infectious causes, and suicide and other violent deaths. Summary SMRs were calculated using random-effects meta-analysis. Heterogeneity was examined via subgroup analysis and meta-regression. RESULTS: Systematic searching found 31 studies meeting inclusion criteria. Summary SMR for all-cause mortality = 2.05 (95% CI 1.89-2.23), but heterogeneity was high (I(2) = 96.2%). This heterogeneity could not be accounted for by date of publication, cohort size, mid-decade of data collection, population type or geographical region. Unnatural death summary SMR = 7.42 (95% CI 6.43-8.55) and natural death = 1.64 (95% CI 1.47-1.83). Specifically, suicide SMR = 14.44 (95% CI 12.43-16.78), other violent death SMR = 3.68 (95% CI 2.77-4.90), deaths from circulatory disease = 1.73 (95% CI 1.54-1.94), respiratory disease = 2.92 (95% CI 2.00-4.23), infection = 2.25 (95% CI 1.70-3.00) and neoplasm = 1.14 (95% CI 1.10-1.21). CONCLUSION: Despite considerable heterogeneity, all summary SMR estimates and a large majority of individual studies showed elevated mortality in BPAD compared to the general population. This was true for all causes of mortality studied.

Husky, M. M., Lepine, J. P., Gasquet, I., et al. (2015). "Exposure to Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in France: Results From the WMH Survey." J Trauma Stress **28**(4): 275-282.

This study examined the prevalence of traumatic events and the conditional probability of posttraumatic stress disorder (PTSD) associated with both specific and broad classes of events in a nationally representative sample from France. The sample (N = 1,436) was a part of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey (ESEMeD), under the WHO World Mental Health Surveys-2000 initiative. Overall, exposure to any traumatic event was 72.7%, which appeared to be lower than what has been reported in Sweden (80.8%), similar to data from the Netherlands (71.1%), and higher than what has been reported in Spain (54.0%), Italy (56.1%), Northern Ireland (60.6%) or the U.S (55.9%). Lifetime prevalence of PTSD was 3.9%, lower than in the United States (7.8%), Sweden (5.6%), or Northern Ireland (8.8%), but higher than in Spain (2.2%) or Italy (2.4%). Being beaten up by a romantic partner (25.0%), having a child with serious illness (23.5%), and rape (21.5%) were associated with the highest risk of PTSD. The average duration of PTSD was 5.3 years (0.2-28.1). The burden of PTSD in France appeared to come from the consequences of violence and social network events suggesting that prevention efforts might focus on limiting the occurrence of exposure to avoidable events such as violence as well as provide support for persons exposed to social network events.

Kessing, L. V., Vradi, E. et Andersen, P. K. (2015). "Life expectancy in bipolar disorder." Bipolar Disord **17**(5): 543-548.

OBJECTIVE: Life expectancy in patients with bipolar disorder has been reported to be decreased by 11 to 20 years. These calculations are based on data for individuals at the age of 15 years. However, this may be misleading for patients with bipolar disorder in general as most patients have a later onset of illness. The aim of the present study was to calculate the remaining life expectancy for patients of different ages with a diagnosis of bipolar disorder. METHODS: Using nationwide registers of all inpatient and outpatient contacts to all psychiatric hospitals in Denmark from 1970 to 2012 we calculated remaining life expectancies for values of age 15, 25, 35 ... 75 years among all individuals alive in year 2000. RESULTS: For the typical male or female patient aged 25 to 45 years, the remaining life expectancy was decreased by 12.0-8.7 years and 10.6-8.3 years, respectively. The ratio between remaining life expectancy in bipolar disorder and that of the general population decreased with age, indicating that patients with bipolar disorder start losing life-years during early and mid-adulthood. CONCLUSIONS: Life expectancy in bipolar disorder is decreased substantially, but less so than previously reported. Patients start losing life-years

during early and mid-adulthood.

Kessing, L. V., Vradi, E., McIntyre, R. S., et al. (2015). "Causes of decreased life expectancy over the life span in bipolar disorder." J Affect Disord **180**: 142-147.

BACKGROUND: Accelerated aging has been proposed as a mechanism explaining the increased prevalence of comorbid general medical illnesses in bipolar disorder. AIMS: To test the hypothesis that lost life years due to natural causes starts in early and mid-adulthood, supporting the hypothesis of accelerated aging. METHODS: Using individual data from nationwide registers of patient with a diagnosis of bipolar disorder we calculated remaining life expectancies before age 90 years for values of age 15, 25, 35...75 years among all individuals alive in year 2000. Further, we estimated the reduction in life expectancy due to natural causes (physical illnesses) and unnatural causes (suicide and accidents) in relation to age. RESULTS: A total of 22,635 patients with bipolar disorder were included in the study in addition to data from the entire Danish general population of 5.4 million people. At age 15 years, remaining life expectancy before age 90 years was decreased 12.7 and 8.9 life years, respectively, for men and women with bipolar disorder. For 15-year old boys with bipolar disorder, natural causes accounted for 58% of all lost life years and for 15-year old girls, natural causes accounted for 67% increasing to 74% and 80% for 45-year old men and women, respectively. LIMITATIONS: Data concern patients who get contact to hospital psychiatry only. CONCLUSIONS: Natural causes of death is the most prevalent reason for lost life years already from adolescence and increases substantially during early and mid-adulthood, in this way supporting the hypothesis of accelerated aging. Early intervention in bipolar disorder should not only focus on improving outcome of the bipolar disorder but also on decreasing the risk of comorbid general medical illnesses.

Olaya, B., Alonso, J., Atwoli, L., et al. (2015). "Association between traumatic events and post-traumatic stress disorder: results from the ESEMeD-Spain study." Epidemiol Psychiatr Sci **24**(2): 172-183.

BACKGROUND: The relative importance of traumatic events (TEs) in accounting for the social burden of post-traumatic stress disorder (PTSD) could vary according to cross-cultural factors. In that sense, no such studies have yet been conducted in the Spanish general population. The present study aims to determine the epidemiology of trauma and PTSD in a Spanish community sample using the randomly selected TEs method. METHODS: The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)-Spain is a cross-sectional household survey of a representative sample of adult population. Lifetime prevalence of self-reported TEs and lifetime and 12-month prevalence of PTSD were evaluated using the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview. Reports of PTSD associated with randomly selected TEs were weighted by the individual-level probabilities of TE selection to generate estimates of population-level PTSD risk associated with each TE. RESULTS: Road accident was the most commonly self-reported TE (14.1%). Sexual assault had the highest conditional risk of PTSD (16.5%). The TEs that contributed most to societal PTSD burden were unexpected death of a loved one (36.4% of all cases) and sexual assault (17.2%). Being female and having a low educational level were associated with low risk of overall TE exposure and being previously married was related to higher risk. Being female was related to high risk of PTSD after experiencing a TE. CONCLUSIONS: Having an accident is commonly reported among Spanish adults, but two TE are responsible for the highest burden associated with PTSD: the unexpected death of someone close and sexual assault. These results can help designing public health interventions to reduce the societal PTSD burden.

Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., et al. (2015). "Premature Mortality Among Adults With

Schizophrenia in the United States." JAMA Psychiatry **72**(12): 1172-1181.

IMPORTANCE: Although adults with schizophrenia have a significantly increased risk of premature mortality, sample size limitations of previous research have hindered the identification of the underlying causes. OBJECTIVE: To describe overall and cause-specific mortality rates and standardized mortality ratios (SMRs) for adults with schizophrenia compared with the US general population. DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS: We identified a national retrospective longitudinal cohort of patients with schizophrenia 20 to 64 years old in the Medicaid program (January 1, 2001, to December 31, 2007). The cohort included 1,138,853 individuals, 4,807,121 years of follow-up, and 74,003 deaths, of which 65,553 had a known cause. MAIN OUTCOMES AND MEASURES: Mortality ratios for the schizophrenia cohort standardized to the general population with respect to age, sex, race/ethnicity, and geographic region were estimated for all-cause and cause-specific mortality. Mortality rates per 100,000 person-years and the mean years of potential life lost per death were also determined. Death record information was obtained from the National Death Index. RESULTS: Adults with schizophrenia were more than 3.5 times (all-cause SMR, 3.7; 95% CI, 3.7-3.7) as likely to die in the follow-up period as were adults in the general population. Cardiovascular disease had the highest mortality rate (403.2 per 100,000 person-years) and an SMR of 3.6 (95% CI, 3.5-3.6). Among 6 selected cancers, lung cancer had the highest mortality rate (74.8 per 100,000 person-years) and an SMR of 2.4 (95% CI, 2.4-2.5). Particularly elevated SMRs were observed for chronic obstructive pulmonary disease (9.9; 95% CI, 9.6-10.2) and influenza and pneumonia (7.0; 95% CI, 6.7-7.4). Accidental deaths (119.7 per 100,000 person-years) accounted for more than twice as many deaths as suicide (52.0 per 100,000 person-years). Non suicidal substance-induced death, mostly from alcohol or other drugs, was also a leading cause of death (95.2 per 100,000 person-years). CONCLUSIONS AND RELEVANCE: In a US national cohort of adults with schizophrenia, excess deaths from cardiovascular and respiratory diseases implicate modifiable cardiovascular risk factors, including especially tobacco use. Excess deaths directly attributable to alcohol or other drugs highlight threats posed by substance abuse. More aggressive identification and management of cardiovascular risk factors, as well as reducing tobacco use and substance abuse, should be leading priorities in the medical care of adults with schizophrenia.

Walker, E. R., McGee, R. E. et Druss, B. G. (2015). "Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis." JAMA Psychiatry **72**(4): 334-341.

IMPORTANCE: Despite the potential importance of understanding excess mortality among people with mental disorders, no comprehensive meta-analyses have been conducted quantifying mortality across mental disorders. OBJECTIVE: To conduct a systematic review and meta-analysis of mortality among people with mental disorders and examine differences in mortality risks by type of death, diagnosis, and study characteristics. DATA SOURCES: We searched EMBASE, MEDLINE, PsychINFO, and Web of Science from inception through May 7, 2014, including references of eligible articles. Our search strategy included terms for mental disorders (eg, mental disorders, serious mental illness, and severe mental illness), specific diagnoses (eg, schizophrenia, depression, anxiety, and bipolar disorder), and mortality. We also used Google Scholar to identify articles that cited eligible articles. STUDY SELECTION: English-language cohort studies that reported a mortality estimate of mental disorders compared with a general population or controls from the same study setting without mental illness were included. Two reviewers independently reviewed the titles, abstracts, and articles. Of 2481 studies identified, 203 articles met the eligibility criteria and represented 29 countries in 6 continents. DATA EXTRACTION AND SYNTHESIS: One reviewer conducted a full abstraction of all data, and 2 reviewers verified accuracy. MAIN OUTCOMES AND MEASURES:

Mortality estimates (eg, standardized mortality ratios, relative risks, hazard ratios, odds ratios, and years of potential life lost) comparing people with mental disorders and the general population or people without mental disorders. We used random-effects meta-analysis models to pool mortality ratios for all, natural, and unnatural causes of death. We also examined years of potential life lost and estimated the population attributable risk of mortality due to mental disorders. RESULTS: For all-cause mortality, the pooled relative risk of mortality among those with mental disorders (from 148 studies) was 2.22 (95% CI, 2.12-2.33). Of these, 135 studies revealed that mortality was significantly higher among people with mental disorders than among the comparison population. A total of 67.3% of deaths among people with mental disorders were due to natural causes, 17.5% to unnatural causes, and the remainder to other or unknown causes. The median years of potential life lost was 10 years (n = 24 studies). We estimate that 14.3% of deaths worldwide, or approximately 8 million deaths each year, are attributable to mental disorders. CONCLUSIONS AND RELEVANCE: These estimates suggest that mental disorders rank among the most substantial causes of death worldwide. Efforts to quantify and address the global burden of illness need to better consider the role of mental disorders in preventable mortality.

Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., et al. (2015). "The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010." PLoS One **10**(2): e0116820.

BACKGROUND: The Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010), estimated that a substantial proportion of the world's disease burden came from mental, neurological and substance use disorders. In this paper, we used GBD 2010 data to investigate time, year, region and age specific trends in burden due to mental, neurological and substance use disorders. METHOD: For each disorder, prevalence data were assembled from systematic literature reviews. DisMod-MR, a Bayesian meta-regression tool, was used to model prevalence by country, region, age, sex and year. Prevalence data were combined with disability weights derived from survey data to estimate years lived with disability (YLDs). Years lost to premature mortality (YLLs) were estimated by multiplying deaths occurring as a result of a given disorder by the reference standard life expectancy at the age death occurred. Disability-adjusted life years (DALYs) were computed as the sum of YLDs and YLLs. RESULTS: In 2010, mental, neurological and substance use disorders accounted for 10.4% of global DALYs, 2.3% of global YLLs and, 28.5% of global YLDs, making them the leading cause of YLDs. Mental disorders accounted for the largest proportion of DALYs (56.7%), followed by neurological disorders (28.6%) and substance use disorders (14.7%). DALYs peaked in early adulthood for mental and substance use disorders but were more consistent across age for neurological disorders. Females accounted for more DALYs in all mental and neurological disorders, except for mental disorders occurring in childhood, schizophrenia, substance use disorders, Parkinson's disease and epilepsy where males accounted for more DALYs. Overall DALYs were highest in Eastern Europe/Central Asia and lowest in East Asia/the Pacific. CONCLUSION: Mental, neurological and substance use disorders contribute to a significant proportion of disease burden. Health systems can respond by implementing established, cost effective interventions, or by supporting the research necessary to develop better prevention and treatment options.

2014

Almeida, O. P., Hankey, G. J., Yeap, B. B., et al. (2014). "Mortality among people with severe mental disorders who reach old age: a longitudinal study of a community-representative sample of 37,892 men." PLoS One **9**(10): e111882.

BACKGROUND: Severe mental illnesses are leading causes of disability worldwide. Their prevalence declines with age, possibly due to premature death. It is unclear, however, if people with severe mental disorders who reach older age still have lower life expectancy compared with their peers and if their causes of death differ. METHODS AND FINDINGS: Cohort study of a community-representative sample of 37892 Australian men aged 65-85 years in 1996-1998. Follow up was censored on the 31st December 2010. Lifetime prevalence of schizophrenia spectrum, bipolar, depressive and alcohol-induced disorder was established through record linkage. A subsample of 12136 consented to a face-to-face assessment of sociodemographic, lifestyle and clinical variables. Information about causes of death was retrieved from the Australian Death Registry. The prevalence of schizophrenia spectrum, bipolar, depressive and alcohol-induced disorders was 1.2%, 0.3%, 2.5% and 1.8%. The mortality hazard for men with a severe mental disorder was 2.3 and their life expectancy was reduced by 3 years. Mortality rates increased with age, but the gap between men with and without severe mental disorders was not attenuated by age. Cardiovascular diseases and cancer were the most frequent causes of death. The excess mortality associated with severe mental disorders could not be explained by measured sociodemographic, lifestyle or clinical variables. CONCLUSIONS: The excess mortality associated with severe mental disorders persists in later life, and the causes of death of younger and older people with severe mental disorders are similar. Hazardous lifestyle choices, suboptimal access to health care, poor compliance with treatments, and greater severity of medical comorbidities may all contribute to this increased mortality. Unlike young adults, most older people will visit their primary care physician at least once a year, offering health professionals an opportunity to intervene in order to minimise the harms associated with severe mental disorders.

Baxter, A. J., Vos, T., Scott, K. M., et al. (2014). "The regional distribution of anxiety disorders: implications for the Global Burden of Disease Study, 2010." Int J Methods Psychiatr Res **23**(4): 422-438.

Anxiety disorders are increasingly acknowledged as a global health issue however an accurate picture of prevalence across populations is lacking. Empirical data are incomplete and inconsistent so alternate means of estimating prevalence are required to inform estimates for the new Global Burden of Disease Study 2010. We used a Bayesian meta-regression approach which included empirical epidemiological data, expert prior information, study covariates and population characteristics. Reported are global and regional point prevalence for anxiety disorders in 2010. Point prevalence of anxiety disorders differed by up to three-fold across world regions, ranging between 2.1% (1.8-2.5%) in East Asia and 6.1% (5.1-7.4%) in North Africa/Middle East. Anxiety was more common in Latin America; high income regions; and regions with a history of recent conflict. There was considerable uncertainty around estimates, particularly for regions where no data were available. Future research is required to examine whether variations in regional distributions of anxiety disorders are substantive differences or an artefact of cultural or methodological differences. This is a particular imperative where anxiety is consistently reported to be less common, and where it appears to be elevated, but uncertainty prevents the reporting of conclusive estimates.

Chesney, E., Goodwin, G. M. et Fazel, S. (2014). "Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review." World Psychiatry **13**(2): 153-160.

A meta-review, or review of systematic reviews, was conducted to explore the risks of all-cause and suicide mortality in major mental disorders. A systematic search generated 407 relevant reviews, of which 20 reported mortality risks in 20 different mental disorders and

included over 1.7 million patients and over a quarter of a million deaths. All disorders had an increased risk of all-cause mortality compared with the general population, and many had mortality risks larger than or comparable to heavy smoking. Those with the highest all-cause mortality ratios were substance use disorders and anorexia nervosa. These higher mortality risks translate into substantial (10-20 years) reductions in life expectancy. Borderline personality disorder, anorexia nervosa, depression and bipolar disorder had the highest suicide risks. Notable gaps were identified in the review literature, and the quality of the included reviews was typically low. The excess risks of mortality and suicide in all mental disorders justify a higher priority for the research, prevention, and treatment of the determinants of premature death in psychiatric patients.

Hoertel, N., Limosin, F. et Leleu, H. (2014). "Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorders: results from the French National Health Insurance Reimbursement Database." Eur Psychiatry **29**(6): 358-364.

BACKGROUND: Research on the impact of the continuity of care (COC) on health outcomes in patients with mental illness is limited. This observational study examined whether the longitudinal COC is associated with a decreased likelihood of death among patients with mental disorders in the French general population. METHOD: Data were derived from the French National Health Insurance (NHI) reimbursement database. Patients with any mental disorder who visited a psychiatrist at least twice within 6 months were included. The primary endpoint was death by all causes. We measured longitudinal COC with a psychiatrist twice a year between 2007 and 2010, using the COC index developed by Bice and Boxerman. The COC index was analysed as a time-dependent variable in a survival analysis after adjustments for age, gender and stratifying on comorbidities and social status. RESULTS: Among 14,515 patients visiting a psychiatrist at least twice in 6 months and tracked over 3 years, likelihood of death was significantly lower in patients with higher continuity of care (hazard ratio for an increase in 0.1 of continuity, adjusted for age, sex, and stratified on comorbidities and social status: 0.83 [0.83-0.83]), particularly in those with bipolar disorder, major depressive disorder and schizophrenia. CONCLUSION: Improving longitudinal continuity of care in mental health care may contribute to substantially decrease mortality.

Leinonen, T., Martikainen, P., Laaksonen, M., et al. (2014). "Excess mortality after disability retirement due to mental disorders: variations by socio-demographic factors and causes of death." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **49**(4): 639-649.

PURPOSE: Mental disorders are the key causes of disability retirement and are associated with a high risk of mortality. Social variations in excess mortality after disability retirement are nevertheless poorly understood. We examined socio-demographic differences in all-cause and cause-specific mortality after disability retirement due to depression and other mental disorders. METHODS: The data comprised a nationally representative sample of the Finnish population aged 25-64 in 1996 with no prior disability retirement due to mental disorders (N = 392,985). We used Cox regression analysis with disability retirement due to mental disorders as a time-varying covariate and mortality between 1997 and 2007 as the outcome variable. RESULTS: We found excess mortality after disability retirement due to mental disorders as compared to those with no such retirement in all specific causes of death, in particular alcohol-related causes, suicide, and other unnatural causes. Excess suicide mortality was particularly large after depression-based disability retirement. Younger age groups, non-manual classes, and those living with a partner and children had largest excess mortality, especially from unnatural and alcohol-related causes. However, the absolute number of excess deaths was not always largest in these socio-demographic groups. CONCLUSIONS: In young adulthood, disability retirement due to depression signifies severe

health and other social disadvantages that lead to particularly large excess mortality, especially due to unnatural causes. The protective effects of a high socioeconomic position and family ties against unnatural and alcohol-related deaths are limited among those who have already developed depression or other mental disorders that have led to disability retirement.

Mackenbach, J. P., Karanikolos, M. et Looman, C. W. (2014). "The rise of mortality from mental and neurological diseases in Europe, 1979-2009: observational study." BMC Public Health **14**: 840.

BACKGROUND: We studied recent trends in mortality from seven mental and neurological conditions and their determinants in 41 European countries. METHODS: Age-standardized mortality rates were analysed using standard methods of descriptive epidemiology, and were related to cultural, economic and health care indicators using regression analysis. RESULTS: Rising mortality from mental and neurological conditions is seen in most European countries, and is mainly due to rising mortality from dementias. Mortality from psychoactive substance use and Parkinson's disease has also risen in several countries. Mortality from dementias has risen particularly strongly in Finland, Iceland, Malta, Netherlands, Spain, Sweden and the United Kingdom, and is positively associated with self-expression values, average income, health care expenditure and life expectancy, but only the first has an independent effect. CONCLUSIONS: Although trends in mortality from dementias have probably been affected by changes in cause-of-death classification, the high level of mortality from these conditions in a number of vanguard countries suggests that it is now among the most frequent causes of death in high-income countries. Recognition of dementias as a cause of death, and/or refraining from life-saving treatment for patients with dementia, appear to be strongly dependent on cultural values.

Mattisson, C., Horstmann, V. et Bogren, M. (2014). "Relationship of SOC with sociodemographic variables, mental disorders and mortality." Scand J Public Health **42**(5): 434-445.

BACKGROUND: SOC is associated with wellbeing and health. The Lundby Study is a cohort study of an unselected population (n=3563) in whom mental health and personality traits have been assessed since 1947, with follow ups in 1957, 1972, and 1997. AIM: To describe the relationship of Antonovsky's 29-item sense of coherence scale (SOC) and its three subscales (comprehensibility, manageability, and meaningfulness) to mental health and mortality in an unselected middle-aged and elderly community cohort, controlling for gender, age, marital status, and socioeconomic status. Another aim was to analyse the three-factor structure of the SOC. METHODS: Of the 1797 surviving subjects in 1997, 1559 participated in a semistructured diagnostic interview, and 1164 subjects completed the SOC questionnaire. Psychiatrists performed diagnostic evaluations. Collateral information was obtained from case notes and registers. Dates of death from 1997-2011 were obtained from the cause of death register. RESULTS: SOC scores showed no sex differences, but were positively correlated with age. SOC scores were higher in married relative to unmarried participants and in blue-collar workers and self-employed individuals relative to white-collar workers. Total SOC and subscale scores were negatively correlated with depressive, anxiety, organic, and psychotic disorders. Male gender was positively correlated with comprehensibility and female gender was positively correlated with manageability and meaningfulness. Higher comprehensibility scores were correlated with lower mortality. CONCLUSIONS: SOC scores increased with age, were higher for blue-collar workers, and were lower for individuals with psychiatric disorders. Higher comprehensibility scores were associated with lower mortality. However, there was only weak evidence for a three-factor structure.

2013

Brugha, T. S., Matthews, R., Alonso, J., et al. (2013). "Gender differences in mental health expectancies in early- and midlife in six European countries." Br J Psychiatry **202**(4): 294-300.

BACKGROUND: Health expectancies, taking into account both quality and quantity of life, have generally been based on disability and physical functioning. AIMS: To compare mental health expectancies at age 25 and 55 based on common mental disorders both across countries and between males and females. METHOD: Mental health expectancies were calculated by combining mortality data from population life tables and the age-specific prevalence of selected common mental disorders obtained from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). RESULTS: For the male population aged 25 (all countries combined) life expectancy was 52 years and life expectancy spent with a common mental disorder was 1.8 years (95% CI 0.7-2.9), 3.4% of overall life expectancy. In comparison, for the female population life expectancy at age 25 was higher (57.9 years) as was life expectancy spent with a common mental disorder (5.1 years, 95% CI 3.6-6.6) and as a proportion of overall life expectancy, 8.8%. By age 55 life expectancy spent with a common mental disorder had reduced to 0.7 years (males) and 2.3 years (females). CONCLUSIONS: Age and gender differences underpin our understanding of years spent with common mental disorders in adulthood. Greater age does not mean living relatively more years with common mental disorder. However, the female population spends more years with common mental disorders and a greater proportion of their longer life expectancy with them (and with each studied separate mental disorder).

Crump, C., Ioannidis, J. P., Sundquist, K., et al. (2013). "Mortality in persons with mental disorders is substantially overestimated using inpatient psychiatric diagnoses." J Psychiatr Res **47**(10): 1298-1303.

Mental disorders are associated with premature mortality, and the magnitudes of risk have commonly been estimated using hospital data. However, psychiatric patients who are hospitalized have more severe illness and do not adequately represent mental disorders in the general population. We conducted a national cohort study using outpatient and inpatient diagnoses for the entire Swedish adult population (N = 7,253,516) to examine the extent to which mortality risks are overestimated using inpatient diagnoses only. Outcomes were all-cause and suicide mortality during 8 years of follow-up (2001-2008). There were 377,339 (5.2%) persons with any inpatient psychiatric diagnosis, vs. 680,596 (9.4%) with any inpatient or outpatient diagnosis, hence 44.6% of diagnoses were missed using inpatient data only. When including and accounting for prevalent psychiatric cases, all-cause mortality risk among persons with any mental disorder was overestimated by 15.3% using only inpatient diagnoses (adjusted hazard ratio [aHR], 5.89; 95% CI, 5.85-5.92) vs. both inpatient and outpatient diagnoses (aHR, 5.11; 95% CI, 5.08-5.14). Suicide risk was overestimated by 18.5% (aHRs, 23.91 vs. 20.18), but this varied widely by specific disorders, from 4.4% for substance use to 49.1% for anxiety disorders. The sole use of inpatient diagnoses resulted in even greater overestimation of all-cause or suicide mortality risks when prevalent cases were unidentified (~20-30%) or excluded (~25-40%). However, different methods for handling prevalent cases resulted in only modest variation in risk estimates when using both inpatient and outpatient diagnoses. These findings have important implications for the interpretation of hospital-based studies and the design of future studies.

Eaton, W. W., Roth, K. B., Bruce, M., et al. (2013). "The relationship of mental and behavioral

disorders to all-cause mortality in a 27-year follow-up of 4 epidemiologic catchment area samples." Am J Epidemiol **178**(9): 1366-1377.

Subjects from the Epidemiologic Catchment Area Program, interviewed during 1979-1983, were linked to data in the National Death Index through 2007 to estimate the association of mental and behavioral disorders with death. There were more than 25 years of follow-up for 15,440 individuals, with 6,924 deaths amounting to 307,881 person-years of observation. Data were analyzed by using age as the time scale and parametric approaches to quantify the years of life lost due to disorders. Alcohol, drug use, and antisocial personality disorders were associated with increased risk of death, but there was no strong association with mood and anxiety disorders. Results of high- and low-quality matches with the National Death Index were similar. The 3 behavioral disorders were associated with 5-15 years of life lost, estimated along the life course via the generalized gamma model. Regression tree analyses showed that risk of death was associated with alcohol use disorders in nonblacks and with drug disorders in blacks. Phobia interacted with alcohol use disorders in nonblack women, and obsessive-compulsive disorder interacted with drug use disorders in black men. Both of these anxiety disorders were associated with lower risk of death early in life and higher risk of death later in life.

Ghosn, W., Kassie, D., Jougla, E., et al. (2013). "Trends in geographic mortality inequalities and their association with population changes in France, 1975-2006." Eur J Public Health **23**(5): 834-840.

BACKGROUND: Although some studies have reported that population change is associated with spatial mortality inequalities, few of them have tried to take a dynamic approach to the association. The aim of this study was to explore and interpret the ecological association between the change in cause-specific mortality inequalities and population change over a 30-year period in areas exhibiting different deprivation and urbanization levels in France. METHODS: The French communes were classified by category of demographic change during the period 1962-2006. The changes in standardized mortality ratios were analysed by category over 5 inter-censal periods, taking into account degree of urbanization and deprivation quintile. The magnitude and significance of the associations for various causes of death were estimated using a Generalised Estimating Equation Poisson model. RESULTS: Overall, the change in relative mortality was negatively associated with population growth. For a compound annual population growth rate of 1% in 1990-99, the standardized mortality ratios decreased, on average, by 2.1% (95% confidence interval: -1.45 to -2.72). The association was stronger in urban areas, and reversed in the least deprived areas. The association was stronger and more significant for men, subjects aged less than 65 years and alcohol-related and violent deaths. CONCLUSION: This study highlights the significance of dynamic approaches. Population growth was associated with a decrease in relative mortality level; the direction and strength of the association varied depending on the socio-territorial characteristics. As is the case for English-speaking countries, in France, population growth may be considered a component of current social dynamics that are not measured by usual indicators.

Gissler, M., Laursen, T. M., Osby, U., et al. (2013). "Patterns in mortality among people with severe mental disorders across birth cohorts: a register-based study of Denmark and Finland in 1982-2006." BMC Public Health **13**: 834.

BACKGROUND: Mortality among patients with mental disorders is higher than in general population. By using national longitudinal registers, we studied mortality changes and excess mortality across birth cohorts among people with severe mental disorders in Denmark and

Finland. METHODS: A cohort of all patients admitted with a psychiatric disorder in 1982-2006 was followed until death or 31 December 2006. Total mortality rates were calculated for five-year birth cohorts from 1918-1922 until 1983-1987 for people with mental disorder and compared to the mortality rates among the general population. RESULTS: Mortality among patients with severe mental disorders declined, but patients with mental disorders had a higher mortality than general population in all birth cohorts in both countries. We observed two exceptions to the declining mortality differences. First, the excess mortality stagnated among Finnish men born in 1963-1987, and remained five to six times higher than at ages 15-24 years in general. Second, the excess mortality stagnated for Danish and Finnish women born in 1933-1957, and remained six-fold in Denmark and Finland at ages 45-49 years and seven-fold in Denmark at ages 40-44 years compared to general population. CONCLUSIONS: The mortality gap between people with severe mental disorders and the general population decreased, but there was no improvement for young Finnish men with mental disorders. The Finnish recession in the early 1990s may have adversely affected mortality of adolescent and young adult men with mental disorders. Among women born 1933-1957, the lack of improvement may reflect adverse effects of the era of extensive hospitalisation of people with mental disorders in both countries.

Kisely, S., Preston, N., Xiao, J., et al. (2013). "Reducing all-cause mortality among patients with psychiatric disorders: a population-based study." Cmaj **185**(1): E50-56.

BACKGROUND: Among patients with psychiatric disorders, there are 10 times as many preventable deaths from physical disorders as there are from suicide. We investigated whether compulsory community treatment, such as community treatment orders, could reduce all-cause mortality among patients with psychiatric disorders. METHODS: We conducted a population-based survival analysis of an inception cohort using record linking. The study period extended from November 1997 to December 2008. The cohort included patients from all community-based and inpatient psychiatric services in Western Australia (state population 1.8 million). We used a 2-stage design of matching and Cox regression to adjust for demographic characteristics, previous use of health services, diagnosis and length of psychiatric history. We collected data on successive cohorts for each year for which community treatment orders were used to measure changes in numbers of patients, their characteristics and outcomes. Our primary outcome was 2-year all-cause mortality. Our secondary outcomes were 1-and 3-year all-cause mortality. RESULTS: The study population included 2958 patients with community treatment orders (cases) and 2958 matched controls (i.e., patients with psychiatric disorders who had not received a community treatment order). The average age for cases and controls was 36.7 years, and 63.7% (3771) of participants were men. Schizophrenia and other nonaffective psychoses were the most common diagnoses (73.4%) among participants. A total of 492 patients (8.3%) died during the study. Cox regression showed that, compared with controls, patients with community treatment orders had significantly lower all-cause mortality at 1, 2 and 3 years, with an adjusted hazard ratio of 0.62 (95% confidence interval 0.45-0.86) at 2 years. The greatest effect was on death from physical illnesses such as cancer, cardiovascular disease or diseases of the central nervous system. This association disappeared when we adjusted for increased outpatient and community contacts with psychiatric services. INTERPRETATION: Community treatment orders might reduce mortality among patients with psychiatric disorders. This may be partly explained by increased contact with health services in the community. However, the effects of uncontrolled confounders cannot be excluded.

Lemogne, C., Nabi, H., Melchior, M., et al. (2013). "Mortality associated with depression as compared with other severe mental disorders: a 20-year follow-up study of the GAZEL cohort." J Psychiatr Res **47**(7): 851-857.

Individuals with severe mental disorders (SMD) have an increased risk of mortality from somatic diseases. This study examined whether this risk is different in persons with depressive disorders compared to those with other SMD (i.e. schizophrenia and bipolar disorder). In 1989, 20,625 employees of the French national gas and electricity company (15,011 men and 5614 women, aged 35-50) agreed to participate in the GAZEL cohort study. Three diagnosis groups were created based on sick leave spells from 1978 onwards: 1) no SMD, 2) depressive disorders and 3) other SMD. Dates and causes of death were available from January 1, 1990 to December 31, 2010. The association of diagnosis groups with mortality was estimated with hazard ratios (HR) and 95% confidence intervals (CI) computed using Cox regression. During a mean follow-up of 19.8 years, 1544 participants died, including 1343 from a natural cause, of which 258 died from cardiovascular diseases. After adjustment for age, gender, occupational status, alcohol consumption, smoking and body-mass index, participants with a history of sickness absence for SMD had a greater risk of natural mortality (HR: 1.24, CI: 1.08-1.43), cardiovascular mortality (HR: 1.49, CI: 1.08-2.05) and non-cardiovascular natural mortality (HR: 1.19, CI: 1.02-1.39). Compared to depressive disorders, other SMD were associated with an increased risk of natural mortality (HR: 1.94, CI: 1.17-3.22) and cardiovascular mortality (HR: 3.58, CI: 1.53-8.39). Job security and systematic medical follow-up may fall short of preventing premature death among workers with sickness absence due to SMD.

Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hallgren, J., et al. (2013). "Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden." PLoS One **8**(1): e55176.

BACKGROUND: Excess mortality among patients with severe mental disorders has not previously been investigated in detail in large complete national populations. OBJECTIVE: To investigate the excess mortality in different diagnostic categories due to suicide and other external causes of death, and due to specific causes in connection with diseases and medical conditions. METHODS: In longitudinal national psychiatric case registers from Denmark, Finland, and Sweden, a cohort of 270,770 recent-onset patients, who at least once during the period 2000 to 2006 were admitted due to a psychiatric disorder, were followed until death or the end of 2006. They were followed for 912,279 person years, and 28,088 deaths were analyzed. Life expectancy and standardized cause-specific mortality rates were estimated in each diagnostic group in all three countries. RESULTS: The life expectancy was generally approximately 15 years shorter for women and 20 years shorter for men, compared to the general population. Mortality due to diseases and medical conditions was increased two- to three-fold, while excess mortality from external causes ranged from three- to 77-fold. Mortality due to diseases and medical conditions was generally lowest in patients with affective disorders and highest in patients with substance abuse and personality disorders, while mortality due to suicide was highest in patients with affective disorders and personality disorders, and mortality due to other external causes was highest in patients with substance abuse. CONCLUSIONS: These alarming figures call for action in order to prevent the high mortality.

Reiss, F. (2013). "Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review." Social Science & Medicine **90**: 24-31.

Vilagut, G., Forero, C. G., Pinto-Meza, A., et al. (2013). "The mental component of the short-form 12 health survey (SF-12) as a measure of depressive disorders in the general population: results with three alternative scoring methods." Value Health **16**(4): 564-573.

OBJECTIVES: To evaluate the performance of the Mental Component of the Short-Form 12 Health Survey, Version 1(SF-12v1), as a screening measure of depressive disorders. METHODS: Data come from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), a cross-sectional survey carried out on representative samples of 21,425 individuals from the noninstitutionalized adult general population of six European countries (response rate = 61.2%). The SF-12 was administered and scored according to three algorithms: the "original" method (mental component summary of SF-12 [MCS-12]), the RAND-12 (RAND-12 Mental Health Composite [RAND-12 MHC]), and the Bidemensional Response Process Model 12 mental health score (BRP-12 MHS), based on a two-factor Item Response Theory graded response model. Thirty-day and 12-month depressive disorders (major depressive episode or dysthymia) were assessed with the Composite International Diagnostic Interview, Version 3.0, by using Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition criteria. Receiver operating characteristic curves analysis was carried out, and optimal cutoff points maximizing balance between sensitivity (SN) and specificity (SP) were chosen for the three methods. RESULTS: Prevalence of 30-day and 12-month depressive disorders in the overall sample was 1.5% and 4.4%, respectively. The area under the curve for 30-day depressive disorders was 0.92, and it decreased to 0.85 for 12-month disorders, regardless of the scoring method. Optimal cutoff for 30-day depressive disorders was 45.6 (SN = 0.86; SP = 0.88) for the MCS-12, 44.5 for the RAND-12 MHC (SN = 0.87, SP = 0.86), and 40.2 for the BRP-12 MHS (SN = 0.87, SP = 0.87). The selected 12-month cutoffs for MCS-12 and RAND-12 MHC were between 4.2 and 5.8 points below the general population means of each country, with SN range 0.67 to 0.78 and SP range 0.77 to 0.87. CONCLUSIONS: The SF-12 yielded acceptable results for detecting both active and recent depressive disorders in general population samples, suggesting that the questionnaire could be used as a useful screening tool for monitoring the prevalence of affective disorders and for targeting treatment and prevention.

Yen, C. F., Lin, J. D. et Chiu, T. Y. (2013). "Comparison of population pyramid and demographic characteristics between people with an intellectual disability and the general population." Res Dev Disabil **34**(3): 910-915.

The purposes of this study were to measure disparities of age structure between people with an intellectual disability and general population, and to explore the difference of demographic characteristics between these two populations by using data from a population based register in Taiwan. Data were analyzed by SPSS 20.0 statistical software. Results found that the gender and mean age were significantly different between people with an intellectual disability and general population (mean age: 28.86 years vs. 35.26 years; p<0.001). The shape of the pyramid in general population tended to be fatty in the middle age, and intellectual disability population was more populous in the younger age. Furthermore, there were very few people with an intellectual disability can live more than 65 years old (3%) while there were nearly 10% of the general population were the elderly. The results also showed that two groups were different in marital status, educational levels, family status of veteran and aborigine (p<0.001). As the premature aging and short life span of people with an intellectual disability, this study suggested that the government authority should initiate necessary assistance for this group of people in the future.

2012

Barbaglia, G., Vilagut, G., Artazcoz, L., et al. (2012). "Association between annual earnings and mental disorders in Spain: individual and societal-level estimates." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **47**(11): 1717-1725.

PURPOSE: Indirect costs of mental disorders are considerable and include loss of work productivity. We aimed to study the association between personal annual earnings and common mental disorders in Spain. METHODS: A cross-sectional population study of a representative sample of noninstitutionalized adults from Spain was performed (ESEMeD-Spain). CIDI 3.0 was administered to assess DSM IV mental disorders, and the Sheehan Disability Scales were used for severity appraisal. Four categories of mental disorders were defined: 12-month serious, 12-month moderate, 12-month mild, and lifetime. Personal annual earnings were assessed. Three models were fitted to estimate differences in annual earnings associated with mental disorders, controlling for sociodemographic variables. RESULTS: Prevalence rates of 12-month mental disorders were: mild 4.6%, moderate 3.8%, and serious 1.6%. Respondents with 12-month serious mental disorder (SMD) were less likely to report any earnings compared to those with no mental disorders (OR = 0.16; 95% CI = 0.07-0.34, p < 0.001). The earnings gap associated with SMD at the individual level was <euro> 3,935, about 55% less than individuals with no mental disorders. Taking prevalence into account, the societal impact of SMD in Spain was estimated at <euro> 1.40 million annually. CONCLUSION: This is the first study in Spain that describes the earnings gap between individuals with and without mental disorders. Despite the low prevalence of SMD, they represent considerable societal-level productivity loss. Prevention and treatment of SMD should improve work productivity.

Nicoli, M., Bouchez, S., Nieto, I., et al. (2012). "[Prevalence and risk factors for suicide ideation, plans and attempts in the French general population: results from the ESEMeD study]." Encéphale **38**(4): 296-303.

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Suicide is a public health problem worldwide. The objective of this study is to analyse the prevalence and risk factors of suicide related outcomes (ideation, plan and attempt) using data from the ESEMeD-France project. SUBJECTS AND METHOD: This is a face-to-face household survey carried out in a probability representative sample of the adult general population of France. A total of 6796 subjects were interviewed using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) developed framework of the World Mental Health Survey Initiative. Based on evidence that reports of such potentially embarrassing behaviour are higher in self-administered than interviewer-administered surveys, these questions were printed in a self-administered booklet and referred to by letter. RESULTS: Lifetime prevalence of suicide ideation, plan and attempts were 12.4, 4.4 and 3.4% respectively. Risk of suicide-related outcomes was significantly higher among women and younger cohorts. Having a mental disorder was associated with an increased risk, especially in the case of psychiatric comorbidity. Mental disorders that are associated with an increase in suicidal attempts are anxiety disorders (except social phobia), major depressive episodes, oppositional defiant disorders, and attention deficit hyperactivity disorders. The suicidal risk notably increases in conjunction with multiple mental disorders. In this study, employment and marital status do not appear to be a risk factor for suicidal behaviour. CONCLUSIONS: The prevalence of suicide-related outcomes is high when compared with other countries. Results identified groups with higher risk (women, young, subjects with a mental disorder and having a plan) in which suicide prevention could to be targeted. The results of this study suggest that to improve suicide prevention strategies it is necessary to perform an in-depth clinical evaluation of suicidal ideas and projects, and identify precisely psychiatric comorbidity to allow a more efficient treatment.

Westman, J., Gissler, M. et Wahlbeck, K. (2012). "Successful deinstitutionalization of mental health care: increased life expectancy among people with mental disorders in Finland." Eur J Public Health **22**(4): 604-606.

To assess impact of deinstitutionalization of mental health care, we studied life expectancy for 341 630 people with hospitalization or early retirement pension for mental disorders in 1981-2003 in Finland. Life expectancy at the age of 15 years was significantly shorter for men/women with serious mental disorder (59.0/70.8 years) than in the general population (75.3/82.1 years) in 2001-03. Life expectancy increased for people with schizophrenia and other psychoses, mood disorders and neurotic disorders, but decreased for people with substance use disorders. Deinstitutionalization and decentralization of mental health services did not affect life expectancy negatively. Policy measures to control adverse effects of alcohol and substance abuse have failed.

2011

Almansa, J., Vermunt, J. K., Forero, C. G., et al. (2011). "Measurement and description of underlying dimensions of comorbid mental disorders using Factor Mixture Models: results of the ESEMeD project." Int J Methods Psychiatr Res **20**(2): 116-133.

Epidemiological studies on mental health and mental comorbidity are usually based on prevalences and correlations between disorders, or some other form of bivariate clustering of disorders. In this paper, we propose a Factor Mixture Model (FMM) methodology based on conceptual models aiming to measure and summarize distinctive disorder information in the internalizing and externalizing dimensions. This methodology includes explicit modelling of subpopulations with and without 12 month disorders ("ill" and "healthy") by means of latent classes, as well as assessment of model invariance and estimation of dimensional scores. We applied this methodology with an internalizing/externalizing two-factor model, to a representative sample gathered in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) study -- which includes 8796 individuals from six countries, and used the CIDI 3.0 instrument for disorder assessment. Results revealed that southern European countries have significantly higher mental health levels concerning internalizing/externalizing disorders than central countries; males suffered more externalizing disorders than women did, and conversely, internalizing disorders were more frequent in women. Differences in mental-health level between socio-demographic groups were due to different proportions of healthy and ill individuals and, noticeably, to the ameliorating influence of marital status on severity. An advantage of latent model-based scores is that the inclusion of additional mental-health dimensional information -- other than diagnostic data -- allows for greater precision within a target range of scores.

Chan Chee, C., Gourier-Frery, C., Guignard, R., et al. (2011). "État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France." Santé Publique(6): 15-29.

L'objectif de la surveillance est d'aider à la planification, à l'information et à la prévention. Elle est basée sur la collecte répétée de données au travers d'enquêtes épidémiologiques et sur le suivi de données issues des bases médico-administratives. Cet article présente un état des lieux de la surveillance de la santé mentale en France, examine la pertinence et les limites des données recueillies.

Kovess-Masfety, V., Boyd, A., Haro, J. M., et al. (2011). "High and low suicidality in Europe: a fine-grained comparison of France and Spain within the ESEMeD surveys." J Affect Disord **133**(1-2): 247-256.

BACKGROUND: Suicidality risk-factors between countries with similar economic and religious

background have been rarely compared, especially within genders. METHODS: Lifetime prevalence of suicide ideation, plans, and attempts in the ESEMeD surveys were stratified on four separate groups: French women, Spanish women, French men, and Spanish men. Outcome odds-ratios (OR) were modelled within each group using logistic regression including demographic characteristics, lifetime mood/anxiety disorders, parental bonding, marital status, and health service-use. RESULTS: Lifetime prevalence of suicide attempts was 3.4% in France (1.1% men, 5.4% women) and 1.5% in Spain (1.2% men, 1.7% women), with a significantly greater gender difference in France (p=0.001). Regarding risk-factors, French women reported suicide attempt more commonly with authoritarian mothers (OR=1.51; 95%CI=1.04-2.18), unlike Spanish women (OR=0.77; 95%CI=0.51-1.15) (p<0.001). Spanish men showed more than eight-times higher odds of suicide attempt with overprotecting mothers than French men (p=0.03). General practitioner-(GP)-use was significantly protective of suicide attempt among Spanish women (OR=0.08; 95%CI=0.02-0.35) with no effect in French women (OR=1.03; 95%CI=0.54-2.00) (p=0.01). No significant differences in the effect of marital status, any lifetime antidepressant use, mental disorders, or religiosity on suicide attempt were observed between France and Spain within gender-stratum. LIMITATIONS: Parental bonding is retrospective and potentially influenced by mental state. Response rate was considerably lower in France than in Spain. CONCLUSIONS: Suicidality risk-factors play different roles across genders between France and Spain. Parental bonding dimensions may be interpreted differently according to country, underlining cultural importance. As recommended by WHO, mental health decisions must involve GPs in conjunction with psychiatrists or psychologists.

Laursen, T. M. (2011). "Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder." Schizophr Res **131**(1-3): 101-104.

CONTEXT: Mortality rates among individuals with schizophrenia or bipolar disorder are elevated compared to the general population. OBJECTIVE: The objective was to estimate life-expectancy (average age at death) among these persons and make a comparison to people in the general population. METHODS: Life-expectancy was calculated by means of survival analysis techniques using the entire Danish population as a cohort. RESULTS: Life-expectancy was 18.7 years shorter for schizophrenic men compared to men in the general population. Corresponding numbers for schizophrenic women was 16.3 years, for bipolar men 13.6 years, and for bipolar women 12.1 years. CONCLUSIONS: Life-expectancy was much shorter in persons with schizophrenia or bipolar disorder. Excess mortality from physical diseases and medical conditions exerts a far greater influence on the curtailed life-expectancy, when compared against the impact of death by external causes.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., et al. (2011). "The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010." European Neuropsychopharmacology **21**(9): 655-679
http://www.ecnp.eu/en/publications/reports/~/media/Files/ecnp/communication/reports/ECNP%20EBC%20Report.ashx

This major landmark study sheds new light on the state of Europe's mental and neurological health. The study demonstrates the degree to which mental disorders have become Europe's largest health challenge in the 21st century and that the majority remain untreated. Taken together with the large and increasing number of disorders of the brain, the true size and burden is even significantly higher. This study covers 30 countries (the European Union plus Switzerland, Iceland and Norway), with a combined population of 514 million people, and encompasses all major mental disorders, including (amongst others) depression, bipolar disorders, anxiety disorders, insomnia, addiction and schizophrenia, as well as several neurological disorders, including stroke, epilepsy, Parkinson's disease and multiple sclerosis.

The study also identifies the critical challenges to improved basic and clinical research on mental and neurological disorders in the region.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., et al. (2011). "The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010." Eur Neuropsychopharmacol **21**(9): 655-679.

AIMS: To provide 12-month prevalence and disability burden estimates of a broad range of mental and neurological disorders in the European Union (EU) and to compare these findings to previous estimates. Referring to our previous 2005 review, improved up-to-date data for the enlarged EU on a broader range of disorders than previously covered are needed for basic, clinical and public health research and policy decisions and to inform about the estimated number of persons affected in the EU. METHOD: Stepwise multi-method approach, consisting of systematic literature reviews, reanalyses of existing data sets, national surveys and expert consultations. Studies and data from all member states of the European Union (EU-27) plus Switzerland, Iceland and Norway were included. Supplementary information about neurological disorders is provided, although methodological constraints prohibited the derivation of overall prevalence estimates for mental and neurological disorders. Disease burden was measured by disability adjusted life years (DALY). RESULTS: Prevalence: It is estimated that each year 38.2% of the EU population suffers from a mental disorder. Adjusted for age and comorbidity, this corresponds to 164.8million persons affected. Compared to 2005 (27.4%) this higher estimate is entirely due to the inclusion of 14 new disorders also covering childhood/adolescence as well as the elderly. The estimated higher number of persons affected (2011: 165m vs. 2005: 82m) is due to coverage of childhood and old age populations, new disorders and of new EU membership states. The most frequent disorders are anxiety disorders (14.0%), insomnia (7.0%), major depression (6.9%), somatoform (6.3%), alcohol and drug dependence (>4%), ADHD (5%) in the young, and dementia (1-30%, depending on age). Except for substance use disorders and mental retardation, there were no substantial cultural or country variations. Although many sources, including national health insurance programs, reveal increases in sick leave, early retirement and treatment rates due to mental disorders, rates in the community have not increased with a few exceptions (i.e. dementia). There were also no consistent indications of improvements with regard to low treatment rates, delayed treatment provision and grossly inadequate treatment. Disability: Disorders of the brain and mental disorders in particular, contribute 26.6% of the total all cause burden, thus a greater proportion as compared to other regions of the world. The rank order of the most disabling diseases differs markedly by gender and age group; overall, the four most disabling single conditions were: depression, dementias, alcohol use disorders and stroke. CONCLUSION: In every year over a third of the total EU population suffers from mental disorders. The true size of "disorders of the brain" including neurological disorders is even considerably larger. Disorders of the brain are the largest contributor to the all cause morbidity burden as measured by DALY in the EU. No indications for increasing overall rates of mental disorders were found nor of improved care and treatment since 2005; less than one third of all cases receive any treatment, suggesting a considerable level of unmet needs. We conclude that the true size and burden of disorders of the brain in the EU was significantly underestimated in the past. Concerted priority action is needed at all levels, including substantially increased funding for basic, clinical and public health research in order to identify better strategies for improved prevention and treatment for disorders of the brain as the core health challenge of the 21st century.

2010

Caria, A., Roelandt, J. L., Bellamy, V., et al. (2010). "« Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (SMPG) » : Présentation de La méthodologie d'enquête." Encéphale **36**(3 - Suppl. 1): 1-6.

Cet article présente la méthodologie de la recherche-action « Santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG) » réalisée par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère de la santé français, auprès de 36 000 personnes âgées de 18 ans et plus, entre 1999 et 2003. Elle a pour objectifs de décrire, en population générale, les représentations liées à la santé mentale et d'évaluer la prévalence des principaux troubles psychiques. Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire socio-anthropologique développé spécifiquement, au questionnaire diagnostic Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) et à un questionnaire sur la consommation de soins. Afin de répondre aux exigences d'une recherche-action (implication forte des partenaires, désir de changement) et faire face aux contraintes méthodologiques (recrutement des individus, gestion de l'anonymat, thématique abordée), financières et organisationnelles, une méthodologie alternative aux enquêtes classiques a été développée. Ces contraintes de terrain sont exposées et les solutions choisies sont commentées.

Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., et al. (2010). "Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project." J Affect Disord **120**(1-3): 76-85.

BACKGROUND: Information of the epidemiology of Major Depressive Episode (MDE) in Spain, one of the biggest southern European countries, is scarce and heterogeneous. The objective of this study was to assess the epidemiology of the disorder in the Spanish sample of the ESEMeD project. METHODS: The ESEMED-Spain project is a cross-sectional, general population, household survey conducted with a representative sample of Spanish non-institutionalized adult population. The survey instrument was the CIDI 3.0, a structured diagnostic interview to assess disorders and treatment. RESULTS: Lifetime prevalence was 10.6% while 12-month prevalence was 4.0%. A monotonic increase in lifetime overall prevalence was found from the youngest to the 50-64 cohort, declining then in the oldest group. Median age of onset was 30.0. Being a woman (OR=2.7), previously married (OR=1.8), unemployed or disabled to work (OR=2.9) was associated to higher risk of 12-month-MDE. The highest comorbid associations were with dysthymia (OR=73.1) and panic disorder (OR=41.8). LIMITATIONS: 1. Psychiatric diagnoses were made by trained lay interviewers and this could have an imperfect sensitivity/specificity; 2. Individuals with mental illness could have more frequently rejected to participate in the survey; 3. Age-related recall bias could have affected the accuracy of age of onset estimates. CONCLUSIONS: The study shows that prevalence MDE in Spain is lower than in other Western countries. Important findings are the early age of onset, the high proportion of chronicity, and the high female/male ratio. Taken together, results offer a complex picture of the epidemiology of MDE in Spain, when compared to other countries in Europe. The role of cultural factors is discussed.

Kovess-Masfety, V., Dezetter, A., de Graaf, R., et al. (2010). "Religious advisors' role in mental health care in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders survey." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **45**(10): 989-998.

OBJECTIVE: To study the role of religious advisors in mental health problems in six European countries and to compare it to data from the USA. METHODS: Data were derived from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) study, a cross-sectional study, conducted in Belgium, France, Germany, Italy, the Netherlands and Spain. 21,425 individuals, 18 and older, were interviewed with the Composite International Diagnostic

Interview 3.0. Findings were compared to the National Comorbidity Survey (NCS) and replication of the NCS (NCS-R) in the US. RESULTS: In ESEMeD, 0.6% of individuals (0.3% exclusively) sought help from religious advisors concerning mental health problems during the previous year, compared to 2.6% in NCS and 3.4% (for human services) in NCS-R in the US. Among those using any form of service, 6.9% consulted religious advisors (12.2% in Germany to 2.1% in Spain) compared to 18.8% in the US. Being younger (less than 25 years old), being older (more than 64) and religiosity are associated with the use of religious advisors, whereas being a student is associated with a lower probability. CONCLUSIONS: Seeking help from religious advisors for mental health problems varies dramatically among ESEMeD countries. Except for Germany, organised religion in the ESEMeD countries could not be considered as an alternative.

Lemogne, C., Nabi, H., Zins, M., et al. (2010). "Hostility may explain the association between depressive mood and mortality: evidence from the French GAZEL cohort study." Psychother Psychosom **79**(3): 164-171.

UNLABELLED: Depressive mood is associated with mortality. Because personality has been found to be associated with depression and mortality as well, we aimed to test whether depressive mood could predict mortality when adjusting for several measures of personality. METHODS: 20,625 employees of the French national gas and electricity companies gave consent to enter in the GAZEL cohort in 1989. Questionnaires were mailed in 1993 to assess depressive mood, type A behavior pattern, hostility, and the six personality types proposed by Grossarth-Maticek and Eysenck. Vital status and date of death were obtained annually for all participants. The association between psychological variables and mortality was measured by the Relative Index of Inequality (RII) computed through Cox regression. RESULTS: 14,356 members of the GAZEL cohort (10,916 men, mean age: 49 years; 3,965 women, mean age: 46 years) completed the depressive mood scale and at least one personality scale. During a mean follow-up of 14.8 years, 687 participants had died. Depressive mood predicted mortality, even after adjustment for age, sex, education level, body mass index, alcohol consumption, and smoking [RII (95% CI) = 1.56 (1.16-2.11)]. However, this association was dramatically reduced (RII reduction: 78.9%) after further adjustment for cognitive hostility (i.e. hostile thoughts) [RII (95% CI) = 1.12 (0.80-1.57)]. Cognitive hostility was the only personality measure remaining associated with mortality after adjustment for depressive mood [RII (95% CI) = 1.97 (1.39-2.77)]. CONCLUSIONS: Cognitive hostility may either confound or mediate the association between depressive mood and mortality.

Melchior, M., Ferrie, J. E., Alexanderson, K., et al. (2010). "Does Sickness Absence Due to Psychiatric Disorder Predict Cause-specific Mortality? A 16-Year Follow-up of the GAZEL Occupational Cohort Study." American Journal of Epidemiology: 8
http://aje.oxfordjournals.org/cgi/content/full/kwq186

Mental disorders are a frequent cause of morbidity and sickness absence in working populations; however, the status of psychiatric sickness absence as a predictor of mortality is not established. The authors tested the hypothesis that psychiatric sickness absence predicts mortality from leading medical causes. Data were derived from the French GAZEL cohort study (n = 19,962). Physician-certified sickness absence records were extracted from administrative files (1990-1992) and were linked to mortality data from France's national registry of mortality (1993-2008, mean follow-up: 15.5 years). Analyses were conducted by using Cox regression models. Compared with workers with no sickness absence, those absent due to psychiatric disorder were at increased risk of cause-specific mortality (hazard ratios (HRs) adjusted for age, gender, occupational grade, other sickness absence-suicide: 6.01, 95% confidence interval (CI): 3.07, 11.75; cardiovascular disease: 1.84, 95% CI: 1.10, 3.08;

and smoking-related cancer: 1.65, 95% CI: 07, 2.53). After full adjustment, the excess risk of suicide remained significant (HR = 5.13, 95% CI: 2.60, 10.13) but failed to reach statistical significance for fatal cardiovascular disease (HR = 1.59, 95% CI: 0.95, 2.66) and smoking-related cancer (HR = 1.31, 95% CI: 0.85, 2.03). Psychiatric sickness absence records could help identify individuals at risk of premature mortality and serve to monitor workers' health.

2008

Loas, G., Azi, A., Noisette, C., et al. (2008). "[Mortality among chronic schizophrenic patients: a prospective 14-year follow-up study of 150 schizophrenic patients]." Encephale **34**(1): 54-60.

OBJECTIVE: The aim of this study was to quantify the mortality risk in chronic schizophrenic patients, ten to 14 years after the initial evaluation. Furthermore, using sociodemographical, clinical and psychometrical variables evaluated at inclusion, predictors of global or mortality by suicide were explored. METHODS: One hundred and fifty subjects meeting the research diagnostic criteria (RDC) for chronic schizophrenia were included in the study between 1991 and 1995. At the initial assessment, the following variables were assessed: sex, age, level of education, number of hospitalisations, mean duration of the illness, scores on the physical anhedonia scale, the brief psychiatric rating scale (BPRS), the positive and negative syndrome scale (PANSS), and Beck's depression inventory (BDI). In May 2005, all the subjects were assessed using direct or indirect methods. Survival analysis was conducted using the Kaplan-Meier product-limit estimator and a standardized mortality ratio (SMR) was calculated. Multivariate Cox regression was performed to detect predictive factors associated with mortality. RESULTS: The absolute mortality rate was of 18.57% and the RSM of 4.83. The absolute mortality rate for suicide was 6.98%. Multivariate Cox regression analyses showed that two factors (high rate of males, high dose of antipsychotics) were related to an increase in global mortality risk. Moreover, high dose of antipsychotics and a high rate of "positive" subjects, as evaluated by the PANSS, were related to an increase in mortality risk by suicide. CONCLUSION: High dose of neuroleptics could characterize the severe form of schizophrenia, the risk of mortality of which was higher than that of the less severe forms. Another explanation was that high doses of neuroleptics could lead to severe side effects and thus an increase in the vulnerability of schizophrenics to organic diseases. Positive, contrary to negative, symptoms could increase the risk of suicide. This 14-year follow-up study confirmed the increased mortality rates by natural and non natural causes observed in chronic schizophrenic subjects.

Rouillon, F. (2008). "Epidémiologie des troubles psychiatriques." Annales Médico Psychologiques(166): 63-70.

2007

Ruiz, C. et Kurkdjian, L. (2007). "La santé mentale en population générale : images et réalités. Premiers résultats en région PACA." L'information psychiatrique **83**(10): 821-826.
https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2007-10-page-821.htm

L'enquête du CCOMS, Santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG), a été réalisée en 2006-2007 auprès de quatre sites en région PACA, Marseille Sud, Toulon, Digne-les-Bains, Cannes. Nous nous intéresserons à ses différents résultats. Le questionnaire de l'enquête SMPG comporte deux axes principaux de recherche : un axe socio-anthropologique et un axe épidémiologique. Le premier fichier du questionnaire permet

d'explorer les représentations sociales autour du fou, du malade mental et du dépressif (étiologie, dangerosité, souffrance, exclusion recours aux soins). Dans une première partie, nous explorerons donc les résultats de ce questionnaire. Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons plus particulièrement à la dimension épidémiologique mise en exergue par la deuxième partie du questionnaire : le MINI (mini international neuropsychiatric interview). Enfin, nous mettrons en évidence quelques pistes de réflexion dans le but de poursuivre les actions déjà mises en place pour lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques.

Saha, S., Chant, D. et McGrath, J. (2007). "A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?" Arch Gen Psychiatry **64**(10): 1123-1131.

CONTEXT: Despite improvements in mental health services in recent decades, it is unclear whether the risk of mortality in schizophrenia has changed over time. OBJECTIVE: To explore the distribution of standardized mortality ratios (SMRs) for people with schizophrenia. DATA SOURCES: Broad search terms were used in MEDLINE, PsychINFO, Web of Science, and Google Scholar to identify all studies that investigated mortality in schizophrenia, published between January 1, 1980, and January 31, 2006. References were also identified from review articles, reference lists, and communication with authors. STUDY SELECTION: Population-based studies that reported primary data on deaths in people with schizophrenia. DATA EXTRACTION: Operationalized criteria were used to extract key study features and mortality data. DATA SYNTHESIS: We examined the distribution of SMRs and pooled selected estimates using random-effects meta-analysis. We identified 37 articles drawn from 25 different nations. The median SMR for all persons for all-cause mortality was 2.58 (10%-90% quantile, 1.18-5.76), with a corresponding random-effects pooled SMR of 2.50 (95% confidence interval, 2.18-2.43). No sex difference was detected. Suicide was associated with the highest SMR (12.86); however, most of the major causes-of-death categories were found to be elevated in people with schizophrenia. The SMRs for all-cause mortality have increased during recent decades (P = .03). CONCLUSIONS: With respect to mortality, a substantial gap exists between the health of people with schizophrenia and the general community. This differential mortality gap has worsened in recent decades. In light of the potential for second-generation antipsychotic medications to further adversely influence mortality rates in the decades to come, optimizing the general health of people with schizophrenia warrants urgent attention.

2005

Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., et al. (2005). "The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe." Clin Pract Epidemiol Ment Health **1**: 14.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16143042

BACKGROUND: The social class distribution of the common mental disorders (mostly anxiety and/or depression) has been in doubt until recently. This paper reviews the evidence of associations between the prevalence of the common mental disorders in adults of working age and markers of socio-economic disadvantage. METHODS: Work is reviewed which brings together major population surveys from the last 25 years, together with work trawling for all European population studies. Data from more recent studies is examined, analysed and discussed. Because of differences in methods, instruments and analyses, little can be compared precisely, but internal associations can be examined. FINDINGS: People of lower socio-economic status, however measured, are disadvantaged, and this includes higher frequencies of the conditions now called the 'common mental disorders' (mostly non-psychotic depression and anxiety, either separately or together). In European and similar developed populations, relatively high frequencies are associated with poor education, material disadvantage and unemployment. CONCLUSION: The large contribution of the common mental disorders to morbidity and disability, and the social consequences in working age adults would justify substantial priority being given to addressing mental health inequalities, and deprivation in general, within national and European social and economic policy.

2004

Kovess, V. (2004). The state of mental health in the European Union. Bruxelles Office des publications officielles des Communautés européennes

Ce document compare l'état de santé mentale des populations de l'Union européenne et de la Norvège. Il se base sur les données de l'enquête Eurobarometer et de la base de données européenne "la santé pour tous".

2002

Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., et al. (2002). "The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods." Int J Methods Psychiatr Res **11**(2): 55-67.

The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) is a new cross-sectional study investigating the prevalence and the associated factors of mental disorders, as well as their effect on health-related quality of life and the use of services in six European countries. This paper describes the rationale, methods and the plan for the analysis of the project. A total of 22,000 individuals representative of the non-institutionalized population aged 18 and over from Belgium, France, Germany, Italy, the Netherlands and Spain are being interviewed in their homes. Trained interviewers use a computer-assisted personal interview (CAPI) including the most recent version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI, 2000), a well-established epidemiological survey for assessing mental disorders. This is the first international study using the

standardized up-to-date methodology for epidemiological assessment. Sizeable differences in prevalence, impact and level of need that is met by the health services are expected. The analysis of these differences should facilitate the monitoring of ongoing mental health reform initiatives in Europe and provide new research hypotheses.

2000

Bralet, M. C., Yon, V., Loas, G., et al. (2000). "[Cause of mortality in schizophrenic patients: prospective study of years of a cohort of 150 chronic schizophrenic patients]." Encephale **26**(6): 32-41.

UNLABELLED: Overmortality in schizophrenic patients in comparison to the reference population has been found. At the present time this over mortality is mainly due to suicide or certain natural causes such as respiratory, cardio-vascular and cerebro-vascular diseases. In France there are not psychiatric cas registers that could allow us to study the mortality of psychiatric patients. The aim of the study was first to determine the standardized mortality ratio (SMR) in a group of 150 chronic schizophrenics followed during 8 years and secondly to detect the variables that could predict this mortality. METHOD: The subjects filled out the RDC criteria for definite chronic schizophrenia and were included from 1991 to 1995. The subjects were inpatients or outpatients and their evaluation was made by psychiatrist. The subjects were selected from the different departments of two psychiatric hospitals corresponding to two French geographic areas (the Somme and Oise, two French "departement"). At the initial assessment socio-demographic, clinical and psychometrical variables were collected: sex, age, educative level, number of hospitalizations, mean duration of the illness, scores on the Physical Anhedonia Scale, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). For the BPRS and PANSS, negative, positive and general subscales were extracted. In May 1999 all the subjects were contacted in order to know if they are alive or not and if they are death to know the date and the causes of their death. For the subjects that were still alive we used either direct assessment by interview of their psychiatrist or general practioner or indirect assessment by interview of their family. For the deceased subjects, we obtained informations about the date and the causes of the death by their psychiatrist or general practioner. If the patients were lost sight of we send a letter to the city of their place of birth in order to know if they are alive or not and if they are dead to know the date of their death. Moreover demographic data concerning the French and the Somme populations as well as the corresponding data concerning the mortality according to age and gender were obtained. A comparison of global mortality between patients and the French general or the Somme populations was made by the SMR. Moreover the deceased subjects and the survivors were compared by unidimensional statistical tests (chi 2 analyses for qualitative variables or Student's t test for quantitative variables) for the sociodemographic, clinical or psychometric variables. For each significant difference at p level < or = 0.05, the corresponding variable was retained for a multivariate step by step discriminant analysis. RESULTS: We found 13 deaths (10 males, 3 females): 3 suicides, 3 cardiac diseases, 2 cancers, 1 respiratory disease, 1 car crash, 1 homicide, 1 infectious disease, 1 respiratory arrest. The mortality rate (without correction for age) were 1.08% for both sexes, 1.44% and 0.6% for males and females respectively. The mortality rates (corrected for age) were 2.47% in our cohort and 0.988% in the Somme population. The corresponding SMR was 2.5. (chi 2 = 3.15, df = 1, p < 0.01). The overmortality was found only for males (chi 2 = 2.57, df = 1, p < 0.01) and not for females (chi 2 = 0.034, df = 1, p > 0.05). Concerning the comparisons between the deceased subjects and the survivors, there were five significant differences: gender, age, duration of the illness, neuroleptic dosage, negative symptoms (BPRS negative subscale). The deceased subjects were older,

there was more men, the duration of the illness and the neuroleptic dosage were higher and the BPRS negative subscale was lower. These five variables were introduced in the discriminant analysis to explore notably their respecting weight. The corresponding power of the five variables were in decreasing order: neuroleptic dosage, negative symptoms, age, gender, duration of the illness. DISCUSSION: Our study confirm the overmortality in schizophrenic patients, this overmortality was especially explained by natural and non natural causes of death. The overmortality concerned only schizophrenic males patients whereas schizophrenic females did not have an overmortality. This negative result could be explain by a bias selection, the males being overrepresented in our cohort. Among the variables that were linked to the overmortality, the low level of negative symptomatology confirmed previous studies that have shown a low suicide rate in deficit schizophrenic. Moreover a high level of positive symptomatology could lead to high risk behaviors (suicide attempts, sexual disinhibition...). The neuroleptic dosage was the variable whom discriminate power was the highest. At least two explanations can be proposed. (ABSTRACT TRUNCATED)

Vidon, G. et Darcourt, G. (2000). Schizophrénies en France : données actuelles, Paris : Frison-Roche

Si les ouvrages de méthodologie générale ne manquent pas en épidémiologie, il restait à décrire et à expliquer les schizophrénies à partir de recherches épidémiologiques et cliniques. Les travaux présentés ici sont conformes aux enjeux de la science. Ils permettent de décrire une maladie très invalidante, savoir qui elle touche, quelle est sa mortalité, quel est son territoire... Le second intérêt de ces études, dans la mesure où elles sont explicatives, est de nous présenter des données en rapport avec une causalité et des facteurs de risque, sur l'évolution des patients souffrant de schizophrénies dans le temps, etc. Autant dire que la zone géographique - en l'occurrence la France - ne limite pas l'intérêt de ce livre à un pays, car l'immense dossier constitué enrichit aussi la clinique, même s'il permet l'évaluation d'autres paramètres, et établit des éléments de comparaison inter-pays ou inter-continents.

Surmortalité

La surmortalité des personnes souffrant de troubles psychiques en France

La mortalité des individus suivis pour des troubles psychiques sévères n'avait été étudiée que de façon parcellaire en France. La mise à disposition de données relatives aux causes médicales de décès appariées aux données de consommation de soins dans le système national des données de santé (SNDS) en a permis l'étude à l'échelle nationale chez les principaux bénéficiaires de l'Assurance maladie. La réduction de l'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Ces individus ont des taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé. Ces premiers résultats encouragent à développer des travaux visant à expliquer cette surmortalité ainsi qu'à mener en parallèle des actions ciblées pour réduire les inégalités de santé dont sont victimes les personnes vivant avec un trouble psychique[13].

2018

Cnam (2018). Santé mentale. In : Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2019 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. Paris Cnam.

[13] In : Coldefy, M. et Gandré, C. (2018). "Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée." Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(237)

www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2018-et-2019/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2018.php

Chaque année, l'Assurance Maladie présente au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'évolution des charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. À partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et des pratiques, et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales, le rapport Charges et produits pour l'année 2019 présente des propositions et des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité et l'efficience des soins, et à optimiser les dépenses de santé.

Coldefy, M. et Gandré, C. (2018). "Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée." Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(237)
http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite.pdf

La mortalité des individus suivis pour des troubles psychiques sévères n'avait été étudiée que de façon parcellaire en France. La mise à disposition de données relatives aux causes médicales de décès appariées aux données de consommation de soins dans le Système national des données de santé (SNDS) en a permis l'étude à l'échelle nationale chez les principaux bénéficiaires de l'Assurance maladie. La réduction de l'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Ces individus ont des taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé. Ces premiers résultats encouragent à développer des travaux visant à expliquer cette surmortalité ainsi qu'à mener en parallèle des actions ciblées pour réduire les inégalités de santé dont sont victimes les personnes vivant avec un trouble psychique.

2017

Gatov, E., Rosella, L., Chiu, M., et al. (2017). "Trends in standardized mortality among individuals with schizophrenia, 1993-2012: a population-based, repeated cross-sectional study." Cmaj **189**(37): E1177-e1187.

BACKGROUND: We examined mortality time trends and premature mortality among individuals with and without schizophrenia over a 20-year period. METHODS: In this population-based, repeated cross-sectional study, we identified all individual deaths that occurred in Ontario between 1993 and 2012 in persons aged 15 and over. We plotted overall and cause-specific age- and sex-standardized mortality rates (ASMRs), stratified all-cause ASMR trends by sociodemographic characteristics, and analyzed premature mortality using years of potential life lost. Additionally, we calculated mortality rate ratios (MRRs) using negative binomial regression with adjustment for age, sex, income, rurality and year of death. RESULTS: We identified 31 349 deaths among persons with schizophrenia, and 1 589 902 deaths among those without schizophrenia. Mortality rates among people with schizophrenia were 3 times higher than among those without schizophrenia (adjusted MRR 3.12, 95% confidence interval 3.06-3.17). All-cause ASMRs in both groups declined in parallel over the study period, by about 35%, and were higher for men, for those with low income

and for rural dwellers. The absolute ASMR difference also declined throughout the study period (from 16.15 to 10.49 deaths per 1000 persons). Cause-specific ASMRs were greater among those with schizophrenia, with circulatory conditions accounting for most deaths between 1993 and 2012, whereas neoplasms became the leading cause of death for those without schizophrenia after 2005. Individuals with schizophrenia also died, on average, 8 years younger than those without schizophrenia, losing more potential years of life. INTERPRETATION: Although mortality rates among people with schizophrenia have declined over the past 2 decades, specialized approaches may be required to close the persistent 3-fold relative mortality gap with the general population.

Ha, C., Chan, C. C. et Decool, E. (2017). "Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(23): 500-508.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/23/index.html

Introduction : l'objectif était de décrire la mortalité associée à l'existence de troubles mentaux (TM) en France. Méthodes : notre analyse, dite en causes multiples, porte à la fois sur les causes initiales (CI) et sur les causes associées des décès survenus en France de 2000 à 2013, extraits de la base nationale du CépiDc-Inserm. L'ensemble des TM du chapitre F de la Classification internationale des maladies (CIM-10, codes F00 à F99) ainsi que des sous-groupes ont été considérés. Résultats : de 2000 à 2013,783 403 décès avec mention de TM ont été enregistrés, représentant en moyenne 55 957 décès annuels et 10,3% de l'ensemble des décès survenus sur cette période. Les taux de décès avec TM standardisés sur l'âge ont baissé globalement (-15,1%) sur l'ensemble de la période. Pour les hommes comme pour les femmes, l'âge moyen au décès était particulièrement bas pour la schizophrénie (respectivement 55,9 ans et 67,6 ans) et pour les TM liés à l'alcool (respectivement 59,4 et 60,7 ans). Les CI de décès se répartissaient ainsi : pour les décès avec mention de TM, le suicide (11,1%) se situait en 3e position, derrière les causes cardiovasculaires (27,3%) et les cancers (18,1%), alors que pour les décès sans mention de TM, le suicide (1,3%) se plaçait loin derrière les cancers (31,0%) et le cardiovasculaire (28,9%). Conclusion : ce travail souligne l'importance de prendre soin aussi bien de la santé mentale que physique des personnes souffrant de TM, ainsi que de la nécessité de développer auprès d'elles des actions de prévention, notamment du suicide mais portant aussi sur les facteurs de risque cardiovasculaire, respiratoire et métabolique.

Liu, N. H., Daumit, G. L., Dua, T., et al. (2017). "Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas." World Psychiatry **16**(1): 30-40.

Excess mortality in persons with severe mental disorders (SMD) is a major public health challenge that warrants action. The number and scope of truly tested interventions in this area remain limited, and strategies for implementation and scaling up of programmes with a strong evidence base are scarce. Furthermore, the majority of available interventions focus on a single or an otherwise limited number of risk factors. Here we present a multilevel model highlighting risk factors for excess mortality in persons with SMD at the individual, health system and socio-environmental levels. Informed by that model, we describe a comprehensive framework that may be useful for designing, implementing and evaluating interventions and programmes to reduce excess mortality in persons with SMD. This framework includes individual-focused, health system-focused, and community level and policy-focused interventions. Incorporating lessons learned from the multilevel model of risk and the comprehensive intervention framework, we identify priorities for clinical practice, policy and research agendas.

2016

Bradford, D. W. et Cunningham, N. (2016). "Psychotic disorders cause the greatest mortality disparity among mental disorders, though more deaths are attributable overall to mood and anxiety disorders." Evid Based Ment Health **19**(2): 58.

Pratt, L. A., Druss, B. G., Manderscheid, R. W., et al. (2016). "Excess mortality due to depression and anxiety in the United States: results from a nationally representative survey." Gen Hosp Psychiatry **39**: 39-45.

OBJECTIVES: We compared the mortality of persons with and without anxiety and depression in a nationally representative survey and examined the role of socioeconomic factors, chronic diseases and health behaviors in explaining excess mortality. METHODS: The 1999 National Health Interview Survey was linked with mortality data through 2011. We calculated the hazard ratio (HR) for mortality by presence or absence of anxiety/depression and evaluated potential mediators. We calculated the population attributable risk of mortality for anxiety/depression. RESULTS: Persons with anxiety/depression died 7.9 years earlier than other persons. At a population level, 3.5% of deaths were attributable to anxiety/depression. Adjusting for demographic factors, anxiety/depression was associated with an elevated risk of mortality [HR=1.61, 95% confidence interval (CI)=1.40, 1.84]. Chronic diseases and health behaviors explained much of the elevated risk. Adjusting for demographic factors, people with past-year contact with a mental health professional did not demonstrate excess mortality associated with anxiety/depression while those without contact did. CONCLUSIONS: Anxiety/depression presents a mortality burden at both individual and population levels. Our findings are consistent with targeting health behaviors and physical illnesses as strategies for reducing this excess mortality among people with anxiety/depression.

2015

Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., et al. (2015). "Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States." JAMA Psychiatry **72**(12): 1172-1181.

IMPORTANCE: Although adults with schizophrenia have a significantly increased risk of premature mortality, sample size limitations of previous research have hindered the identification of the underlying causes. OBJECTIVE: To describe overall and cause-specific mortality rates and standardized mortality ratios (SMRs) for adults with schizophrenia compared with the US general population. DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS: We identified a national retrospective longitudinal cohort of patients with schizophrenia 20 to 64 years old in the Medicaid program (January 1, 2001, to December 31, 2007). The cohort included 1,138,853 individuals, 4,807,121 years of follow-up, and 74,003 deaths, of which 65,553 had a known cause. MAIN OUTCOMES AND MEASURES: Mortality ratios for the schizophrenia cohort standardized to the general population with respect to age, sex, race/ethnicity, and geographic region were estimated for all-cause and cause-specific mortality. Mortality rates per 100,000 person-years and the mean years of potential life lost per death were also determined. Death record information was obtained from the National Death Index. RESULTS: Adults with schizophrenia were more than 3.5 times (all-cause SMR, 3.7; 95% CI, 3.7-3.7) as likely to die in the follow-up period as were adults in the general population. Cardiovascular disease had the highest mortality rate (403.2 per 100,000 person-

years) and an SMR of 3.6 (95% CI, 3.5-3.6). Among 6 selected cancers, lung cancer had the highest mortality rate (74.8 per 100,000 person-years) and an SMR of 2.4 (95% CI, 2.4-2.5). Particularly elevated SMRs were observed for chronic obstructive pulmonary disease (9.9; 95% CI, 9.6-10.2) and influenza and pneumonia (7.0; 95% CI, 6.7-7.4). Accidental deaths (119.7 per 100,000 person-years) accounted for more than twice as many deaths as suicide (52.0 per 100,000 person-years). Nonsuicidal substance-induced death, mostly from alcohol or other drugs, was also a leading cause of death (95.2 per 100,000 person-years). CONCLUSIONS AND RELEVANCE: In a US national cohort of adults with schizophrenia, excess deaths from cardiovascular and respiratory diseases implicate modifiable cardiovascular risk factors, including especially tobacco use. Excess deaths directly attributable to alcohol or other drugs highlight threats posed by substance abuse. More aggressive identification and management of cardiovascular risk factors, as well as reducing tobacco use and substance abuse, should be leading priorities in the medical care of adults with schizophrenia.

2014

Charrel, C. L., Plancke, L., Genin, M., et al. (2014). "Mortality of people suffering from mental illness: a study of a cohort of patients hospitalised in psychiatry in the North of France." Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology **on line**: 9.

Background The mortality of people suffering from psychiatric illnesses is far higher than that of the general population, all categories of diagnosis combined; mortality statistics can be used as an index of quality of care. The aim of this study was to assess the all-cause mortality in psychiatric patients covering all diagnostic groups. Methods The living or deceased status of 4,417 patients of majority age hospitalised in a public mental health establishment between 2004 and 2007 were requested from French National Institute for Statistics and Economic Studies on 1st January 2011. The cause of death of those people who had died was obtained from French National Institute for Health and Medical Research and comparative standardized mortality ratios (SMR) were established from the population in a region of northern France of the same age in 2006. Results The study population was made up of 54 % men and 46 % women, median age 41 and 45 years old, respectively. Four hundred and seventy-three people died during the period studied. The SMR were 421 for men (95 % CI 378–470) and 330 for women (95 % CI 281–388). The highest SMRs were found in patients aged 35–54, with a 20-time higher mortality risk than the general population of the same age. Conclusion Our study confirms the considerably higher mortality in psychiatric patients than in general population, particularly in mean age and mostly due to an unnatural cause.

Kredentser, M. S., Martens, P. J., Chochinov, H. M., et al. (2014). "Cause and rate of death in people with schizophrenia across the lifespan: a population-based study in Manitoba, Canada." J Clin Psychiatry **75**(2): 154-161.

OBJECTIVE: To compare the causes and rates of death for people with and without schizophrenia in Manitoba, Canada. METHOD: Using de-identified administrative databases at the Manitoba Centre for Health Policy, a population-based analysis was performed to compare age- and sex-adjusted 10-year (1999-2008) mortality rates, overall and by specific cause, of decedents aged 10 years or older who had 1 diagnosis of schizophrenia (ICD-9-CM code 295, ICD-10-CA codes F20, F21, F23.2, F25) over a 12-year period (N = 9,038) to the rest of the population (N = 969,090). RESULTS: The mortality rate for those with schizophrenia was double that of the rest of the population (20.00% vs. 9.37%). The all-cause mortality rate was higher for people with schizophrenia compared to all others (168.9 vs. 99.1 per thousand; relative risk [RR] = 1.70, P < .0001); rates of death due to suicide (RR = 8.67, P <

.0001), injury (RR = 2.35, P < .0001), respiratory illness (RR = 2.00, P < .0001), and circulatory illness (RR = 1.64, P < .0001) were also significantly higher in people with schizophrenia. Overall cancer deaths were similar (28.6 vs. 27.3 per thousand, P = .42, NS) except in the middle-aged group (40-59), in which cancer death rates were significantly higher for those with schizophrenia (28.7 vs. 11.6 per thousand; RR = 2.48, P < .01). Mortality rates due to lung cancer were significantly higher in people with schizophrenia (9.4 vs. 6.4 per thousand, RR = 1.45, P < .001). CONCLUSIONS: People with schizophrenia are at increased risk of death compared to the general population, and the majority of these deaths are occurring in older age from physical disease processes. Risk of cancer mortality is significantly higher in middle-aged but not younger or older patients with schizophrenia. Understanding these patients' vulnerabilities to physical illness has important public health implications for prevention, screening, and treatment as the population ages.

Polednak, A. P. (2014). "Trend in rates for deaths with mention of schizophrenia on death certificates of US residents, 1999-2010." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **49**(7): 1083-1091.

BACKGROUND: Trends in mortality rates for schizophrenia using multiple causes of death (including contributory causes) coded on death certificates in the US resident population apparently have not been reported. METHODS: Age-standardized rates for deaths per 100,000 in 1999-2010 at age 15+ years (and for 15-64 and 65+ years) with mention of schizophrenia were examined for the US resident population, including variation by age, gender, race (blacks/African Americans and whites) and region. RESULTS: Deaths at age 15+ years coded with schizophrenia as underlying cause were only 12 % of all deaths with mention of schizophrenia, for which the rate declined from 1.58 in 1999 (3,407 deaths) to 1.32 in 2010 (3,422 deaths) (percentage change or PC = -16 %). Declines were larger in females than males, in whites than blacks, and occurred in the Northeast, Midwest and South but not the West. The rate increased for age 15-64 years (PC = +28 %) (mainly in males), however, while declining for age 65+ years (PC = -35 %). For deaths at age 15-64 years with schizophrenia coded as other than the underlying cause, the largest continuous increase was for endocrine-metabolic diseases (predominantly diabetes mellitus) as underlying cause, with smaller increases in males for cardiovascular diseases, external causes and neoplasms. CONCLUSION: Trends in the US rate for deaths with mention of schizophrenia varied among the sociodemographic groups examined. The lack of decline for age 15-64 years requires further study especially with regard to mediators (e.g., obesity) of excess mortality in schizophrenia identified from cohort studies.

Saha, S., Whiteford, H. et McGrath, J. (2014). "Modelling the incidence and mortality of psychotic disorders: data from the second Australian national survey of psychosis." Aust N Z J Psychiatry **48**(4): 352-359.

OBJECTIVES: The aim of this study was to model estimates related to (a) the incidence of psychotic disorders and (b) the mortality associated with these disorders based on a large, population-based prevalence study. METHODS: Data were drawn from the second national survey of adults with psychotic disorders conducted in seven Australian catchment areas during March to December 2010. To generate incidence rate estimates, we identified recent onset cases recruited as part of the prevalence study and then imputed population-based incidence rates using a set of conservative assumptions. Similarly, for mortality rates, we identified individuals who had died after being identified as 'screen-positive' for psychosis, but prior to full clinical assessment. Using a set of conservative assumptions, we then used these estimates to infer population-based mortality rates. RESULTS: Based on our models, we estimated that the incidence rate for psychotic disorders was 28 cases per 100,000 population. The rate estimates were significantly higher in males than females, with an

overall male:female ratio of 1.57:1. Incidence rate estimates peaked in the youngest age group (18-24 years). The adjusted mortality rate estimated during the whole period of observation was 12.5 per 1000 persons, with a standardised mortality ratio of 5.5. CONCLUSIONS: Using treated prevalence data and observed deaths with appropriate algorithms, we were able to impute incidence and mortality rates for psychotic disorders consistent with the published literature. While the second national survey of psychotic disorders was not designed to identify mortality, our estimates provide a stark reminder of the increased mortality associated with these disorders.

2013

Berg, C. J., Thomas, A. N., Mertens, A. C., et al. (2013). "Correlates of continued smoking versus cessation among survivors of smoking-related cancers." Psychooncology **22**(4): 799-806.

OBJECTIVE: We examined correlates of continued smoking versus cessation among a sample of survivors of smoking-related cancers who were actively smoking at the time of cancer diagnosis. METHODS: Participants with a history of smoking and a smoking-related cancer diagnosis (lung, oral, pharynx, larynx, esophagus, bladder, stomach, cervix, kidney, pancreas, acute myeloid leukemia) within the past 4 years were identified in the electronic medical record. We recruited 613 individuals to complete a mail-based survey and received 139 completed surveys (22.7% response rate). We focused on 105 participants who smoked at the time of diagnosis and dichotomized them to having either quit since diagnosis (48.6%; n = 51) or continued smoking (51.4%; n = 54). We assessed sociodemographics, type of cancer and treatment(s), and psychosocial factors (depressive symptoms, social support, hope, quality of life). We then conducted structured interviews with a subset of 21 survey respondents. RESULTS: Binary logistic regression indicated that, controlling for age, gender, ethnicity, marital status, and income, factors associated with continued smoking versus cessation included being diagnosed with other smoking-related cancers versus lung or head and neck cancer (OR = 11.21, CI 2.85, 44.02) and having significant depressive symptoms (OR = 1.25, CI 1.08, 1.45). Qualitative findings highlighted motivators for cessation (impact of being diagnosed with cancer, doctor advice to quit, social influences) and barriers to cessation (hopelessness, stress, addiction). CONCLUSIONS: These findings highlight the need to address depressive symptoms among cancer survivors, particularly those continuing to smoke and the importance of exploring messages cancer survivors are given regarding the need for cessation post cancer diagnosis.

Eaton, W. W., Roth, K. B., Bruce, M., et al. (2013). "The relationship of mental and behavioral disorders to all-cause mortality in a 27-year follow-up of 4 epidemiologic catchment area samples." Am J Epidemiol **178**(9): 1366-1377.

Subjects from the Epidemiologic Catchment Area Program, interviewed during 1979-1983, were linked to data in the National Death Index through 2007 to estimate the association of mental and behavioral disorders with death. There were more than 25 years of follow-up for 15,440 individuals, with 6,924 deaths amounting to 307,881 person-years of observation. Data were analyzed by using age as the time scale and parametric approaches to quantify the years of life lost due to disorders. Alcohol, drug use, and antisocial personality disorders were associated with increased risk of death, but there was no strong association with mood and anxiety disorders. Results of high- and low-quality matches with the National Death Index were similar. The 3 behavioral disorders were associated with 5-15 years of life lost, estimated along the life course via the generalized gamma model. Regression tree analyses showed that risk of death was associated with alcohol use disorders in nonblacks and with

drug disorders in blacks. Phobia interacted with alcohol use disorders in nonblack women, and obsessive-compulsive disorder interacted with drug use disorders in black men. Both of these anxiety disorders were associated with lower risk of death early in life and higher risk of death later in life.

Lawrence, D., Hancock, K. J. et Kisely, S. (2013). "The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers." Bmj **346**: f2539.

OBJECTIVE: To examine the mortality experience of psychiatric patients in Western Australia compared with the general population. DESIGN: Population based study. SETTING: Western Australia, 1985-2005. PARTICIPANTS: Psychiatric patients (292,585) registered with mental health services in Western Australia. MAIN OUTCOME MEASURES: Trends in life expectancy for psychiatric patients compared with the Western Australian population and causes of excess mortality, including physical health conditions and unnatural causes of death. RESULTS: When using active prevalence of disorder (contact with services in previous five years), the life expectancy gap increased from 13.5 to 15.9 years for males and from 10.4 to 12.0 years for females between 1985 and 2005. Additionally, 77.7% of excess deaths were attributed to physical health conditions, including cardiovascular disease (29.9%) and cancer (13.5%). Suicide was the cause of 13.9% of excess deaths. CONCLUSIONS: Despite knowledge about excess mortality in people with mental illness, the gap in their life expectancy compared with the general population has widened since 1985. With most excess deaths being due to physical health conditions, public efforts should be directed towards improving physical health to reduce mortality in people with mental illness, in addition to ongoing efforts to prevent suicide.

Lemogne, C., Nabi, H., Melchior, M., et al. (2013). "Mortality associated with depression as compared with other severe mental disorders: a 20-year follow-up study of the GAZEL cohort." J Psychiatr Res **47**(7): 851-857.

Individuals with severe mental disorders (SMD) have an increased risk of mortality from somatic diseases. This study examined whether this risk is different in persons with depressive disorders compared to those with other SMD (i.e. schizophrenia and bipolar disorder). In 1989, 20,625 employees of the French national gas and electricity company (15,011 men and 5614 women, aged 35-50) agreed to participate in the GAZEL cohort study. Three diagnosis groups were created based on sick leave spells from 1978 onwards: 1) no SMD, 2) depressive disorders and 3) other SMD. Dates and causes of death were available from January 1, 1990 to December 31, 2010. The association of diagnosis groups with mortality was estimated with hazard ratios (HR) and 95% confidence intervals (CI) computed using Cox regression. During a mean follow-up of 19.8 years, 1544 participants died, including 1343 from a natural cause, of which 258 died from cardiovascular diseases. After adjustment for age, gender, occupational status, alcohol consumption, smoking and body-mass index, participants with a history of sickness absence for SMD had a greater risk of natural mortality (HR: 1.24, CI: 1.08-1.43), cardiovascular mortality (HR: 1.49, CI: 1.08-2.05) and non-cardiovascular natural mortality (HR: 1.19, CI: 1.02-1.39). Compared to depressive disorders, other SMD were associated with an increased risk of natural mortality (HR: 1.94, CI: 1.17-3.22) and cardiovascular mortality (HR: 3.58, CI: 1.53-8.39). Job security and systematic medical follow-up may fall short of preventing premature death among workers with sickness absence due to SMD.

Martens, P. J., Chochinov, H. M. et Prior, H. J. (2013). "Where and how people with schizophrenia die: a population-based, matched cohort study in Manitoba, Canada." J Clin Psychiatry **74**(6):

e551-557.

OBJECTIVE: To compare place and cause of death for people with and without schizophrenia in Manitoba, Canada. METHOD: By using deidentified administrative databases at the Manitoba Centre for Health Policy, a 1:3 matched cohort of decedents aged >/= 10 years in fiscal years April 1995-March 2008 (n = 3,943 with schizophrenia; n = 11,827 without schizophrenia) was selected and matched on age, sex, geography, and date of death +/- 2 months. Schizophrenia was defined as ICD-9-CM code 295 or ICD-10-CA codes F20, F21, F23.2, or F25 in hospital/physician files at least once within 12 years of death. RESULTS: The median age at death was 77 years. The attributable percentage of deaths was higher for respiratory illnesses (all ages) and suicide (age 10-59 years only), similar for circulatory illnesses, and lower for cancer in decedents with schizophrenia compared to matched controls. For cancer deaths, decedents with schizophrenia were equally likely to die of gastrointestinal, breast, or prostate cancer, but more likely to die of lung cancer at ages 10-59 (32.5% versus 20.6%, P < .004). Place of death was more likely a nursing home (29.7% vs 13.9%) and less likely a hospital (55.5% vs 70.5%) (P < .0001) for decedents with schizophrenia overall and by specific cause, with the exception of suicide deaths showing no difference by place. Except for those who died in nursing homes, decedents with schizophrenia had higher general practitioner but lower specialist rates and inpatient hospital separations. CONCLUSIONS: Generally, patients with schizophrenia were more likely to die in nursing homes but less likely to die in hospitals. Understanding where these patients die is critical for improving access to quality palliative end-of-life care.

Mitchell, A. J., Vancampfort, D., Sweers, K., et al. (2013). "Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders--a systematic review and meta-analysis." Schizophr Bull **39**(2): 306-318.

Individuals with schizophrenia have high levels of medical comorbidity and cardiovascular risk factors. The presence of 3 or more specific factors is indicative of metabolic syndrome, which is a significant influence upon future morbidity and mortality. We aimed to clarify the prevalence and predictors of metabolic syndrome (MetS) in adults with schizophrenia and related disorders, accounting for subgroup differences. A PRISMA systematic search, appraisal, and meta-analysis were conducted of 126 analyses in 77 publications (n = 25,692). The overall rate of MetS was 32.5% (95% CI = 30.1%-35.0%), and there were only minor differences according to the different definitions of MetS, treatment setting (inpatient vs outpatient), by country of origin and no appreciable difference between males and females. Older age had a modest influence on the rate of MetS (adjusted R(2) = .20; P < .0001), but the strongest influence was of illness duration (adjusted R(2) = .35; P < .0001). At a study level, waist size was most useful in predicting high rate of MetS with a sensitivity of 79.4% and a specificity of 78.8%. Sensitivity and specificity of high blood pressure, high triglycerides, high glucose and low high-density lipoprotein, and age (>38 y) are shown in supplementary appendix 2 online. Regarding prescribed antipsychotic medication, highest rates were seen in those prescribed clozapine (51.9%) and lowest rates of MetS in those who were unmedicated (20.2%). Present findings strongly support the notion that patients with schizophrenia should be considered a high-risk group. Patients with schizophrenia should receive regular monitoring and adequate treatment of cardio-metabolic risk factors.

2011

Chang, C. K., Hayes, R. D., Perera, G., et al. (2011). "Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in

London." PLoS One **6**(5): e19590.

OBJECTIVE: Despite improving healthcare, the gap in mortality between people with serious mental illness (SMI) and general population persists, especially for younger age groups. The electronic database from a large and comprehensive secondary mental healthcare provider in London was utilized to assess the impact of SMI diagnoses on life expectancy at birth. METHOD: People who were diagnosed with SMI (schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder), substance use disorder, and depressive episode/disorder before the end of 2009 and under active review by the South London and Maudsley NHS Foundation Trust (SLAM) in southeast London during 2007-09 comprised the sample, retrieved by the SLAM Case Register Interactive Search (CRIS) system. We estimated life expectancy at birth for people with SMI and each diagnosis, from national mortality returns between 2007-09, using a life table method. RESULTS: A total of 31,719 eligible people, aged 15 years or older, with SMI were analyzed. Among them, 1,370 died during 2007-09. Compared to national figures, all disorders were associated with substantially lower life expectancy: 8.0 to 14.6 life years lost for men and 9.8 to 17.5 life years lost for women. Highest reductions were found for men with schizophrenia (14.6 years lost) and women with schizoaffective disorders (17.5 years lost). CONCLUSION: The impact of serious mental illness on life expectancy is marked and generally higher than similarly calculated impacts of well-recognised adverse exposures such as smoking, diabetes and obesity. Strategies to identify and prevent causes of premature death are urgently required.

Druss, B. G., Zhao, L., Von Esenwein, S., et al. (2011). "Understanding excess mortality in persons with mental illness: 17-year follow up of a nationally representative US survey." Med Care **49**(6): 599-604.

BACKGROUND: Although growing concern has been expressed about premature medical mortality in persons with mental illness, limited data are available quantifying the extent and correlates of this problem using population-based, nationally representative samples. METHODS: The study used data from the 1989 National Health Interview Survey mental health supplement, with mortality data through 2006 linked through the National Death Index (80,850 participants, 16,435 deaths). Multivariable models adjusting for demographic factors assessed the increased hazard of mortality adding socioeconomic status, healthcare variables, clinical factors first separately, and then together. RESULTS: Persons with mental disorders died an average of 8.2 years younger than the rest of the population (P < 0.001). Adjusting for demographic factors, presence of a mental illness was associated with a significant risk of excess mortality, (hazard ratio=2.06, 95% confidence interval=1.71-2.40), with 95.4% of deaths owing to medical rather than unnatural causes. Adding socioeconomic variables to the model, the hazard ratio was 1.77 (P < 0.001); adding health system factors, it was 1.80 (P < 0.001)); adding baseline clinical characteristics, the hazard ratio was 1.32 (P < 0.001). After adding all the 3 groups of variables simultaneously, the association was reduced by 82% from baseline and became statistically nonsignificant (hazard ratio=1.19, P=0.053). CONCLUSIONS: The results of the study underscore the complex causes and high burden of medical mortality among persons with mental disorders in the United States. Efforts to address this public health problem will need to address the socioeconomic, healthcare, and clinical risk factors that underlie it.

Patten, S. B., Williams, J. V., Lavorato, D., et al. (2011). "Mortality associated with major depression in a Canadian community cohort." Can J Psychiatry **56**(11): 658-666.

OBJECTIVE: Prior studies have reported that major depressive episodes (MDEs) are associated with elevated mortality. However, the association has not always persisted after

adjustment for other mortality risk factors. In our study, we examine this issue using data from a longitudinal Canadian study (the National Population Health Survey [NPHS]). The NPHS included a more comprehensive set of mortality determinants than prior studies, allowing a more comprehensive assessment of the effect of MDEs on mortality. METHODS: The NPHS began data collection in 1994 and follow-up data were available to 2006 at the time of this analysis. The NPHS assessed depression using a short-form version of the Composite International Diagnostic Interview. Mortality was assessed as part of the cohort's follow-up, including linkage to vital statistics data. RESULTS: During follow-up, 2019 deaths occurred in the eligible part of the NPHS cohort. Consistent with prior studies, MDEs were strongly predictive of mortality when basic adjustments were made for age and sex (hazard ratio [HR] 2.0, 95% CI 1.4 to 2.9). The association disappeared with adjustment for other variables that predict mortality risk (HR 1.1, 95% CI 0.7 to 1.7). CONCLUSIONS: MDE is a strong predictor of mortality in the general population. This analysis failed to identify an independent effect of MDE when adjustments were made for other risk factors. However, the lack of a strong independent effect on mortality does not preclude an etiologic impact of MDE. MDE itself is intertwined with health-related changes that predict mortality and its impact may be mediated by these variables.

Thornicroft, G. (2011). "Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality." Br J Psychiatry **199**(6): 441-442.

A 20-year mortality gap for men, and 15 years for women, is still experienced by people with mental illness in high-income countries. The combination of lifestyle risk factors, higher rates of unnatural deaths and poorer physical healthcare contribute to this scandal of premature mortality that contravenes international conventions for the 'right to health.'

Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., et al. (2011). "Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders." Br J Psychiatry **199**(6): 453-458.

BACKGROUND: People with mental disorders evince excess mortality due to natural and unnatural deaths. The relative life expectancy of people with mental disorders is a proxy measure of effectiveness of social policy and health service provision. AIMS: To evaluate trends in health outcomes of people with serious mental disorders. METHOD: We examined nationwide 5-year consecutive cohorts of people admitted to hospital for mental disorders in Denmark, Finland and Sweden in 1987-2006. In each country the risk population was identified from hospital discharge registers and mortality data were retrieved from cause-of-death registers. The main outcome measure was life expectancy at age 15 years. RESULTS: People admitted to hospital for a mental disorder had a two- to threefold higher mortality than the general population in all three countries studied. This gap in life expectancy was more pronounced for men than for women. The gap decreased between 1987 and 2006 in these countries, especially for women. The notable exception was Swedish men with mental disorders. In spite of the positive general trend, men with mental disorders still live 20 years less, and women 15 years less, than the general population. CONCLUSIONS: During the era of deinstitutionalisation the life expectancy gap for people with mental disorders has somewhat diminished in the three Nordic countries. Our results support further development of the Nordic welfare state model, i.e. tax-funded community-based public services and social protection. Health promotion actions, improved access to healthcare and prevention of suicides and violence are needed to further reduce the life expectancy gap.

2010

Murphy, J. M., Gilman, S. E., Lesage, A., et al. (2010). "Time trends in mortality associated with depression: findings from the Stirling County study." Can J Psychiatry **55**(12): 776-783.

OBJECTIVE: to address the question of whether a mortality risk associated with depression in a 1952 representative sample of Stirling County adults changed in a new sample in 1970, and whether there was a change in associations with cigarette smoking and alcoholism. METHOD: sample members were interviewed about depression and cigarette smoking. General physicians were interviewed by psychiatrists regarding alcoholism. Information about death as of December 31, 1992, was provided by Statistics Canada. Proportional hazards models were fitted in the 2 samples to assess the mortality risks associated with depression among men and women during 20 years of follow-up, and additionally among men with heavy smoking and alcoholism. Specific causes of death were investigated. RESULTS: hazard ratios representing the association between depression and premature death among men were 2.6 (95% CI 1.4 to 4.9) and 2.8 (95% CI 1.5 to 5.1), respectively, in the 1952 and 1970 samples for the first 10 years of follow-up. Hazard ratios for women were 1.4 (95% CI 0.6 to 3.2) and 1.2 (95% CI 0.5 to 2.9). The risk associated with depression among men was independent of alcoholism and heavy smoking. Depression and alcoholism were significantly associated with death by external causes and circulatory disease; heavy smoking was significantly associated with malignant neoplasms. CONCLUSION: the mortality associated with depression did not change during the period from 1952 to 1970. Depressed men experienced a significant mortality risk that was not matched among depressed women and also was not due to alcoholism and heavy smoking.

Vieillissement et santé mentale

La fréquence des troubles psychiques chez les personnes âgées

Les troubles mentaux constituent selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) l'une des premières causes de morbidité et de mortalité prématurée chez la personne âgée et 3/5 des sources d'incapacité liées au vieillissement. La consommation de soins même si elle apparaît difficile à quantifier dans ce domaine est notable. La prescription de psychotropes qui constitue un indicateur indirect concerne ainsi une personne sur deux de plus de 70 ans. Elle est particulièrement importante chez les personnes âgées institutionnalisées. De même, le recours à l'hospitalisation en psychiatrie augmente avec l'âge y compris chez les plus de 80 ans. Les données épidémiologiques confirment la fréquence des troubles psychiatriques à l'âge avancé, avec toutefois la réserve que ces données sont parfois floues, car les cohortes sont peu nombreuses après 65 ans. Si la prévalence de la psychose et celle des troubles bipolaires sont similaires à celles de l'adulte jeune (1 %), la prévalence des troubles anxieux serait de 3 %, celle de la dépression concernerait 7 % des plus de 60 ans et de 6 à 32 % chez les personnes institutionnalisées. La dépression du sujet âgé serait sous diagnostiquée et sous traitée or les conséquences de la prise en charge non optimale de cette affection sont graves, avec chaque année en France 1700 morts par suicide chez les plus de 75 ans. Ce risque affecte particulièrement les hommes : il est 5 fois plus élevé que chez les adultes jeunes après 70 ans et 6 à 7 fois plus élevé après 85 ans[14].

2018

ARS (2018). Etat des lieux de la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiques à Marseille. Marseille : ARS

[14] In : Pancrazi, M.-P., Guinard, P. et Isserlis, C. (2015). "L'organisation de la psychiatrie du sujet âgé en Île-de-France." L'information psychiatrique **91**(9)

Charazac, P. (2018). "Lorsque vieillissent les schizophrènes." Santé mentale(232).

Collet, J., de Vugt, M. E., Verhey, F. R. J., et al. (2018). "Characteristics of double care demanding patients in a mental health care setting and a nursing home setting: results from the SpeCIMeN study." Aging Ment Health **22**(1): 33-39.

BACKGROUND: Older patients suffering from a combination of psychiatric disorders and physical illnesses and/or dementia are called Double Care Demanding patients (DCDs). Special wards for DCDs within Dutch nursing homes (NHs) and mental health care institutions (MHCIs) offer a unique opportunity to obtain insight into the characteristics and needs of this challenging population. METHODS: This observational cross-sectional study collected data from 163 DCDs admitted to either a NH or a MHCI providing specialized care for DCDs. Similarities and differences between both DCD groups are described. RESULTS: Neuropsychiatric symptoms were highly prevalent in all DCDs but significantly more in MHCI-DCDs. Cognitive disorders were far more present in NH-DCDs, while MHCI-DCDs often suffered from multiple psychiatric disorders. The severity of comorbidities and care dependency were equally high among all DCDs. NH-DCDs expressed more satisfaction in overall quality of life. CONCLUSIONS: The institutionalized elderly DCD population is very heterogeneous. Specific care arrangements are necessary because the severity of a patient's physical illness and the level of functional impairment seem to be equally important as the patient's behavioural, psychiatric and social problems. Further research should assess the adequacy of the setting assignment and the professional skills needed to provide adequate care for elderly DCDs.

2017

Atramont, A., Rigault, A., Chevalier, S., et al. (2017). "[Characteristics, diseases and mortality of people admitted to nursing homes for dependent seniors during the first quarter of 2013 in France]." Rev Epidemiol Sante Publique **65**(3): 221-230.

BACKGROUND: To describe the state of health, through healthcare consumption and mortality, of people admitted to nursing homes (Ehpad) in France. METHODS: People over the age of 65 years admitted to an Ehpad institution during the first quarter of 2013, beneficiaries of the national health insurance general scheme (69% of the population of this age), were identified from the Resid-Ehpad database and their reimbursed health care was extracted from the SNIIRAM database, identifying 56 disease groups by means of algorithms (long-term disease diagnoses and hospitalisations, medicinal products, specific procedures). Disease prevalences were compared to those of other beneficiaries by age- and sex-standardized morbidity/mortality ratios (SMR). RESULTS: A total of 25,534 people were admitted (mean age: 86 years, 71% women). Before admission, these people presented a marker for cardiovascular or neurovascular disease (48% of cases), dementia (34%), cancer (18%), and psychiatric disorders (14%). Compared to non-residents, new residents more frequently presented dementia (SMR=3-40 according to age and sex), psychiatric disorders (SMR=2.5-12, including psychotic disorders SMR=18-21 in the 65-74 year age-group), neurological disorders (SMR=2-12, including epilepsy SMR=14 in the 65-74 year age-group), and cardiovascular and neurovascular disease (SMR=1.2-3). Overall mortality in 2013 was 22%, with a maximum excess between the ages of 65-74 years (males, SMR=8.8, females, SMR=15.9). CONCLUSION: Medical and administrative data derived from linking the Resid-Ehpad/Sniiram databases reveal a severely impaired state of health, considering healthcare use of institutionalized dependent elderly people, and a high prevalence of diseases responsible for severe dependence and excess mortality, especially among the younger

residents.

Charazac, P. (2017). "'Placer' un patient psychotique âgé en EHPAD " Santé Mentale (217): 62-67.

Quel accueil peut-on proposer à des patients souffrant de schizophrénie vieillissants ? La maladie psychique vient compliquer l'accueil et l'accompagnement en institution. Une prise en charge articulant soin et médico-social permet de proposer un suivi personnalisé. À travers le parcours de soin d'un patient, l'auteur décrit le cadre théorique et les pratiques intercurrentes pour mettre en place ce type de prise en charge [Résumé d'auteur]

Jovelet, G. (2017). Ces psychotiques qui vieillissent. Montrouge, John Libbey Eurotext

Que deviennent les patients souffrant de pathologies mentales lorsqu'ils sont vieux ? Quelle prise en charge leur est proposée à l'heure actuelle ? Est-elle optimale ? Comment faire pour améliorer la situation ? La plupart du temps, les psychotiques âgés sont "placés" le plus vite possible (souvent dès l'âge de 60 ans) dans des maisons de retraite, alors que la majorité des résidents y entrent bien plus tard (autour de 80 ans). Cette différence d'âge, les particularités liées aux pathologies mentales et la diversité des intervenants dans ces structures ainsi que la méconnaissance des spécificités des patients âgés psychotiques par le personnel de ces établissements font de cette solution une réponse perfectible. Georges Jovelet est allé à la rencontre de patients, de proches aidants, de médecins, de psychologues et de personnel d'établissements accueillant des personnes âgées atteintes de maladies mentales pour recueillir leur propos et faire progresser sa vision de la situation. Des vignettes cliniques viennent ponctuer l'ouvrage, mettant ainsi en lumière des parcours et ressentis variés. À travers cet ouvrage, l'auteur propose des pistes de réflexion sur cette question encore très peu abordée en France qu'est le devenir des patients psychotiques âgés. (4ème couv.).

Rousseau, D. (2017). L'accueil des personnes en situation de handicap psychique en EHPAD : enjeux et motivations. Mémoire EHESP de Directeur d'Etablissement Sanitaire Social et Médico Social – DESSMS. Rennes : EHESP

L'accueil des personnes en situation de handicap liée à un trouble psychique peut s'avérer problématique pour un EHPAD autonome. Le vieillissement de ces usagers pousse pourtant aujourd'hui les établissements à accueillir ces personnes, alors même que ce n'était pas leur vocation première. Ainsi, l'EHPAD autonome d'Istres est aujourd'hui confronté à ces problématiques face auxquelles il doit aujourd'hui s'adapter. Les pistes d'évolution sont, outre la création d'une structure spécifique dédiée à l'accueil de ces personnes, la mise en place d'un ensemble de mesures permettant aux personnels et à l'établissement de s'adapter et de proposer un accompagnement mieux approprié aux besoins de ces personnes. Également, la complexité des profils rencontrés découvre les faiblesses d'un établissement autonome de petite taille et son incapacité à répondre seul à cette problématique. Aussi, l'inscription au sein d'un réseau s'impose pour l'EHPAD autonome qui doit s'intégrer dans une logique de filière sur le territoire afin de proposer un parcours cohérent et fluide pour ces résidents. (R.A.).

2016

Clesse, C., Dumand, I., Nassau, E., et al. (2016). "Représentations sociales du vieillissement des sujets porteurs de troubles psychiques : impacts et conséquences d'une double stigmatisation." NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie **16**(95): 291-299.
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483016000167

Dans nos sociétés occidentales, l'étude des mécanismes inhérents à la perception sociale du vieillissement a mis en évidence la présence de stigmatisation, de discrimination et d'exclusion opérées à l'encontre des sujets âgés. Ce constat semble d'autant plus marqué lorsqu'il est question de sujets vieillissants porteurs de troubles psychiques. Il revient donc à la recherche de proposer une réflexion concernant les éléments sous-jacents à l'émergence de ces mécanismes dans le but d'identifier et de réduire leurs déterminants. Pour ce faire, les auteurs ont réalisé une revue de littérature portant sur les représentations sociales des individus vieillissants porteurs de troubles psychiques. La méthodologie employée révèle qu'aucune étude portant sur ce point précis n'a été publiée à ce jour. Devant cette absence de données, les auteurs ont recensé les travaux portant sur les représentations sociales inhérentes aux sujets âgés et aux sujets porteurs de troubles psychiques. Ces dernières ont été regroupées, catégorisées et décrites, mettant en exergue la présence d'une double stigmatisation à l'égard des sujets vieillissants vulnérables psychiquement. L'impact discriminatoire de ce phénomène est ensuite discuté en mettant l'accent sur ses conséquences sociétales, institutionnelles et individuelles. Summary In Western societies, the study of the mechanisms underpinning the social perceptions of aging has evidenced stigmatisation, discrimination, and exclusion against the elderly. There seems to be a greater effect on elderly subjects with mental disorders. Research is therefore required to propose an approach that looks at the underlying elements linked to the emergence of these mechanisms in order to identify them and limit their determinants. To do this, we conducted a review of the literature on the social representations of aging associated with a mental disturbance. The methodology used shows that no studies have been published on the subject to date. Given this lack of data, the authors identified papers about social representations of the elderly and of subjects with mental disorders. These representations were grouped, categorized, and described, highlighting the presence of a dual stigmatisation of elderly subjects with mental disorders. The discriminatory impact of this phenomenon is then discussed by focusing on its societal, institutional, and individual consequences.

Makdessi, Y., Pradines, N. (2016). "En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës." Etudes et Résultats(989)

Selon l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de 2011, les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) cumulent en moyenne 7,9 pathologies. Neuf sur dix souffrent d'affections neuropsychiatriques. Le nombre de pathologies et leur gravité sont très liés au niveau de dépendance. Environ 40% des résidents les plus dépendants ont au moins une pathologie chronique non stabilisée, contre 27% des résidents qui ne sont pas dépendants.

Ortoleva Bucher, C., Dubuc, N., Von Gunten, A., et al. (2016). "Du soin pratiqué au quotidien au consensus d'experts : état de l'évidence sur les interventions infirmières et leur priorisation selon le profil clinique des personnes âgées hospitalisées pour des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence." Recherche en soins Infirmiers(124): 75-96.

La description des différents profils d'atteintes somatiques, psychiatriques et socio-relationnelles des patients hospitalisés en psychogériatrie pour des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et les interventions infirmières associées sont très peu documentées. Les objectifs de cette étude visent la description des observations et des interventions prodiguées aux personnes âgées selon leur appartenance aux quatre profils cliniques du LPCI et l'obtention d'un consensus d'experts sur les interventions pertinentes par profil. Une analyse de contenu a été réalisée sur les notes

infirmières informatisées de 40 patients. En combinant des phases de production individuelle et collective, la méthode TRIAGE a permis d'obtenir un consensus d'experts sur les interventions pertinentes. Les résultats montrent que les pratiques actuelles sont globalement semblables pour tous les patients alors que les experts jugent que les interventions requises devraient varier en fonction du profil. Par ailleurs, certains domaines restent peu investis, tels que le dépistage, l'évaluation et le traitement des troubles dépressifs ainsi que le maintien de l'autonomie fonctionnelle. Étant donné que la plupart des interventions ont été testées dans les milieux de long séjour, le développement d'études permettant de tester des interventions adaptées au milieu psychogériatrique aigu et l'implantation de pratiques basés sur les preuves sont nécessaires. (R.A.).

Playe, M., De La Fourniere, F. et Blazkova, S. (2016). "Psychiatrie en EHPAD." La Revue de Gériatrie(7): 403-423.

Avec le vieillissement de la population la question de l'accessibilité des personnes âgées aux soins en psychiatrie se pose aux professionnels de la santé mais également du médicosocial. Les troubles psychiatriques de la personne âgée peuvent amener à une entrée en institution et, à l'inverse, l'entrée en EHPAD, peut en elle-même être à l'origine d'une souffrance psychique. Une étude de la Drees fait ainsi état d'un taux de 36% de troubles dépressifs et 26% de troubles anxieux dans la population vivant en institution gériatrique. Quel est l'offre de soins psychiatrique en EHPAD ? Quel peut-être le champ d'intervention du psychiatre et du médecin coordonnateur ? Sous quelles modalités ? Ce dossier s'interroge sur les moyens à mettre en œuvre pour adapter l'offre de soins psychiatriques à l'institution gériatrique, détaille l'intervention du médecin coordonnateur à plusieurs niveaux - avant l'admission, à l'accueil lors de l'entrée en EHPAD et au cours du parcours de vie et de soins-et propose une fiche pratique "Antidépresseurs - utilisation en EHPAD", fruit d'avis de médecins gériatres et psychiatres de terrain.

Techer, M. (2016). La prise en charge des résidents atteints de troubles psychiatriques en EHPAD : Le cas du centre hospitalier de soins de longue durée du Territoire de Belfort. Mémoire EHESP de Directeur d'Etablissement Sanitaire Social et Médico Social – DESSMS. Rennes : EHESP

La psychiatrie du sujet âgé est une priorité des pouvoirs publics et de la psychiatrie. L'accueil de ces personnes âgées au profil particulier pose des difficultés en EHPAD en raison de contraintes financières, liées aux ressources humaines, et compte-tenu d'une cohabitation difficile entre résidents. Le CHSLD accueille, principalement dans la résidence Marcel Braun, une proportion importante de personnes âgées psychiatriques. Si l'établissement dispose de certains atouts, il éprouve également des difficultés de prise en charge importantes, notamment en raison de locaux et de professionnels inadaptés. Je propose la création d'un bâtiment de géronto-psychiatrie, spécialisé et professionnalisé. Si les contraintes bâtimentaires figent les organisations, des modifications architecturales peuvent encore améliorer les conditions de travail et d'accompagnement. Cependant, en raison d'une stigmatisation forte des troubles psychiatriques, le risque de ghettoïsation est important. L'hypothèse d'une unité transitionnelle est évoquée, contrariée par les limites à l'inclusion de ces personnes en unité ordinaire. (R.A.).

2015

Pancrazi, M.-P., Guinard, P. et Isserlis, C. (2015). "L'organisation de la psychiatrie du sujet âgé en Île-de-France." L'information psychiatrique **91**(9): 755-761.
https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-9-page-755.htm

L'offre de soin spécifique en psychiatrie du sujet âgé apparaît peu développée dans notre pays alors que la transition démographique se fait vers un vieillissement de la population. C'est pourquoi, le schéma régional de l'organisation de l'offre en soin en psychiatrie élaboré en Île-de-France pour 2012-2017, a préconisé une véritable gradation des soins en psychiatrie du sujet âgé. Une première étape a été le financement en 2013 par l'ARS d'un centre ressources régional dans ce domaine. Puis, la création d'équipes mobiles intersectorielles à vocation territoriale appelées à couvrir progressivement l'ensemble de la région. Il est souhaité que cette dimension devienne une priorité des établissements autorisés en psychiatrie se traduisant par la formation de référents dans les secteurs et l'émergence de lits dédiés.

Maulino, F. et Badelon, C. (2015). "Ces résidents qui dérangent : le vieillissement des psychoses en EHPAD." La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie **22**(211-212): 454-460.

La clinique en gérontopsychiatrie est riche et hétérogène. Elle nécessite une prise en soin singulière de l'adulte âgé psychotique. Par ses angoisses constitutives, ses pertes et son devenir, le résident mobilise un maillage institutionnel lors de son installation en EHPAD (travail de contenance et de cadre). Ce dernier peut être mis à mal par les appréhensions et méconnaissances des soignants. Ces résidents "différents", "plus jeunes", "potentiellement vus comme plus violents" dérangent alors nos pratiques institutionnalisées. En effet, ces pathologies chroniques ancrées dans le fonctionnement psychique du résident depuis des années ne requièrent pas le même accompagnement que celui d'un adulte tout venant. La place du secteur psychiatrique, comme tiers, y semble alors indispensable. La question de leur projet de vie et leur devenir en EHPAD se pose : doit-on modifier nos pratiques ou créer des lieux spécifiques ? Où et comment accueillir ces adultes âgés psychotiques reste un débat. Penser sa pratique demeure le principal combat du quotidien pour tout professionnel l'entourant. (RA).

2014

Thiebaux, J.-F. et Kardache, F. (2014). "Le dispositif ESSPER de gérontopsychiatrie et son unité de rattachement Germaine-Le-Guillant." L'Information Psychiatrique **90**(7): 539-550.

L'accès aux soins psychiatriques de la personne âgée souffrant d'une pathologie mentale doit répondre à une organisation de soins entrant dans le cadre d'une filière gérontopsychiatrique bien codifiée. En effet, notre expérience originale dans le centre hospitalier Le Mas-Careiron, à Uzès, avec son unité de gérontopsychiatrie Germaine-Le-Guillant, associé à son dispositif ESSPER (équipe stable de soins de proximité éclatée réactive), qui répond aux caractéristiques d'une équipe mobile, illustre bien que la prise en soins psychiatriques des personnes âgées, là où elle se trouve, à son domicile, EHPAD ou en hospitalisation à temps complet, ne peut se faire en dehors d'une équipe pluri-catégorielle psychiatrique de proximité bien formée, qui sache prendre en charge le sujet vieillissant dans sa globalité au sein d'un réseau de soins gérontopsychiatriques stables. (R.A.).

2013

Bowersox, N. W., Szymanski, B. J. et McCarthy, J. F. (2013). "Associations between psychiatric inpatient bed supply and the prevalence of serious mental illness in Veterans Affairs nursing homes." Am J Public Health **103**(7): 1325-1331.

OBJECTIVES: We assessed whether reductions in inpatient psychiatric beds resulted in transinstitutionalization to nursing home care of patients with serious mental illness (SMI) within the Veterans Health Administration (VHA). METHODS: We assessed trends in national and site-level inpatient psychiatric beds and nursing home patient demographics, service use, and functioning from the VHA National Patient Care Database, VHA Service Support Center Bed Control, and VHA Minimum Data Set. We estimated nursing home admission appropriateness using propensity score analyses based on Michigan Medicaid Nursing Facility Level of Care Determinations ratings. RESULTS: From 1999 to 2007, the number of VHA inpatient psychiatric beds declined (43,894-40,928), the average inpatient length of stay decreased (33.1-19.0 days), and the prevalence of SMI in nursing homes rose (29.4%-43.8%). At site level, psychiatric inpatient bed availability was unrelated to SMI prevalence in nursing home admissions. However, nursing home residents with SMI were more likely to be inappropriately admitted than were residents without SMI (4.0% vs 3.2%). CONCLUSIONS: These results suggest the need for increased attention to the long-term care needs of individuals with SMI. Additional steps need to be taken to ensure that patients with SMI are offered appropriate alternatives to nursing home care and receive adequate screening before admission to nursing home treatment.

Donovan, K., Regehr, C. et George, M. (2013). "Nursing home care for adults with chronic schizophrenia." Social Work in Mental Health **11**(2): 167-183.

Rahman, M., Grabowski, D. C., Intrator, O., et al. (2013). "Serious mental illness and nursing home quality of care." Health Serv Res **48**(4): 1279-1298.

OBJECTIVE: To estimate the effect of a nursing home's share of residents with a serious mental illness (SMI) on the quality of care. DATA SOURCES: Secondary nursing home level data over the period 2000 through 2008 obtained from the Minimum Data Set, OSCAR, and Medicare claims. STUDY DESIGN: We employ an instrumental variables approach to address the potential endogeneity of the share of SMI residents in nursing homes in a model including nursing home and year fixed effects. PRINCIPAL FINDINGS: An increase in the share of SMI nursing home residents positively affected the hospitalization rate among non-SMI residents and negatively affected staffing skill mix and level. We did not observe a statistically significant effect on inspection-based health deficiencies or the hospitalization rate for SMI residents. CONCLUSIONS: Across the majority of indicators, a greater SMI share resulted in lower nursing home quality. Given the increased prevalence of nursing home residents with SMI, policy makers and providers will need to adjust practices in the context of this new patient population. Reforms may include more stringent preadmission screening, new regulations, reimbursement changes, and increased reporting and oversight.

2012

Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse. (2012). "Une nouvelle approche des troubles psycho-comportementaux." Trait d'Union - magazine du centre hospitalier universitaire de Toulouse(134): 8-9.

Créée il y a un an, l'Unité Mobile de Psychiatrie du Sujet Âgé (UMPSA) du CHU de Toulouse, prend en charge les patients de plus de 65 ans qui ne peuvent être traités dans le cadre d'un fonctionnement traditionnel.

2011

Aschbrenner, K., Grabowski, D. C., Cai, S., et al. (2011). "Nursing home admissions and long-stay conversions among persons with and without serious mental illness." J Aging Soc Policy **23**(3): 286-304.

The appropriateness of nursing homes for individuals with serious mental illness remains a controversial issue in long-term care policy more than a decade since the landmark U.S. Supreme Court Olmstead decision in 1999, which affirmed the rights of persons with disabilities to live in their communities. Using national nursing home Minimum Data Set assessments from 2005, the authors compared the demographic, clinical, and functional characteristics of persons with and without serious mental illness newly admitted to nursing homes. They found that newly admitted people with serious mental illness were younger and more likely to become long-stay residents than those admitted with other conditions, despite a higher proportion of residents with serious mental illness, including the elderly, classified as low-care status. The most substantial and clinically significant difference for rates of low-care status 90 days after initial admission are for persons younger than 65 with serious mental illness versus those younger than 65 without serious mental illness (33% vs. 8.5%, or 3.9 times greater). There is a notable difference in low-care status between persons aged 65 and older with serious mental illness and those aged 65 and older without serious mental illness (14% vs. 6.6%, or 2.1 times greater). These results suggest that a substantial number of adults with serious mental illness residing in nursing homes may have the functional capacity to live in less restrictive environments.

Aschbrenner, K. A., Cai, S., Grabowski, D. C., et al. (2011). "Medical comorbidity and functional status among adults with major mental illness newly admitted to nursing homes." Psychiatr Serv **62**(9): 1098-1100.

OBJECTIVE: This study compared comorbid conditions and functional status among elderly and nonelderly individuals with mental illness who were newly admitted to nursing homes (N = 286,411). METHODS: Data were drawn from the Centers for Medicare & Medicaid Services national registry of nursing home residents from the Minimum Data Set in 2008. RESULTS: Among newly admitted individuals with schizophrenia, those younger than 65 accounted for a majority (60.3%) of admissions and had lower rates of medical illnesses and were more likely to be classified as low-care status than individuals who were 65 or older. Most (81%) new admissions with depression were 65 or older. Among all nonelderly admissions, individuals with depression had the highest rates of medical comorbidity. CONCLUSIONS: Many adults younger than 65 with schizophrenia who were newly admitted to nursing homes lacked clinical indications for skilled nursing care. In contrast, higher rates of medical conditions among nonelderly adults with depression underscored the need for integrated psychiatric and medical care in nursing homes.

Charazac, P. (2011). "De l'intérêt d'un critère d'âge en gérontopsychiatrie." L'Information Psychiatrique **87**(6): 456-458.
https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-6-page-456.htm

La gérontopsychiatrie publique peut-elle limiter ses indications au bilan et à la prise en charge des pathologies émergeant à l'entrée dans le grand âge ou doit-elle aussi s'ouvrir aux patients vieillissants atteints d'une affection mentale chronique ?

Lane, A. M. (2011). "Placement of older adults from hospital mental health units into nursing homes: exploration of the process, system issues, and implications." J Gerontol Nurs **37**(2): 49-55.

Decision making about placing older adults with mental illness and the process of placement from mental health units into nursing homes is challenging for older adults, family members, and health care professionals. In this article, I present an individual example drawn from an institutional ethnography examining the process of placement from mental health units into nursing homes in western Canada. I offer an analysis of the institutional processes and system issues that factor into the difficulties of placing this older adult with mental illness and suggest implications for nurses.

Li, Y., Cai, X. et Cram, P. (2011). "Are patients with serious mental illness more likely to be admitted to nursing homes with more deficiencies in care?" Med Care **49**(4): 397-405.

BACKGROUND: Patients diagnosed with serious mental illness (SMI) who qualify for nursing home placement tend to require high levels of both psychiatric and nursing care. However, it is unknown whether they are equally likely to be admitted to nursing homes with adequate quality of care compared with other patients. METHODS: We analyzed a national cohort of more than 1.3 million new nursing home admissions in 2007 using the minimum data set. The total and healthcare-related deficiency citations for each facility were obtained from the Online Survey, Certification, and Reporting file. Bivariate and multivariate regression analyses determined the association of schizophrenia or bipolar disorder with admissions to facilities with higher deficiencies. RESULTS: Compared with other patients, patients with schizophrenia (n=23,767) tended to enter nursing homes with more total (13.3 vs. 11.2, P<0.001) and healthcare-related deficiencies (8.6 vs. 7.2, P<0.001); and patients with bipolar disorder (n=19,741) were more likely to enter facilities with more problematic care too (12.5 vs. 11.2, P<0.001 for total deficiencies; and 8.2 vs. 7.2, P<0.001 for healthcare-related deficiencies). After sequentially controlling for the within-county choice of facilities, patient characteristics, and facility covariates, the association of SMI with admitting to higher-deficiency nursing homes persisted. CONCLUSIONS: Patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder (ie, SMI) were more likely than other patients to be admitted to nursing homes with higher deficiency citations for both overall quality and clinical care quality. Further research is necessary to understand the reasons behind the disparity in quality of nursing home care associated with SMI.

Perrin-Haynes, J., Chazal, J. et Falinower, I. (2011). "Les personnes âgées en institution." Dossiers Solidarité Et Santé (Drees)(22)
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier201122.pdf

Selon le volet 'pathologies et morbidité' de l'enquête réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans les établissements hébergement pour personnes âgées (EHPA) en 2007, les résidents des EHPA souffrent de multiples pathologies. Les trois quarts des résidents sont notamment atteints au moins une affection cardiovasculaire, hypertension artérielle étant la plus fréquente. En outre, plus de huit sur dix souffrent au moins une affection neuropsychiatrique, plus d'un tiers présentant un syndrome démentiel dont la maladie d'Alzheimer. La proportion de personnes souffrant de démence s'élève à 42 % dans les seuls établissements hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Plusieurs indicateurs tendent à montrer les grandes difficultés, voire l'impossibilité pour les proches à prendre en charge les personnes atteintes de ce type de maladie à domicile. Pour apporter un soutien accru à ces patients et à leurs aidants familiaux, un des objectifs du Plan Alzheimer 2008-2012 est le développement de places d'accueil de jour et hébergement temporaire dans un cadre règlementaire structuré. Les résultats de l'enquête menée conjointement par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en collaboration avec la DREES auprès

des structures disposant de places d'accueil de jour et/ou hébergement temporaire pour personnes âgées dépendantes en 2009 font état de l'organisation de ces deux types d'accueil encore essentiellement proposés dans des EHPAD dont l'activité principale est hébergement permanent

Raucher-Chene, D., Cuervo-Lombard, C. V., Bera-Potelle, C., et al. (2011). "Schizophrénie du sujet âgé : particularités cliniques, cognitives et sociales." NPG. Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie **11**(64): 157-165.

La prise en charge des patients schizophrènes a connu, depuis quelques décennies, une véritable évolution, tant du point de vue médicamenteux que psychosocial. Ces changements associés à une progression démographique de la population générale ont permis une augmentation de l'espérance et de la qualité de vie de ces patients. Ainsi, on estime, à ce jour, que la prévalence des sujets schizophrènes âgés de plus de 65 ans est de 0,1 à 0,5%. Ces patients schizophrènes vieillissants présentent une clinique différente des sujets plus jeunes, que ce soit sur le plan psychopathologique ou cognitif, à laquelle s'ajoutent des problèmes somatiques et de perte d'autonomie. Cette revue de la littérature a pour but de regrouper les connaissances cliniques, cognitives et sociales actuelles sur cette population qui ne cesse de s'accroître afin d'offrir un outil de réflexion sur les prises en charge qui peuvent leur être proposées. (R.A.).

2010

Chauvin, K., Mohaer, F. (2010). Quelles articulations entre les prises en charge psychiatrique et médico-sociale pour répondre aux besoins des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ? Mémoire EHESP de Module Interprofessionnel (MIP)

Le vieillissement démographique s'accélère et les personnes âgées représentent aujourd'hui 14 millions de personnes en France. L'allongement de l'espérance de vie induit une augmentation des maladies chroniques liées au vieillissement et en particulier les troubles psychiatriques et neurologiques. Le besoin croissant de soins et d'accompagnement de cette population représente un véritable enjeu de santé publique. Les personnes âgées souffrant de ces pathologies sont victimes des représentations liées au grand âge mais aussi au handicap psychique et à la dépendance. Elles se trouvent alors confrontées à de multiples difficultés pour bénéficier d'une prise en charge adaptée. Aussi est-il légitime de s'interroger sur les articulations nécessaires entre les prises en charge psychiatriques et médico-sociales pour répondre aux besoins des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ? Préconisé dès 1960 et largement formalisé durant les années 80, le principe d'une prise en charge psychiatrique "hors les murs" est aujourd'hui une réalité. L'hôpital se recentre ainsi sur sa mission de soin. Cette transformation de la psychiatrie publique s'est accompagnée du basculement d'un nombre important de patients vers des structures sociales et médico-sociales et notamment les sujets âgés. Ce mouvement, malgré des difficultés culturelles et organisationnelles, a suscité des coopérations entre les acteurs des deux champs. Ces initiatives restent cependant très disparates selon les territoires de santé, les établissements et les professionnels concernés. Un développement de ces dispositifs doit être envisagé afin d'assurer une offre de soins également répartie et mieux identifiée pour les patients et les aidants. Afin d'optimiser la nécessaire articulation entre sanitaire, social et médico-social et de respecter le parcours de vie des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques, il semblerait souhaitable de rendre la planification plus lisible. La mise en place du plan régional de santé par les ARS devrait permettre une approche commune et favoriser la complémentarité entre la géronto-psychiatrie - psychiatrie du sujet âgé-et le médico-social.

La proximité et la continuité des soins assurées par des équipes pluridisciplinaires sont les axes prioritaires pour fluidifier le parcours du sujet âgé et l'accompagnement des familles. De plus une politique de formation de tous les acteurs semble essentielle afin d'assurer une prise en charge plus spécifique des troubles psychiatriques des personnes âgées et favoriser l'émergence d'une spécialité identifiée et valorisée. (R.A.).

Georges, J. (2010). "Du neuf dans les pratiques auprès des patients âgés ?" L'Information Psychiatrique **86**(1): 3-8.

Les données démographiques et épidémiologiques amènent à considérer que la psychiatrie du sujet âgé deviendra à court terme une préoccupation majeure de santé publique. Le vieillissement de la population, l'émergence des troubles anxieux et dépressifs, des suicides, les décompensations délirantes, l'incidence de la maladie d'Alzheimer et le doublement projeté du nombre de psychotiques vieillis en témoignent. Ces différents indicateurs sont à prendre en considération afin d'anticiper les besoins à venir et construire des réponses adaptées.

Grabowski, D. C., Aschbrenner, K. A., Rome, V. F., et al. (2010). "Quality of mental health care for nursing home residents: a literature review." Med Care Res Rev **67**(6): 627-656.

Because of the high proportion of nursing home residents with a mental illness other than dementia, the quality of mental health care in nursing homes is a major clinical and policy issue. The authors apply Donabedian's framework for assessing quality of care based on the triad of structure, process, and outcome-based measures in reviewing the literature on the quality of mental health care in nursing homes. Quality measures used within the literature include mental health consultations and hospitalizations, inappropriate use of medications, and mental health survey deficiencies. Factors related to the resident's welfare (nurse staffing), provider norms (locality), and financial factors (payer mix) were associated with the quality of mental health care. Although future research is necessary, the extant literature suggests that persons with mental illness are frequently admitted to nursing homes and their care is often of poor quality and related to a series of resident and facility factors.

Jovelet, G. (2010). "'Placer' un patient psychotique âgé en EHPAD " Santé mentale **86**(1): 39-47.

Le devenir des sujets psychotiques vieillissants, leur destin sont des préoccupations récurrentes des professionnels, des familles et des pouvoirs publics. On observe cependant pour ces derniers un décalage entre les intentions affichées et les réponses concrètes laissées à différentes initiatives ou improvisations. Les positions cliniques favorisées par le glissement de la maladie mentale vers un répertoire de troubles, la dénomination de « handicap psychique », ainsi que les pressions médico-économiques ont une incidence concrète sur la qualité des prises en charge et le défaut d'implication des politiques. L'amélioration des soins somatiques et des prescriptions médicamenteuses doit être mise en perspective avec une priorisation des soins vers l'aigu et une désorganisation des pratiques de secteur à l'égard de ces patients. Nous conclurons par une réflexion sur la nécessaire adaptation de la prise en charge qui préserve la dimension du soin.[Résumé d'éditeur]

Lemke, S. P. et Schaefer, J. A. (2010). "Recent changes in the prevalence of psychiatric disorders among VA nursing home residents." Psychiatr Serv **61**(4): 356-363.

OBJECTIVE: This study identified recent changes in the prevalence of psychiatric disorders among Department of Veterans Affairs (VA) nursing home residents. METHODS: Psychiatric diagnoses in administrative databases were summarized for nursing home residents in 1998,

2002, and 2006. Census prevalence rates were compared with findings from earlier VA nursing home surveys. Prevalence rates were compared for age groups and birth cohorts of VA nursing home admissions in 1998 (N=27,734) and 2006 (N=32,543). RESULTS: Among residents in the census samples, prevalence rates for dementia and schizophrenia fluctuated moderately from 1990 to 2006, depression prevalence increased sharply, alcohol use disorder prevalence declined, and drug use disorder prevalence increased. Among 1998 and 2006 admissions, dementia prevalence increased for most birth cohorts but declined for most age groups (35% to 32% overall). Depression prevalence increased for all age groups and birth cohorts (27% to 37% overall), as did posttraumatic stress disorder prevalence (5% to 12% overall). Serious mental illness prevalence increased among the oldest residents and birth cohorts (19% to 22% overall). Alcohol use disorder prevalence declined for all birth cohorts and most age groups (18% to 16% overall), but drug use disorder prevalence increased substantially for younger age groups (6% to 9% overall). CONCLUSIONS: Examining differences in prevalence between birth cohorts and age groups can clarify trends in nursing home resident characteristics and improve projections of their future needs.

Li, Y. (2010). "Provision of mental health services in U.S. nursing homes, 1995-2004." Psychiatr Serv **61**(4): 349-355.

OBJECTIVE: This study tracked the ability of U.S. nursing homes to provide on-site mental health services after the Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) of 1987 mandated the detection and treatment of mental illness among nursing home patients. The study also determined cross-sectional correlates of service availability and models of services. METHODS: Retrospective analyses were done using National Nursing Home Surveys from 1995, 1997, 1999, and 2004 (the most recent survey). The surveys are periodically conducted by the Centers for Disease Control and Prevention and represent the nation's approximately 17,000 nursing homes. The longitudinal trend of mental health service provision was analyzed for all facilities and for subgroups of facilities. Multivariate regression determined facility and geographic correlates in 2004. RESULTS: Roughly 80% of facilities provided on-site mental health services each survey year. In 2004, 25% of facilities provided mental health services regularly or at routinely scheduled times (regular basis), 24% provided them in an on-call manner (or as needed), and 28% provided them on both a regular and on-call basis. The remaining 22% of facilities provided no on-site mental health services. Multivariate analyses found that largest facilities (> or = 200 beds) were more able than small facilities (< 100 beds) to serve persons with mental illness (odds ratio=3.80, p=.024); compared with their counterparts, facilities were more likely to provide on-site services if they had a larger proportion of residents covered by Medicare or Medicaid programs, were in the Northeast region, or were in metropolitan areas. Similar correlates were found when the types of service provision models (regular basis, on-call basis, both a regular and on-call basis) were examined. CONCLUSIONS: The overall availability of nursing home-based mental health services did not improve over time during the post-OBRA era. Service availability is more problematic for certain facilities, such as small or rural ones. Financial, regulatory, and system-level efforts are needed to address this issue.

Seitz, D., Purandare, N. et Conn, D. (2010). "Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review." Int Psychogeriatr **22**(7): 1025-1039.

BACKGROUND: The population of older adults in long-term care (LTC) is expected to increase considerably in the near future. An understanding of the prevalence of psychiatric disorders in LTC will help in planning mental health services for this population. This study reviews the prevalence of common psychiatric disorders in LTC populations. METHODS: We searched electronic databases for studies on the prevalence of major psychiatric disorders in LTC using

medical subject headings and key words. We only included studies using validated measures for diagnosing psychiatric disorders or psychiatric symptoms. Our review focused on the following psychiatric disorders: dementia, behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), major depression, depressive symptoms, bipolar disorder, anxiety disorders, schizophrenia, and alcohol use disorders. We also determined the prevalence of psychiatric disorders in the U.S. LTC population using data from the 2004 National Nursing Home Survey (NNHS). RESULTS: A total of 74 studies examining the prevalence of psychiatric disorders and psychological symptoms in LTC populations were identified including 30 studies on the prevalence of dementia, 9 studies on behavioral symptoms in dementia, and 26 studies on depression. Most studies involved few LTC facilities and were conducted in developed countries. Dementia had a median prevalence (58%) in studies while the prevalence of BPSD was 78% among individuals with dementia. The median prevalence of major depressive disorder was 10% while the median prevalence of depressive symptoms was 29% among LTC residents. There were few studies on other psychiatric disorders. Results from the 2004 NNHS were consistent with those in the published literature. CONCLUSIONS: Dementia, depression and anxiety disorders are the most common psychiatric disorders among older adults in LTC. Many psychiatric disorders appear to be more prevalent in LTC settings when compared to those observed in community-dwelling older adults. Policy-makers and clinicians should be aware of the common psychiatric disorders in LTC and further research into effective prevention and treatments are required for this growing population.

2009

Andrews, A. O., Bartels, S. J., Xie, H., et al. (2009). "Increased risk of nursing home admission among middle aged and older adults with schizophrenia." Am J Geriatr Psychiatry **17**(8): 697-705.

OBJECTIVE: Cross-sectional data indicate that persons with serious mental illness have increased risk of institution-based care, yet little is known about the long-term course of nursing home placement for persons with schizophrenia. This study describes nursing home entrance over a 10-year period among community residing Medicaid enrollees with schizophrenia compared with Medicaid enrollees with no mental illness. METHODS: The authors analyzed claims of 7,937 New Hampshire Medicaid beneficiaries aged 40 and older. Claims were followed annually from 1996 to 2005 to determine nursing home admission. Schizophrenia was identified from International Classification of Diseases: 9th Edition codes and used to model nursing home admission controlling for medical severity, physical disability, sex, and age. Cox proportional hazard models were run for the entire sample and then separately for middle-aged (40-64 years) and older-aged (65 years and older) subgroups. RESULTS: Persons with schizophrenia enter nursing homes earlier (median age 65) than persons with no mental illness (median age: 80). The greatest relative disparity occurs at middle age (40-64 years), where nursing home admission risk was 3.90 (95% confidence interval = 2.86-5.31) times greater for persons with schizophrenia than for persons with no mental illness. CONCLUSIONS: Middle-aged persons with schizophrenia have almost four times greater likelihood of early institutionalization in nursing homes compared with their same age peers with no mental illness. Efforts to prevent/reduce unwarranted nursing home admission among persons with schizophrenia should focus on health status in the fifth decade of life.

Bagchi, A. D., Verdier, J. M. et Simon, S. E. (2009). "How many nursing home residents live with a mental illness?" Psychiatr Serv **60**(7): 958-964.

OBJECTIVE: A number of data sets can be used to estimate the size of the nursing home population that has mental illness; however, estimates vary because of differences in methods of data collection. This study sought to compare estimates from three nationally representative data sets of the number of nursing home residents who have a mental illness, determine which data set provides the best national-level estimate, and identify the types of policy and monitoring questions that can best be answered with each. METHODS: The study compared estimates of the number of nursing home residents who had either a primary or any diagnosed mental illness from the National Nursing Home Survey (NNHS), the Minimum Data Set (MDS), and the Medicaid Analytic eXtract (MAX) files. RESULTS: The NNHS produced the most valid national-level estimates of residents with a mental illness--nearly 102,000 with a primary diagnosis in 2004 (6.8% of residents), of which about 23,000 were under age 65 and 79,000 were aged 65 and older. However, data from the NNHS cannot be broken down to the state level; therefore, state- and facility-level estimates would have to be generated with the MDS or MAX data sets. CONCLUSIONS: Policy makers and program managers need to be aware of the strengths and limitations of the data they use in order to make informed decisions. Users of the NNHS, MDS, and MAX data sets should be aware of the differences in recorded diagnoses among the three, especially the relatively limited diagnoses in the MAX and imprecise diagnoses in the MDS.

Fullerton, C. A., McGuire, T. G., Feng, Z., et al. (2009). "Trends in mental health admissions to nursing homes, 1999-2005." Psychiatr Serv **60**(7): 965-971.

OBJECTIVE: The study examined 1999-2005 data on first-time nursing home admissions of individuals with mental illness, dementia, or both to identify trends and characteristics. METHODS: The Minimum Data Set was used to estimate the number and percentage of persons newly admitted to nursing homes who had mental illness (schizophrenia, bipolar disorder, depression, or an anxiety disorder), dementia, or both from 1999 to 2005. Data from 2005 were used to compare demographic characteristics and comorbid conditions of the three groups and treatments received. RESULTS: The number of individuals admitted with mental illness increased from 168,721 in 1999 to 187,478 in 2005. The 2005 number is more than 50% higher than the number admitted with dementia only (118,290 in 2005). The increase was driven by growth in admissions of persons with depression--from 128,566 to 154,262 in 2005. Persons admitted with depression had higher rates of comorbid conditions than those admitted with dementia or with neither dementia nor mental illness. They also had high rates of antidepressant treatment and high rates of receipt of training in skills required to return to the community. CONCLUSIONS: Current trends show that the proportion of nursing home admissions with mental illness, in particular depression, has overtaken the proportion with dementia. These changes may be related to increased recognition of depression, availability of alternatives to nursing homes for persons with dementia, and increased specialization among nursing homes in the care of postacute, rehabilitation residents. In light of these trends, it is critical to ensure that nursing homes have resources to adequately treat residents with mental illness to facilitate community reintegration.

Grabowski, D. C., Aschbrenner, K. A., Feng, Z., et al. (2009). "Mental illness in nursing homes: variations across States." Health Aff (Millwood) **28**(3): 689-700.

Placing people with mental illnesses in nursing homes is an important policy concern. Using nursing home Minimum Data Set assessments from 2005, we found much variation across states in both the rates of mental illness among nursing home admissions and the estimated rates of admission among people with mental illnesses. We also found that newly admitted people with mental illnesses were younger and more likely to become long-stay residents

than those admitted with other conditions. Taken together, these results suggest that state-level mental health and nursing home factors may influence the likelihood of long-term nursing home use for people with mental illnesses.

Tourtauchaux, R., Vaille-Perret, E., Pontonnier, A. L., et al. (2009). "Patients souffrant de schizophrénie en EHPAD : quel rôle pour l'équipe de psychiatrie de secteur ?" Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique **167**(6): 467-470.
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448709001863

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) accueillent des sujets âgés présentant des pathologies organiques et/ou psychiques de plus en plus nombreuses avec l'avancée en âge. Mais quelles sont les prises en charge proposées pour les résidants vivant en établissement depuis de nombreuses années et qui souffrent de pathologies chroniques psychiatriques telles la schizophrénie ? Hormis la problématique des traitements psychotropes et son corollaire iatrogène, quelles sont les difficultés rencontrées en établissement et quelles pistes de solutions peuvent être envisagées ? Quel rôle alors pour l'équipe de psychiatrie de secteur? Old people's homes take in elderly persons who present more and more organic and/or psychic pathologies as they grow older. But what is the care proposed for residents suffering from psychiatric chronic pathologies such as schizophrenia and living in these establishments for several years? What are the difficulties met in these establishments (except the problem of psychiatric treatment and its effects) and which solutions can be envisaged? What will then be the role for a regional psychiatric team?

2008

Ministère chargé de la santé (2008). Vieillissement et santé mentale : un état des lieux en 2007. Paris, DGOS

La question de la santé mentale des personnes vieillissantes a été inscrite parmi les priorités du plan "Psychiatrie et santé mentale 2005 - 2008" pour l'année 2008. En effet, la demande de la population vieillissante dans le champ de la santé mentale devrait s'accroître notablement en termes quantitatif et qualitatif dès la prochaine décennie. Ce rapport constitue une réflexion préalable à partir de laquelle pourra être élaboré un programme d'actions destiné à améliorer la prévention, le repérage et la prise en charge des troubles mentaux chez les personnes vieillissantes.

2007

Martens, P. J., Fransoo, R., Burland, E., et al. (2007). "Prevalence of mental illness and its impact on the use of home care and nursing homes: a population-based study of older adults in Manitoba." Can J Psychiatry **52**(9): 581-590.

OBJECTIVES: To determine the prevalence of mental illness in older adults and its effect on home care and personal care home (PCH) use. METHODS: Using nonidentifying administrative records (fiscal years 1997-1998 to 2001-2002) from the Population Health Research Data Repository housed at the Manitoba Centre for Health Policy, we determined the 5-year period prevalence for individuals aged 55 years and over (119 539 men and 145 752 women) for 3 mental illness categories: cumulative mental disorders (those having a diagnosis of depression, anxiety disorder, personality disorder, schizophrenia, and [or]

substance abuse), any mental illness, and dementia. We calculated age-specific and age-adjusted rates of home care and PCH use and the prevalence of mental illness in PCH residents. RESULTS: From the group aged 55 to 59 years to the group aged 90 years or older, the prevalence of mental illness increased with the population's age. The prevalence of any mental illness rose from 32.4% to 45.0% in men and from 42.6% to 51.9% in women, and dementia prevalence rose from 2.0% to 33.6% in men and from 1.3% to 40.3% in women. The age-adjusted annual rates of open home care cases per 1000 population aged 55 and older varied by mental illness grouping (no mental disorder, 57 for men and 91 for women; cumulative mental disorders, 162 for men and 191 for women; dementia, 300 for men and 338 for women). The age-adjusted rates of PCH use per 1000 population aged 75 years and older also varied by mental illness grouping (no mental disorder, 53 for men and 78 for women; cumulative mental disorders, 305 for men and 373 for women; dementia, 542 for men and 669 for women). Among patients admitted to (or resident in) a PCH in 2002-2003, 74.6% (87.1%) had a mental illness, and 46.0% (69.0%) had dementia. CONCLUSIONS: Mental illness affects the use of home care and nursing homes profoundly. Individuals with dementia used home care at 3 times the rate of those having no mental illness diagnosis, and they used PCHs at 8 times the rate.

2000

Mechanic, D. et McAlpine, D. D. (2000). "Use of nursing homes in the care of persons with severe mental illness: 1985 to 1995." Psychiatr Serv **51**(3): 354-358.

OBJECTIVE: The study examined patterns of care for persons with mental illness in nursing homes in the United States from 1985 to 1995. During that period resident populations in public mental hospitals declined, and legislation aimed at diverting psychiatric patients from nursing homes was enacted. METHODS: Estimates of the number of current residents with a mental illness diagnosis and those with a severe mental illness were derived from the 1985 and 1995 National Nursing Home Surveys and the 1987 and 1996 Medical Expenditure Surveys. Trends by age group and changes in the mentally ill population over this period were assessed. RESULTS: The number of nursing home residents diagnosed with dementia-related illnesses and depressive illnesses increased, but the number with schizophrenia-related diagnoses declined. The most substantial declines occurred among residents under age 65; more than 60 percent fewer had any primary psychiatric diagnosis or severe mental illness. CONCLUSIONS: These findings suggest a reduced role for nursing homes in caring for persons with severe mental illness, especially those who are young and do not have comorbid physical conditions. Overall, it appears that nursing homes play a relatively minor role in the present system of mental health services for all but elderly persons with dementia.

Cancer et santé mentale

Lien causal entre cancer et santé mentale

L'idée d'un lien causal entre un événement psychique et le déclenchement d'un cancer est largement répandue dans le public et parmi les médecins. Une revue de littérature parue en 2009[15] concernant les études épidémiologiques consacrées à ce sujet a été effectuée, avec une analyse des différents types d'études (méta-analyses, cas-témoins, cohortes) sur le rôle des événements difficiles de la vie (stress), des troubles de la personnalité et de la dépression dans l'apparition des cancers du sein et d'autres types de cancers. Il existe une grande hétérogénéité dans les études qui comportent des biais pouvant expliquer des résultats divergents. Ont été retenues dans cette analyse que les 32 études dont la méthodologie permet l'interprétation la moins biaisée possible. Au total, 18 études sur les 32 retenues ne montrent pas de lien entre facteurs psychologiques et risque de cancer, six travaux ne montrent une association que dans certains sous-groupes et quatre enquêtes, dont trois du même auteur, montrent une liaison inverse pour des cancers féminins. En ce qui concerne les éléments stressants de la vie et les cancers du sein, les résultats sont légèrement en faveur d'une augmentation du risque pour quatre études, mais sont contrebalancés par quatre autres études dont les résultats sont non significatifs et une qui montre une association en sens inverse. Pour les événements stressants de la vie en relation avec les autres cancers, les diverses analyses sont plutôt en faveur d'une absence de lien à l'exception, peut-être, des cancers en rapport avec l'environnement ostrogénique chez les femmes (cancer du côlon et de l'endomètre), où le stress apparaît protecteur. Aucune des études ne montre de lien significatif entre un trouble de la personnalité et le risque de cancer. Enfin, en ce qui concerne le lien entre dépression et risque de cancer, aucune conclusion ne peut être tirée. Dans l'état actuel des connaissances, il paraît difficile de conclure à la responsabilité des événements stressants de la vie, d'un type de personnalité particulier ou d'une dépression dans l'apparition de certains cancers.

2018

Borrull-Guardeno, J., Dominguez, A., Merizalde-Torres, M. H., et al. (2018). "Cervical Cancer Screening in Women With Severe Mental Disorders: An Approach to the Spanish Context." Cancer Nurs.

BACKGROUND: The incidence of invasive cervical cancer and its mortality have been reduced through primary and secondary prevention. Screening rates tend to be lower in vulnerable groups, such as people with severe mental disorders, who have a later detection of cancer and a higher mortality. The access of these women to cervical cancer screening is uncertain in our context. OBJECTIVE: The aim of this study was to determine the cervical cancer screening rates in women with severe mental disorders. METHODS: This was a descriptive cross-sectional study. Women 25 to 65 years old who were admitted during 2016 to the psychiatric unit of a public hospital in Spain were included in the study, and it was determined if they had had cervical cancer screening. RESULTS: A total of 103 eligible women, with a mean age of 45.6 years, were enrolled. Only 28 of the participants (27.2%) had had a cervical cancer screening done in the last 5 years. By age groups, statistically significant differences were found, with women between 35 and 44 years of age having higher rates of cervical cancer screening (41.9%) and the oldest, between 55 and 65 years of age, having the lowest (5%). CONCLUSIONS: Women with severe mental health disorders who were admitted to acute psychiatric care units had much lower cervical cancer screening rates compared with the general population. IMPLICATIONS FOR PRACTICE: Mental health nurses could be the optimum professionals to promote cancer primary and secondary prevention in women with mental disorders.

[15] Schraub, S., Sancho-Garnier, H. et Velten, M. (2009). "Existe-t-il un lien entre un événement psychique et le risque de survenue d'un cancer ?" Rev Epidemiol Sante Publique **57**(2)

Chen, L. Y., Hung, Y. N., Chen, Y. Y., et al. (2018). "Cancer incidence in young and middle-aged people with schizophrenia: nationwide cohort study in Taiwan, 2000-2010." Epidemiol Psychiatr Sci **27**(2): 146-156.

AIMS: For nearly a century, the incidence of cancer in people with schizophrenia was lower than in the general population. In the recent decade, the relationship between cancer and schizophrenia has become obscured. Thus, we investigated the cancer risk among young and middle-aged patients with schizophrenia. METHODS: Records of newly admitted patients with schizophrenia (n = 32 731) from January 2000 through December 2008 were retrieved from the Psychiatric Inpatient Medical Claims database in Taiwan, and the first psychiatric admission of each patient during the same period was defined as the baseline. We obtained 514 incident cancer cases that were monitored until December 2010. Standardised incidence ratios (SIRs) were calculated to compare the risk of cancer between those with schizophrenia and the general population. Stratified analyses of cancer incidences were performed by gender, site of cancers and duration since baseline (first psychiatric admission). RESULTS: The incidence of cancer for all sites was slightly higher than that of the general population for the period (SIR = 1.15 [95% CI 1.06-1.26], p = 0.001). Men had a significantly higher incidence of colorectal cancer (SIR = 1.48 [95% CI 1.06-2.06], p = 0.019). Women had a higher incidence of breast cancer (SIR = 1.47 [95% CI 1.22-1.78], p < 0.001). Intriguingly, the risk for colorectal cancer was more pronounced 5 years after the first psychiatric admission rather than earlier (SIR = 1.94 [1.36-2.75], p < 0.001) and so was the risk for breast cancer (SIR = 1.85 [1.38-2.48], p < 0.001). The cancer incidence was higher in patients with schizophrenia contradicting the belief that schizophrenia was protective of cancers. CONCLUSIONS: Our analyses suggest that men and women with schizophrenia were more vulnerable to certain types of cancers, which indicates the need for gender-specific cancer screening programs. The fact that risk of colorectal cancer was more pronounced 5 years after the first psychiatric admission could imply the impact of unhealthy lifestyles or the possibility of delayed diagnoses.

Dalton, S. O., Suppli, N. P., Ewertz, M., et al. (2018). "Impact of schizophrenia and related disorders on mortality from breast cancer: A population-based cohort study in Denmark, 1995-2011." Breast **40**: 170-176.

OBJECTIVES: To investigate overall and breast cancer-specific mortality in early-stage breast cancer patients with and without schizophrenia or related disorders. METHODS: We used Danish national registers to identify all women with no prior history of cancer or organic mental disorders, who were diagnosed with early-stage breast cancer 1995-2011. Logistic regression models were used to calculate the odds ratios (ORs) for not being allocated to guideline treatment. Cox regression models were used to compute hazard ratios (HRs) for overall and breast cancer-specific deaths among women allocated or not allocated to guideline treatment. RESULTS: We identified 56,152 women with early-stage breast cancer diagnosed in 1995-2011, of whom 499 women also had been diagnosed with schizophrenia or related disorders. The likelihood of women with schizophrenia or related disorders for not being allocated to guideline treatment was increased (adjusted OR, 1.50; 95% confidence interval (CI), 1.15-1.94). The adjusted HR for all-cause mortality was 1.55; 95% CI, 1.32-1.82 and 1.12 (95% CI, 0.98-1.50) for breast cancer-specific mortality; women allocated to guideline treatment had an adjusted HR for breast cancer-specific death of 1.42 (95% CI, 1.11-1.82). The adjusted HR for death due to unnatural causes was 3.67 (95% CI, 1.80-7.35). CONCLUSION: The survival of women with schizophrenia or related disorders after breast cancer is significantly worse than that of women without these disorders. These patients are less likely to be allocated to guideline treatment, and, among those who are, mortality from both breast cancer and other causes is increased.

Ho, V. P., Steinhagen, E., Angell, K., et al. (2018). "Psychiatric disease in surgically treated colorectal cancer patients." J Surg Res **223**: 8-15.

BACKGROUND: Underlying psychiatric conditions may affect outcomes of surgical treatment for colorectal cancer (CRC) because of complex clinical presentation and treatment considerations. We hypothesized that patients with psychiatric illness (PSYCH) would have evidence of advanced disease at presentation, as manifested by higher rates of colorectal surgery performed in the presence of obstruction, perforation, and/or peritonitis (OPP-surgery). MATERIALS AND METHODS: Using data from the 2007-2011 National Inpatient Sample, we identified patients with a diagnosis of CRC undergoing colorectal surgery. In addition to somatic comorbid conditions flagged in the National Inpatient Sample, we used the Clinical Classification Software to identify patients with PSYCH, including schizophrenia, delirium/dementia, developmental disorders, alcohol/substance abuse, and other psychiatric conditions. Our study outcome was OPP-surgery. In addition to descriptive analysis, we conducted multivariable logistic regression analysis to analyze the independent association between each of the PSYCH conditions and OPP-surgery, after adjusting for patient demographics and somatic comorbidities. RESULTS: Our study population included 591,561 patients with CRC and undergoing colorectal cancer surgery, of whom 60.6% were aged 65 years or older, 49.4% were women, and 6.3% had five or more comorbid conditions. Then, 17.9% presented with PSYCH. The percent of patients undergoing OPP-surgery was 13.9% in the study population but was significantly higher for patients with schizophrenia (19.3%), delirium and dementia (18.5%), developmental disorders (19.7%), and alcohol/substance abuse (19.5%). In multivariable analysis, schizophrenia, delirium/dementia, and alcohol/substance abuse were each independently associated with increased rates of OPP-surgery. CONCLUSIONS: Patients with PSYCH may have obstacles in receiving optimal care for CRC. Those with PSYCH diagnoses had significantly higher rates of OPP-surgery. Additional evaluation is required to further characterize the clinical implications of advanced disease presentation for patients with PSYCH diagnoses and colorectal cancer.

Huang, H. K., Wang, Y. W., Hsieh, J. G., et al. (2018). "Disparity of end-of-life care in cancer patients with and without schizophrenia: A nationwide population-based cohort study." Schizophr Res **195**: 434-440.

BACKGROUND: Cancer patients with schizophrenia may face disparities in end-of life care, and it is unclear whether schizophrenia affects their medical care and treatment. METHODS: We conducted a nationwide population-based cohort study based on the National Health Insurance Research Database of Taiwan. The study population included patients >20years old who were newly diagnosed as having one of six common cancers between 2000 and 2012 (schizophrenia cohort: 1911 patients with both cancer and schizophrenia; non-schizophrenia cohort: 7644 cancer patients without schizophrenia). We used a multiple logistic regression model to analyze the differences in medical treatment between the two cohorts in the final 1 and 3months of life. RESULTS: In the 1month before death, there was higher intensive care unit utilization in the schizophrenia group [odd ratio (OR)=1.21, 95% confidence interval (CI)=1.07-1.36] and no significant differences between the groups in-hospital stay length or hospice care. The schizophrenia patients received less chemotherapy (OR=0.60, 95% CI=0.55-0.66) but more invasive interventions, such as cardiopulmonary resuscitation (OR=1.34, 95% CI=1.15-1.57). Advanced diagnostic examinations, such as computed tomography/magnetic resonance imaging/sonography (OR=0.80, 95% CI=0.71-0.89), were used less often for the schizophrenia patients. The 1- and 3-month prior to death results were similar. CONCLUSION: End-of-life cancer patients with schizophrenia underwent more frequent invasive treatments but less chemotherapy and examinations. Treatment plans/advance directives should be

discussed with patients/families early to enhance end-of-life care quality and reduce health care disparities caused by schizophrenia.

Inagaki, M., Fujiwara, M., Nakaya, N., et al. (2018). "Low Cancer Screening Rates among Japanese People with Schizophrenia: A Cross-Sectional Study." Tohoku J Exp Med **244**(3): 209-218.

Health care disparities among people with schizophrenia is a global concern. Our previous study revealed cancer screening rates in Japanese people with schizophrenia lower than rates of approximately 40% of the general population. However, that study was based on self-reports, which can be inaccurate, and rates did not differentiate the types of cancer screening provider (i.e., municipal screening, collective opportunistic screening, and individual opportunistic screening). This study aimed to investigate records-based cancer screening rates, focusing on participation rates of people with schizophrenia who are subject to municipal cancer screening programs. We conducted a cross-sectional study at a psychiatric hospital outpatient clinic from September to November 2016. We randomly extracted 420 potential participants from among 680 eligible patients and asked them to participate. We then selected subgroups of participants living in Okayama city who were enrolled in the National Health Insurance or Public Assistance systems and were subject to colorectal, gastric, lung, breast, or cervical cancer screening provided by Okayama city (n = 97, 96, 97, 42, and 64, respectively). Participation in cancer screenings was assessed based on local government records. Municipal cancer screening rates were as follows: 13.4% (95% confidence interval: 6.6%-20.2%) for colorectal, 7.3% (2.1%-12.5%) for gastric, 16.5% (9.1%-23.9%) for lung, 21.4% (9.0%-33.8%) for breast, and 14.1% (5.6%-22.6%) for cervical cancers. The findings demonstrated extremely low cancer screening rates among people with schizophrenia subject to municipal cancer screenings in Japan. A strategy to promote municipal cancer screening for people with schizophrenia is needed.

Kahan, N. R., Silverman, B., Liphshitz, I., et al. (2018). "No apparent association between bipolar disorder and cancer in a large epidemiological study of outpatients in a managed care population." Int Clin Psychopharmacol **33**(2): 73-78.

An association between bipolar disorder (BD) and cancer risk has been reported. The purpose of this study was to investigate this association through linkage analysis of a national HMO database and a national cancer registry. All members of the Leumit Health Services (LHS) HMO of Israel from 2000 to 2012 were included. Members with a recorded diagnosis of BD and a record of at least one written or dispensed prescription for pharmacotherapy for treatment of BD were classified as patients with BD. We linked the LHS population with the Israel National Cancer Registry database to capture all cases of cancer reported. Standardized incidence ratios (SIRs) for cancer in the BD population as compared with non-BD LHS members were calculated. A total of 870 323 LHS members were included in the analysis; 3304 of whom met the criteria for inclusion in the BD arm. We identified 24 515 and 110 cancer cases among members without BD and with BD, respectively. Persons with BD were no more likely than other HMO members to be diagnosed with cancer during the follow-up period [SIR, males=0.91, 95% confidence interval (CI): 0.66-1.22; SIR, females=1.15, 95% CI: 0.89-1.47]. Sensitivity analysis using different criteria for positive BD classification (lithium treatment alone or registered physician diagnosis) had no effect on the estimate of cancer risk. A nonstatistically significant association between breast cancer and BD among women was observed (SIR=1.24, 95% CI: 0.79-1.86). These findings do not corroborate previously reported associations between BD and elevated cancer risk.

Kuppili, P. P. et Nebhinani, N. (2018). "Deciphering the paradoxical incidence of cancer in schizophrenia." Australas Psychiatry: 1039856218797439.

OBJECTIVES: The incidence of cancer in schizophrenia has been an area of controversy. The current article aims to provide a commentary outlining the contradictory findings of incidence of cancer in schizophrenia as well as discuss the available theories linking cancer with schizophrenia and address the methodological issues of the studies which could lead to the discrepant findings. METHOD: A literature search was carried out primarily using the electronic database of MEDLINE through PubMed using the search terms 'cancer' and 'schizophrenia'. Google Scholar was used to supplement the search. RESULTS: The findings were inconclusive, with studies documenting increased, decreased as well as no risk of cancer in patients with schizophrenia, compared with the general population. Several methodological limitations exist with regard to measures of assessment, sample size and selection bias. CONCLUSIONS: The association between cancer and schizophrenia remains controversial. Genetic as well as environmental theories exist explaining the paradoxical incidence of cancer in schizophrenia. The methodological factors could contribute to the discrepant findings.

Lamontagne-Godwin, F., Burgess, C., Clement, S., et al. (2018). "Interventions to increase access to or uptake of physical health screening in people with severe mental illness: a realist review." BMJ Open **8**(2): e019412.

OBJECTIVES: To identify and evaluate interventions aimed at increasing uptake of, or access to, physical health screening by adults with severe mental illness; to examine why interventions might work. DESIGN: Realist review. SETTING: Primary, secondary and tertiary care. RESULTS: A systematic search identified 1448 studies, of which 22 met the inclusion criteria. Studies were from Australia (n=3), Canada (n=1), Hong Kong (n=1), UK (n=11) and USA (n=6). The studies focused on breast cancer screening, infection preventive services and metabolic syndrome (MS) screening by targeting MS-related risk factors. The interventions could be divided into those focusing on (1) health service delivery changes (12 studies), using quality improvement, randomised controlled trial, cluster randomised feasibility trial, retrospective audit, cross-sectional study and satisfaction survey designs and (2) tests of tools designed to facilitate screening (10 studies) using consecutive case series, quality improvement, retrospective evaluation and pre-post audit study designs. All studies reported improved uptake of screening, or that patients had received screening they would not have had without the intervention. No estimation of overall effect size was possible due to heterogeneity in study design and quality. The following factors may contribute to intervention success: staff and stakeholder involvement in screening, staff flexibility when taking physical measurements (eg, using adapted equipment), strong links with primary care and having a pharmacist on the ward. CONCLUSIONS: A range of interventions may be effective, but better quality research is needed to determine any effect size. Researchers should consider how interventions may work when designing and testing them in order to target better the specific needs of this population in the most appropriate setting. Behaviour-change interventions to reduce identified barriers of patient and health professional resistance to screening this population are required. Resource constraints, clarity over professional roles and better coordination with primary care need to be addressed.

Li, H., Li, J., Yu, X., et al. (2018). "The incidence rate of cancer in patients with schizophrenia: A meta-analysis of cohort studies." Schizophr Res **195**: 519-528.

BACKGROUND: Numerous studies report that cancer prevalence in patients with schizophrenia might be different from the general population, but findings remain controversial. AIM: Our updated meta-analysis of cohort studies aims to analyze the data from cohort studies concerning the incidence risk of overall cancer and some site-specific

cancers in patients with schizophrenia. METHOD: We performed a systemic search through electronic databases. Cohort studies evaluating and describing the cancer incidence among patients with schizophrenia were included. Pooled risk ratios (RRs) were calculated for assessing the incidence risk of cancer. RESULTS: There were 16 cohort studies included in this meta-analysis, which combined a total of 480,356 participants with schizophrenia and 41,999 cases of cancer. Results showed that there was a slight significant decreased overall risk ratio of cancer incidence among patients with schizophrenia (RR=0.90, 95% CI 0.81-0.99). When stratified by cancer site and gender, there were significant decreased incidence risk rates of colorectal cancer (RR=0.82, 95% CI 0.69-0.98) and prostate cancer (RR=0.55, 95% CI 0.42-0.71) in those patients, moreover, the incidence rate of colorectal cancer decreased significantly in male patients (RR=0.89, 95% CI 0.81-0.98), and the incidence rate of lung cancer increased significantly in female patients (RR=1.12, 95% CI 1.01-1.25). CONCLUSIONS: The incidence risk of some cancers was reduced in patients with schizophrenia. Gender and type of cancer were two important confounding factors contributed to the heterogeneity that required adjustment in our cancer incidence meta-analysis.

Manderbacka, K., Arffman, M., Lumme, S., et al. (2018). "The effect of history of severe mental illness on mortality in colorectal cancer cases: a register-based cohort study." Acta Oncol **57**(6): 759-764.

BACKGROUND: While the link between mental illness and cancer survival is well established, few studies have focused on colorectal cancer. We examined outcomes of colorectal cancer among persons with a history of severe mental illness (SMI). MATERIAL AND METHODS: We identified patients with their first colorectal cancer diagnosis in 1990-2013 (n = 41,708) from the Finnish Cancer Registry, hospital admissions due to SMI preceding cancer diagnosis (n = 2382) from the Hospital Discharge Register and deaths from the Causes of Death statistics. Cox regression models were used to study the impact on SMI to mortality differences. RESULTS: We found excess colorectal cancer mortality among persons with a history of psychosis and with substance use disorder. When controlling for age, comorbidity, stage at presentation and treatment, excess mortality risk among men with a history of psychosis was 1.72 (1.46-2.04) and women 1.37 (1.20-1.57). Among men with substance use disorder, the excess risk was 1.22 (1.09-1.37). CONCLUSION: Understanding factors contributing to excess mortality among persons with a history of psychosis or substance use requires more detailed clinical studies and studies of care processes among these vulnerable patient groups. Collaboration between patients, mental health care and oncological teams is needed to improve outcomes of care.

Toender, A., Munk-Olsen, T., Vestergaard, M., et al. (2018). "Impact of severe mental illness on cancer stage at diagnosis and subsequent mortality: A population-based register study." Schizophr Res.

BACKGROUND: Excess mortality in individuals with severe mental illness (SMI) is often explained by physical comorbidity and suboptimal healthcare. Cancer is a prevalent cause of death, and tumour stage at diagnosis is a strong predictor of mortality. We aimed to study cancer incidence, disease stage at diagnosis and subsequent mortality in individuals with SMI compared to individuals without SMI. METHODS: The entire Danish population was followed in 1978-2013 using nationwide registries. Cancer incidence and subsequent mortality stratified by disease stage were compared in individuals with and without SMI. Cox regression was used to estimate incidence rate ratios (IRR) and mortality rate ratios (MRR). Cancer was examined overall and grouped by major aetiological factors. RESULTS: The overall cancer incidence rate was lower in males with SMI than in males without SMI; IRR=0.89 (95% CI: 0.85-0.94), but rates were similar in females with SMI and without SMI; IRR=1.03 (95% CI:

0.99-1.07). The overall mortality rate was higher in individuals with SMI than those without; MRR=1.56 (95% CI: 1.48-1.64) for males and MRR=1.49 (95% CI: 1.43-1.56) for females. Incidence rates and mortality rates showed similar estimates when stratified by tumour stage and aetiology. CONCLUSIONS: We found lower cancer incidence in males with SMI compared to males without SMI and similar incidence in the two groups of women. Higher subsequent mortality was found in both sexes with SMI. The excess mortality was not explained by more advanced stages of cancer; future studies should evaluate the effect of cancer treatment and rehabilitation.

Tylec, A., Dubas-Slemp, H., Wojcicka, A., et al. (2018). "The difficulties of secondary prophylaxis of cervical cancer in women suffering from paranoid schizophrenia - a case study." Psychiatr Pol **52**(2): 251-259.

Cervical cancer constitutes 5.32% of all malignant neoplasm cases, it is the sixth most common condition of the cancer type and it is an important problem because of its medical, epidemiological and social implications. The aim of primary prophylaxis is to reduce the number of new cases, while secondary prophylaxis is to provide early diagnoses and treatment of cancer cases. The aim of this work is to present the case of 55-year-old woman treated with chronic paranoid schizophrenia whose gynecologist refused to collect biological material for cytological evaluation. The patient was diagnosed with carcinoma planoepitheliale (G2), then treated surgically and qualified for adjuvant-radiological treatment. Despite the good mental state and a psychiatrists' statement (treating the patient for many years) of the absence of contraindications for hospitalization, a gynecologist-oncologist refused to admit the patient to the ward in fear of a threat to other patients and decided on outpatient palliative treatment of the patient. Finally, radiologist-oncologist performed the complete cycle of irradiation in order to cure the patient. While looking for possible reasons of cervical cancer development in individuals with psychotic disorders, all the possible carcinogenic factors have to be taken into account. Nulliparous women and virgins treated for mental illness must not be denied screening examinations related to cervical cancer. Despite the changes, also related to the implementation of the mental health program, people with mental disorders with underlying physical illness are still stigmatized, even by a higher medical personnel. Moreover, mentally ill patients are denied proper treatment in accordance with the current state of medical knowledge.

Yung, A. R. et Firth, J. (2018). "Women with schizophrenia are at increased risk of breast cancer." Evid Based Ment Health **21**(3): e13.

Zhuo, C. et Triplett, P. T. (2018). "Association of Schizophrenia With the Risk of Breast Cancer Incidence: A Meta-analysis." JAMA Psychiatry **75**(4): 363-369.

Importance: Patients with schizophrenia are considered to have many risk factors for the development of cancer. However, the incidence of breast cancer in women with schizophrenia compared with the general population remains uncertain. Objective: To perform an updated meta-analysis to evaluate the association between schizophrenia and the risk of breast cancer. Data Sources: A systematic search of the PubMed and EMBASE databases was conducted using the search terms schizophrenia, schizophrenic, psychosis, combined with breast and cancer, tumor, neoplasm, or carcinoma. The final literature search was performed on August 15, 2017. Study Selection: Cohort studies reporting the standardized incidence ratio (SIR) for the risk of breast cancer in women with schizophrenia compared with the general population. Data Extraction and Synthesis: The meta-analysis adhered to Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology and the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Data extraction was performed

independently. A random-effects model was used to pool the results, and a recently proposed prediction interval was calculated to describe the heterogeneity. Main Outcomes and Measures: The SIR for the risk of breast cancer in women with schizophrenia compared with the general population or those without schizophrenia. Results: Twelve cohorts including 125760 women were included in this meta-analysis. The results of the meta-analysis showed that schizophrenia was associated with a significantly increased risk of breast cancer incidence in women (SIR, 1.31; 95% CI, 1.14-1.50; P < .001), with significant heterogeneity (P < .001; I2 = 89%). Substantial between-study variance was also suggested by the wide prediction interval (0.81-2.10), which indicated that it is possible that a future study will show a decreased breast cancer risk in women with schizophrenia compared with the general population. The subgroup analysis results showed that the association was not significantly affected by whether breast cancer cases were excluded at baseline or the sample size of the included studies. Conclusions and Relevance: The incidence of breast cancer in women with schizophrenia is higher than that of the general female population. However, significant heterogeneity exists among the included studies. Women with schizophrenia deserve intensive prevention and treatment of breast cancer.

Zuber, V., Jonsson, E. G., Frei, O., et al. (2018). "Identification of shared genetic variants between schizophrenia and lung cancer." Sci Rep **8**(1): 674.

Epidemiology studies suggest associations between schizophrenia and cancer. However, the underlying genetic mechanisms are not well understood, and difficult to identify from epidemiological data. We investigated if there is a shared genetic architecture between schizophrenia and cancer, with the aim to identify specific overlapping genetic loci. First, we performed genome-wide enrichment analysis and second, we analyzed specific loci jointly associated with schizophrenia and cancer by the conjunction false discovery rate. We analyzed the largest genome-wide association studies of schizophrenia and lung, breast, prostate, ovary, and colon-rectum cancer including more than 220,000 subjects, and included genetic association with smoking behavior. Polygenic enrichment of associations with lung cancer was observed in schizophrenia, and weak enrichment for the remaining cancer sites. After excluding the major histocompatibility complex region, we identified three independent loci jointly associated with schizophrenia and lung cancer. The strongest association included nicotinic acetylcholine receptors and is an established pleiotropic locus shared between lung cancer and smoking. The two other loci were independent of genetic association with smoking. Functional analysis identified downstream pleiotropic effects on epigenetics and gene-expression in lung and brain tissue. These findings suggest that genetic factors may explain partly the observed epidemiological association of lung cancer and schizophrenia.

2017

Catala-Lopez, F., Hutton, B., Driver, J. A., et al. (2017). "Cancer and central nervous system disorders: protocol for an umbrella review of systematic reviews and updated meta-analyses of observational studies." Syst Rev **6**(1): 69.

BACKGROUND: The objective of this study will be to synthesize the epidemiological evidence and evaluate the validity of the associations between central nervous system disorders and the risk of developing or dying from cancer. METHODS/DESIGN: We will perform an umbrella review of systematic reviews and conduct updated meta-analyses of observational studies (cohort and case-control) investigating the association between central nervous system disorders and the risk of developing or dying from any cancer or specific types of cancer.

Searches involving PubMed/MEDLINE, EMBASE, SCOPUS and Web of Science will be used to identify systematic reviews and meta-analyses of observational studies. In addition, online databases will be checked for observational studies published outside the time frames of previous reviews. Eligible central nervous system disorders will be Alzheimer's disease, anorexia nervosa, amyotrophic lateral sclerosis, autism spectrum disorders, bipolar disorder, depression, Down's syndrome, epilepsy, Huntington's disease, multiple sclerosis, Parkinson's disease and schizophrenia. The primary outcomes will be cancer incidence and cancer mortality in association with a central nervous system disorder. Secondary outcome measures will be site-specific cancer incidence and mortality, respectively. Two reviewers will independently screen references identified by the literature search, as well as potentially relevant full-text articles. Data will be abstracted, and study quality/risk of bias will be appraised by two reviewers independently. Conflicts at all levels of screening and abstraction will be resolved through discussion. Random-effects meta-analyses of primary observational studies will be conducted where appropriate. Parameters for exploring statistical heterogeneity are pre-specified. The World Cancer Research Fund (WCRF)/American Institute for Cancer Research (AICR) criteria and the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) approach will be used for determining the quality of evidence for cancer outcomes. DISCUSSION: Our study will establish the extent of the epidemiological evidence underlying the associations between central nervous system disorders and cancer and will provide a rigorous and updated synthesis of a range of important site-specific cancer outcomes. SYSTEMATIC REVIEW REGISTRATION: PROSPERO CRD42016052762.

Hwong, A. R. et Mangurian, C. (2017). "Improving Breast Cancer Screening and Care for Women With Severe Mental Illness." J Clin Oncol **35**(36): 3996-3998.

Irwin, K. E., Park, E. R., Shin, J. A., et al. (2017). "Predictors of Disruptions in Breast Cancer Care for Individuals with Schizophrenia." Oncologist **22**(11): 1374-1382.

BACKGROUND: Patients with schizophrenia experience markedly increased breast cancer mortality, yet reasons for this disparity are poorly understood. We sought to characterize disruptions in breast cancer care for patients with schizophrenia and identify modifiable predictors of those disruptions. MATERIALS AND METHODS: We performed a medical record review of 95 patients with schizophrenia and breast cancer treated at an academic cancer center between 1993 and 2015. We defined cancer care disruptions as processes that interfere with guideline-concordant cancer care, including delays to diagnosis or treatment, deviations from stage-appropriate treatment, and interruptions in treatment. We hypothesized that lack of psychiatric treatment at cancer diagnosis would be associated with care disruptions. RESULTS: Half of patients with schizophrenia experienced at least one breast cancer care disruption. Deviations in stage-appropriate treatment were associated with breast cancer recurrence at 5 years ($p = .045$). Patients without a documented psychiatrist experienced more delays ($p = .016$), without documented antipsychotic medication experienced more deviations ($p = .007$), and with psychiatric hospitalizations after cancer diagnosis experienced more interruptions ($p < .0001$). Independent of stage, age, and documented primary care physician, lack of documented antipsychotic medication (odds ratio [OR] = 4.97, 95% confidence interval [CI] = 1.90, 12.98) and psychiatric care (OR = 4.56, 95% CI = 1.37, 15.15) predicted cancer care disruptions. CONCLUSION: Disruptions in breast cancer care are common for patients with schizophrenia and are associated with adverse outcomes, including cancer recurrence. Access to psychiatric treatment at cancer diagnosis may protect against critical disruptions in cancer care for this underserved population. IMPLICATIONS FOR PRACTICE: Disruptions in breast cancer care are common for patients with schizophrenia, yet access to mental health treatment is rarely integrated into

cancer care. When oncologists documented a treating psychiatrist and antipsychotic medication, patients had fewer disruptions in breast cancer care after adjusting for age, cancer stage, and access to primary care. Addressing psychiatric comorbidity at breast cancer diagnosis may increase the likelihood that patients with schizophrenia receive timely, stage-appropriate cancer treatment. Comanagement of schizophrenia and breast cancer at cancer diagnosis may be one key strategy to decrease inequities in cancer treatment and improve cancer survival in this underserved population.

James, M., Thomas, M., Frolov, L., et al. (2017). "Rates of Cervical Cancer Screening Among Women With Severe Mental Illness in the Public Health System." Psychiatr Serv **68**(8): 839-842.

OBJECTIVE: This study aimed to determine cervical cancer screening rates among women with severe mental illness. METHODS: California Medicaid administrative records (2010-2011) for 31,308 women with severe mental illness were examined. Participants received specialty mental health services and were not dually eligible for Medicare. Poisson models assessed association between selected predictors and cervical cancer screening. RESULTS: Overall, 20.2% of women with severe mental illness received cervical cancer screening during the one-year period. Compared with white women, Asian women (adjusted risk ratio [ARR]=1.23), black women (ARR=1.10), and Hispanic women (ARR=1.11) (p<.001) were more likely to have been screened. Women ages 28-37 were more likely than those ages 18-27 to have been screened (ARR=1.31, p<.001). Evidence of other health care use was the strongest predictor of screening (ARR=3.07, p<.001). CONCLUSIONS: Most women in the sample were not regularly screened for cervical cancer. Cervical cancer screening for this high-risk population should be prioritized.

Jayatilleke, N., Hayes, R. D., Dutta, R., et al. (2017). "Contributions of specific causes of death to lost life expectancy in severe mental illness." Eur Psychiatry **43**: 109-115.

The life expectancy gap between people with severe mental illness (SMI) and the general population persists and may even be widening. This study aimed to estimate contributions of specific causes of death to the gap. Age of death and primary cause of death were used to estimate life expectancy at birth for people with SMI from a large mental healthcare case register during 2007-2012. Using data for England and Wales in 2010, death rates in the SMI cohort for each primary cause of death category were replaced with gender- and age-specific norms for that cause. Life expectancy in SMI was then re-calculated and, thus, the contribution of that specific cause of death estimated. Natural causes accounted for 79.2% of lost life-years in women with SMI and 78.6% in men. Deaths from circulatory disorders accounted for more life-years lost in women than men (22.0% versus 17.4%, respectively), as did deaths from cancer (8.1% versus 0%), but the contribution from respiratory disorders was lower in women than men (13.7% versus 16.5%). For women, cancer contributed more in those with non-affective than affective disorders, while suicide, respiratory and digestive disorders contributed more in those with affective disorders. In men, respiratory disorders contributed more in non-affective disorders. Other contributions were similar between gender and affective/non-affective groups. Loss of life expectancy in people with SMI is accounted for by a broad range of causes of death, varying by gender and diagnosis. Interventions focused on multiple rather than individual causes of death should be prioritised accordingly.

Reich, M. et Kotecki, N. (2017). "[Bipolar disorders in oncology: Characteristics and management]." Bull Cancer **104**(5): 442-451.

Bipolar disorders belong to the spectrum of mood disorders and represent a serious

psychiatric comorbidity. Behaviors adopted by bipolar patients can foster cancer occurrence but also impact its management, especially during acute depressive or manic episode. Oncologists must adapt their protocols in order to obtain the best compliance for treatment and avoid any possible mood destabilization, with the inherent risk of suicidal attempt. Potential interactions between mood-stabilizing agents (lithium, divalproate, atypical antipsychotics, and anticonvulsivants) and oncologic treatment (chemotherapy, targeted therapy, immunotherapy, corticotherapy) will be particularly watched. To do so, a closely collaboration with the oncopsychiatrist but also with the referent or liaison psychiatry team is necessary during the patient's oncologic care. Some clinical vignettes will illustrate the modalities of care of bipolar disorders in oncology.

Shinden, Y., Kijima, Y., Hirata, M., et al. (2017). "Clinical characteristics of breast cancer patients with mental disorders." Breast **36**: 39-43.

BACKGROUND: Severe mental disorders are thought to affect the diagnosis and treatment of breast cancer because of their lower awareness and understanding of the disease and their reduced ability to cooperate with medical staff. We analyzed the clinical features of patients with breast cancer and pre-existing mental disorders such as schizophrenia, dementia, and intellectual disability. PATIENTS AND METHODS: We reviewed the records of 46 patients who were diagnosed with schizophrenia, dementia, or intellectual disability, before being diagnosed with breast cancer. Three patients had more than 2 mental disorders. All patients underwent curative surgical treatment between September 1992 and January 2015. Patients' clinicopathological information was compared with a control group of 727 breast-cancer patients without mental disorders seen during the same period. RESULTS: Patients with mental disorders were less likely to be aware of their own breast cancer; the lesions were often found by other people such as family, care staff, and medical staff. Breast cancer patients with mental disorders had significantly more advanced T factors and overall stage at the time of surgery than their counterparts without mental illness, more patients underwent total mastectomy, and fewer patients underwent postoperative adjuvant chemotherapy and radiation. Biological markers such as estrogen receptor, progesterone receptor, and human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) expression were not significantly different between groups. Disease-free survival and overall survival were not significantly different between groups. CONCLUSION: Patients with mental disorders receive less postoperative adjuvant chemotherapy; however, their outcomes were not worse than those of patients without mental disorders.

Wu Chou, A. I., Wang, Y. C., Lin, C. L., et al. (2017). "Female schizophrenia patients and risk of breast cancer: A population-based cohort study." Schizophr Res **188**: 165-171.

OBJECTIVE: Breast cancer is the most common type of cancer in women. This population-based cohort study aimed to examine the association between breast cancer in female schizophrenia patients and its association with the use of antipsychotics drugs. METHODS: All study subjects were selected from the Taiwan Insurance Claims Data (1998-2008). We compared the risk for breast cancer between female schizophrenia patients receiving antipsychotics (n=29,641) with female patients without any serious mental illnesses nor receiving antipsychotic drugs (n=59,282). We also compared between patients on 1) first-generation antipsychotics (FGAs) alone; 2) combination of first and second generation antipsychotics (SGAs); and 3) SGAs alone. We then stratified those on SGAs into two subgroups according to their prolactin-elevating properties: risperidone (RIS), paliperidone (PAL) or amisulpride (AMI) and all other SGAs. RESULTS: After adjusting for confounding factors, the risk of breast cancer in female schizophrenia patients was 1.94 higher than the non-schizophrenia cohort (aHR: 1.94, 95% CI: 1.43-2.63). Schizophrenia patients receiving a

combination of FGAs and SGAs had a slightly higher risk of breast cancer than non-schizophrenic patients (aHR: 2.17, 95% CI: 1.56-3.01). Patients on RIS, PAL, and AMI had a 1.96-fold risk of breast cancer compared to the non-schizophrenic cohort (95% CI: 1.36-2.82). CONCLUSIONS: This study raises awareness among both clinicians and patients about the importance of breast cancer screening and the promotion of healthy lifestyle choices. Due to the nature of our database, confounding factors - such as parity, obesity, hormone therapy, and smoking - could not be controlled for.

Xu, D., Chen, G., Kong, L., et al. (2017). "Lower risk of liver cancer in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of cohort studies." Oncotarget **8**(60): 102328-102335.

Previous studies regarding the association between schizophrenia and the subsequent risk of liver cancer have shown inconsistent results. We aimed to perform a systematic review and meta-analysis to evaluate the association between schizophrenia and liver cancer incidence. We systematically searched the PubMed and Embase electronic databases for cohort studies reporting the standardized incidence ratio (SIR) for the risk of liver cancer in patents with schizophrenia as compared with the general population. A random-effects model was used to analyze the data. Stratified analyses were performed according to the gender of the patients. Seven studies comprising 312,834 patients with schizophrenia were included. During follow-up, 581 liver cancer cases were confirmed. The meta-analysis results showed that schizophrenia was associated with a trend of a lower liver cancer incidence (SIR: 0.83, 95% confidence interval [CI]: 0.66-1.04, p = 0.10) with significant heterogeneity (I(2) = 81%). Sensitivity analysis of five cohorts of patients with cancer events before the diagnosis of schizophrenia indicated that schizophrenia was associated with a significantly lower incidence of liver cancer (SIR: 0.76, 95% CI: 0.61-0.96, p = 0.02; I(2) = 84%). The reduction of a subsequent incidence of liver cancer was significant in male patients with schizophrenia (SIR: 0.71, p = 0.005), and a trend of a reduced risk of liver cancer was also detected in female patients (SIR: 0.83, p = 0.12). Significant publication bias was detected. However, "trim and fill" analyses by including the imputed unpublished studies showed similar results. In summary, schizophrenia may be protective against the incidence of liver cancer.

Zhu, J., Fang, F., Sjolander, A., et al. (2017). "First-onset mental disorders after cancer diagnosis and cancer-specific mortality: a nationwide cohort study." Ann Oncol **28**(8): 1964-1969.

Background: The diagnosis of cancer is strongly associated with the risk of mental disorders even in patients with no previous history of mental disorders. Accumulating data suggest that mental distress may accelerate tumor progression. We hypothesized therefore that mental disorders after a cancer diagnosis may increase the risk of cancer-specific mortality. Patients and methods: We conducted a nationwide cohort study including 244 261 cancer patients diagnosed in Sweden during 2004-2009 and followed them through 2010. Through the Swedish Patient Register, we obtained clinical diagnoses of all mental disorders and focused on mood-, anxiety-, and substance abuse disorders (ICD10: F10-F16, F18-F19, F32-F33, F40-F41, and F43-45) that are commonly diagnosed among patients with cancer. We further classified the studied mental disorders into first-onset or recurrent mental disorders. We used Cox regression to estimate multivariable hazard ratios (HRs) with 95% confidence intervals (CIs) as a measure of the association between mental disorders after cancer diagnosis and cancer-specific mortality, adjusting for age, sex, calendar period, educational level, cancer stage, and cancer type at diagnosis. Results: After cancer diagnosis, 11 457 patients were diagnosed with mood-, anxiety-, and substance abuse disorders; of which 7236 were first-onset mental disorders. Patients with a first-onset mental disorder were at increased risk of cancer-specific mortality (HR: 1.82, 95% CI: 1.71-1.92) while patients with a recurrent mental disorder had much lower risk elevation (HR: 1.14, 95% CI: 1.05-1.24). The

increased cancer-specific mortality by first-onset mental disorders was observed for almost all cancer sites/groups and the association was stronger for localized cancers (HR: 2.00, 95% CI: 1.73-2.31) than for advanced cancers (HR: 1.49, 95% CI: 1.32-1.69). Conclusions: Patients with a first-onset common mood-, anxiety-, or substance abuse disorder after cancer diagnosis may be at increased risk of cancer-specific death.

Zhuo, C., Tao, R., Jiang, R., et al. (2017). "Cancer mortality in patients with schizophrenia: systematic review and meta-analysis." Br J Psychiatry **211**(1): 7-13.

Previous studies have reported conflicting results on the association between schizophrenia and cancer mortality. To summarise available evidence and quantify the association between schizophrenia and cancer mortality using meta-analysis. We systematically searched literature in the PubMed and Embase databases. Risk estimates and 95% confidence intervals reported in individual studies were pooled using the DerSimonian-Laird random-effects model. Results We included 19 studies in the meta-analysis. Among them, 15 studies reported standardised mortality ratios (SMRs) comparing patients with schizophrenia with the general population, and the pooled SMR was 1.40 (95% CI 1.29-1.52, P < 0.001). The other four studies reported hazard ratios (HRs) comparing individuals with schizophrenia with those without schizophrenia; the pooled HR was 1.51 (95% CI 1.13-2.03, P = 0.006).Conclusions Patients with schizophrenia are at a significantly increased risk of cancer mortality compared with the general population or individuals without schizophrenia.

2016

Bradford, D. W., Goulet, J., Hunt, M., et al. (2016). "A Cohort Study of Mortality in Individuals With and Without Schizophrenia After Diagnosis of Lung Cancer." J Clin Psychiatry **77**(12): e1626-e1630.

OBJECTIVE: Individuals with serious mental illness have increased mortality relative to those without these illnesses. Although cancer is a leading cause of death, few studies have evaluated potential disparities relative to mortality for individuals with serious mental illness who are diagnosed with cancer. In this study, we evaluated mortality after diagnosis of a common malignancy (lung cancer) in a prototypical serious mental illness (schizophrenia). METHODS: Using administrative data in the Veterans Affairs system, we identified 34,664 individuals who were diagnosed with lung cancer between October 1, 2001, and September 30, 2005. We conducted a survival analysis comparing individuals with and without ICD-9-CM schizophrenia using data through September 30, 2010. Controlling variables were age, gender, smoking status, marital status, service connection, homelessness status, and presence of a substance use disorder. RESULTS: Our results demonstrated significantly poorer survival after lung cancer diagnosis for individuals with schizophrenia compared to those without schizophrenia. The hazard ratio for all-cause mortality associated with schizophrenia was 1.33 (95% CI, 1.22-1.44). CONCLUSIONS: Individuals with schizophrenia are at higher risk of death after diagnosis of lung cancer than those without schizophrenia. Future studies should further characterize cause of death, quality of cancer care received, and barriers to care.

Brown, J. S., Jr. (2016). "Cancer Immune Equilibrium and Schizophrenia Have Similar Interferon-gamma, Tumor Necrosis Factor-alpha, and Interleukin Expression: A Tumor Model of Schizophrenia." Schizophr Bull **42**(6): 1407-1417.

For at least a century, a debate has continued as to whether cancer risk is reduced in

schizophrenia. Genetic studies have also suggested the 2 conditions may share protein transcriptional pathways. The author predicted that if the pathophysiology of schizophrenia confers protection from cancer, then the immunology of schizophrenia should reflect a state of tumor suppression, ie, the opposite of tumor escape. To examine this possibility, the author performed a literature search for measurements of cytokines in drug-naive first episode subjects with schizophrenia for comparison with cytokine expression in tumor escape vs tumor suppression. The comparison showed that instead of either tumor suppression or escape, schizophrenia appears to be in a state of tumor equilibrium. Based on this finding, the author hypothesized that the clinical presentation of schizophrenia may involve cell transformation similar to an early stage of cancer initiation or an attenuated tumorigenesis. While this condition could reflect the presence of an actual tumor such as an ovarian teratoma causing anti-NMDA receptor encephalitis, it would only explain a small percentage of cases. To find a more likely tumor model, the author then compared the cytokine profile of schizophrenia to individual cancers and found the best match was melanoma. To demonstrate the viability of the theory, the author compared the hallmarks, emerging hallmarks, and enabling characteristics of melanoma to schizophrenia and found that many findings in schizophrenia are understood if schizophrenia is a condition of attenuated tumorigenesis.

Chou, F. H., Tsai, K. Y., Wu, H. C., et al. (2016). "Cancer in patients with schizophrenia: What is the next step?" Psychiatry Clin Neurosci **70**(11): 473-488.

People with schizophrenia, who constitute approximately 0.3-1% of the general population, have a nearly 20% shorter life expectancy than the general population. The incidence of varied types of cancers in patients with schizophrenia is controversial. The majority of previous research has demonstrated that patients who have schizophrenia and cancer have early mortality compared to the general population with cancer. The causes of early mortality in patients with schizophrenia and cancer might be attributed to a lower cancer screening rate and lack of effective treatment, including: (i) patient factors, such as poor lifestyle, passive attitude toward treatment, or comorbidity; (ii) physician factors, such as physician bias, which may decrease the delivery of care for individuals with mental disorders; and (iii) hospital administration factors, such as stigma and discrimination. Additional studies on patients with schizophrenia and cancer are warranted and should include the following: a comprehensive review of previous studies; a focus on differentiating the specific types of cancer; and methods for improvement. To decrease the early mortality of patients with schizophrenia, the following measures are proposed: (i) enhance early detection and early treatment, such as increasing the cancer screening rate for patients with schizophrenia; (ii) provide effective, timely treatment and rehabilitation; (iii) improve patients' psychiatric symptoms and cognitive impairment; (iv) promote healthy behavior in the general population and emphasize healthy lifestyles in vulnerable populations; and (v) remove the stigma of schizophrenia. To reduce disparities in physical health, public health strategies and welfare policies must continue to focus on this group of patients.

De Hert, M., Peuskens, J., Sabbe, T., et al. (2016). "Relationship between prolactin, breast cancer risk, and antipsychotics in patients with schizophrenia: a critical review." Acta Psychiatr Scand **133**(1): 5-22.

OBJECTIVE: A recent meta-analysis showed that breast cancer probably is more common in female patients with schizophrenia than in the general population (effect size = 1.25, $P < 0.05$). Increasing experimental and epidemiological data have alerted researchers to the influence of prolactin (PRL) in mammary carcinogenesis. We therefore investigated the possible relationship between antipsychotic-induced hyperprolactinemia (HPRL) and breast

cancer risk in female patients with schizophrenia. METHOD: A literature search (1950 until January 2015), using the MEDLINE database, was conducted for English-language published clinical trials to identify and synthesize data of the current state of knowledge concerning breast cancer risk (factors) in women with schizophrenia and its (their) relationship between HPRL and antipsychotic medication. RESULTS: Although an increasing body of evidence supports the involvement of PRL in breast carcinogenesis, results of human prospective studies are limited, equivocal, and correlative (with risk ratios ranging from 0.70 to 1.9 for premenopausal women and from 0.76 to 2.03 for postmenopausal women). Moreover, these studies equally do not take into account the local production of PRL in breast epithelium, although amplification or overexpression of the local autocrine/paracrine PRL loop may be a more important mechanism in tumorigenesis. Until now, there is also no conclusive evidence that antipsychotic medication can increase the risk of breast malignancy and mortality. CONCLUSION: Other breast risk factors than PRL, such as nulliparity, obesity, diabetes mellitus, and unhealthy lifestyle behaviours (alcohol dependence, smoking, low physical activity), probably are of greater relevance in individual breast cancer cases within the population of female patients with schizophrenia.

Ishikawa, H., Yasunaga, H., Matsui, H., et al. (2016). "Differences in cancer stage, treatment and in-hospital mortality between patients with and without schizophrenia: retrospective matched-pair cohort study." Br J Psychiatry **208**(3): 239-244.

BACKGROUND: Healthcare access and outcomes in cancer patients with schizophrenia remain unclear. AIMS: To investigate the likelihood of early diagnosis and treatment in patients with schizophrenia who have cancer and their prognosis. METHOD: A retrospective matched-pair cohort of gastrointestinal cancer patients was identified using a national in-patient database in Japan. Multivariable ordinal/binary logistic regressions was modelled to compare cancer stage at admission, invasive treatments and 30-day in-hospital mortality between patients with schizophrenia (n = 2495) and those without psychiatric disorders (n = 9980). RESULTS: The case group had a higher proportion of stage IV cancer (33.9% v. 18.1%), a lower proportion of invasive treatment (56.5% v. 70.2%, odds ratio (OR) = 0.77, 95% CI 0.69-0.85) and higher in-hospital mortality (4.2% v. 1.8%, OR = 1.35, 95% CI 1.04-1.75). CONCLUSIONS: Patients with schizophrenia who had gastrointestinal cancer had more advanced cancer, a lower likelihood of invasive treatment and higher in-hospital mortality than those without psychiatric disorders.

Ribe, A. R., Laurberg, T., Laursen, T. M., et al. (2016). "Ten-Year Mortality after a Breast Cancer Diagnosis in Women with Severe Mental Illness: A Danish Population-Based Cohort Study." PLoS One **11**(7): e0158013.

BACKGROUND: Breast cancer is the leading cause of cancer death in women worldwide. Nevertheless, it is unknown whether higher mortality after breast cancer contributes to the life-expectancy gap of 15 years in women with severe mental illness (SMI). METHODS: We estimated all-cause mortality rate ratios (MRRs) of women with SMI, women with breast cancer and women with both disorders compared to women with neither disorder using data from nationwide registers in Denmark for 1980-2012. RESULTS: The cohort included 2.7 million women, hereof 31,421 women with SMI (12,852 deaths), 104,342 with breast cancer (52,732 deaths), and 1,106 with SMI and breast cancer (656 deaths). Compared to women with neither disorder, the mortality was 118% higher for women with SMI (MRR: 2.18, 95% confidence interval (CI): 2.14-2.22), 144% higher for women with breast cancer (MRR: 2.44, 95% CI: 2.42-2.47) and 327% higher for women with SMI and breast cancer (MRR: 4.27, 95% CI: 3.98-4.57). Among women with both disorders, 15% of deaths could be attributed to interaction. In a sub-cohort of women with breast cancer, the ten-year all-cause-mortality

was 59% higher after taking tumor stage into account (MRR: 1.59, 95% CI: 1.47-1.72) for women with versus without SMI. CONCLUSIONS: The mortality among women with SMI and breast cancer was markedly increased. More information is needed to determine which factors might explain this excess mortality, such as differences between women with and without SMI in access to diagnostics, provision of care for breast cancer or physical comorbidity, health-seeking-behavior, and adherence to treatment.

Rizos, E., Siafakas, N., Skourti, E., et al. (2016). "miRNAs and their role in the correlation between schizophrenia and cancer (Review)." Mol Med Rep **14**(6): 4942-4946.

Schizophrenia (SZ) and cancer (Ca) have a broad spectrum of clinical phenotypes and a complex biological background, implicating a large number of genetic and epigenetic factors. SZ is a chronic neurodevelopmental disorder signified by an increase in the expression of apoptotic molecular signals, whereas Ca is conversely characterized by an increase in appropriate molecular signaling that stimulates uncontrolled cell proliferation. The rather low risk of developing Ca in patients suffering from SZ is a hypothesis that is still under debate. Recent evidence has indicated that microRNAs (miRNAs or miRs), a large group of small noncoding oligonoucleotides, may play a significant role in the development of Ca and major psychiatric disorders, such as SZ, bipolar disorder, autism spectrum disorders, suicidality and depression, through their interference with the expression of multiple genes. For instance, the possible role of let7, miR98 and miR183 as biomarkers for Ca and SZ was investigated in our previous research studies. Therefore, further investigations on the expression profiles of these regulatory, small RNA molecules and the molecular pathways through which they exert their control may provide a plausible explanation as to whether there is a correlation between psychiatric disorders and low risk of developing Ca.

Sabia, A. et Anger, W. H., Jr. (2016). "Interventions to Encourage Uptake of Cancer Screening for People With Severe Mental Illness." Issues Ment Health Nurs **37**(7): 533.

2015

Cunningham, R., Sarfati, D., Stanley, J., et al. (2015). "Cancer survival in the context of mental illness: a national cohort study." Gen Hosp Psychiatry **37**(6): 501-506.

OBJECTIVE: To explore the reasons for worse cancer survival in people with experience of mental illness, including differences by cancer type and psychiatric diagnosis. METHOD: New Zealand breast and colorectal cancer registrations (2006-2010) were linked to psychiatric hospitalization records for adults (18-64 years). Cancer-specific survival was compared for recent psychiatric service users and nonusers using Cox regression. The contributions of deprivation, comorbidity and stage at diagnosis were assessed for those with schizophrenia or bipolar affective disorder (Group A) and others using mental health services (Group B). RESULTS: Of 8762 and 4022 people with breast and colorectal cancer respectively, 440 (breast) and 190 (colorectal) had recent contact with psychiatric services. After adjusting for confounding, risk of death from breast cancer was increased for Group A [Hazard Ratio (HR) 2.55 (95% confidence interval 1.49-4.35)] and B [HR 1.62 (1.09-2.39)] and from colorectal cancer for Group A [HR 2.92 (1.75-4.87)]. Later stage at diagnosis contributed to survival differences for Group A, and comorbidity contributed for both groups. Fully adjusted HR estimates were breast: Group A 1.65 (0.96-2.84), B 1.41 (0.95-2.09); colorectal: Group A 1.89 (1.12-3.17), B 1.25 (0.89-1.75)]. CONCLUSIONS: The high burden of physical disease and delayed cancer diagnosis in those with psychotic disorders contributes to worse cancer survival in New Zealand psychiatric service users.

Lesage, A., Rochette, L., Emond, V., et al. (2015). "A Surveillance System to Monitor Excess Mortality of People With Mental Illness in Canada." Can J Psychiatry **60**(12): 571-579.

OBJECTIVE: Outcome measures are rarely available for surveillance and system performance monitoring for mental disorders and addictions. Our study aims to demonstrate the feasibility and face validity of routinely measuring the mortality gap in the Canadian context at the provincial and regional levels using the methods and data available to the Canadian Chronic Disease Surveillance System (CCDSS) of the Public Health Agency of Canada. METHODS: We used longitudinal data from the Quebec Integrated Chronic Disease Surveillance System, which also provides aggregated data to the CCDSS. This includes data from the health insurance registry physician claims and the hospital discharge abstract for all mental disorder diagnoses (International Classification of Diseases [ICD]-9 290-319 or ICD-10 F00-F99). Patients were defined as having had received a mental disorder diagnosis at least once during the year. Life expectancy was measured using Chiang's method for abridged life tables, complemented by the Hsieh method for adjustment of the last age interval. RESULTS: We found a lower life expectancy among psychiatric patients of 8 years for men and 5 years for women. For patients with schizophrenia, life expectancy was lowered by 12 years for men and 8 years for women. Cardiovascular disease and cancer were the most common causes of premature death. Findings were consistent across time and regions of the province. Lower estimates of the mortality gap, compared with literature, could be explained by the inclusion of primary care patients and methods. CONCLUSIONS: Our study demonstrates the feasibility of using administrative data to measure the impact of current and future mental health plans in Canada provided the techniques can be replicated in other Canadian provinces.

Sylvia, L. G., Shelton, R. C., Kemp, D. E., et al. (2015). "Medical burden in bipolar disorder: findings from the Clinical and Health Outcomes Initiative in Comparative Effectiveness for Bipolar Disorder study (Bipolar CHOICE)." Bipolar Disord **17**(2): 212-223.

Individuals with bipolar disorder have high rates of other medical comorbidity, which is associated with higher mortality rates and worse course of illness. The present study examined common predictors of medical comorbidity. There appears to be a substantial medical burden associated with bipolar disorder, highlighting the need for collaborative care among psychiatric and general medical providers to address both psychiatric and other medical needs concomitantly in this group of patients.

2014

Ajdacic-Gross, V., Tschopp, A., Bopp, M., et al. (2014). "Cancer comortality patterns in schizophrenia and psychotic disorders: a new methodological approach for unique databases." Int J Methods Psychiatr Res **23**(1): 19-24.

The aim of this study was to determine the pattern of cancer comortality in deaths registered with schizophrenia and psychotic disorders. It focused on the question of whether the proportions of different types of cancer diverge when they are co-registered with schizophrenia/psychotic disorders or with other causes of death in mortality statistics. We developed an analysis approach applicable to common mortality statistics data when no linkage with morbidity databases or other registers is possible. The analysis covered Swiss mortality data from a 39-year period (1969 - 2007) and was confined to the most frequent cancers. We applied a two-step case-control analysis with bootstrapping (1000 repetitions). The cases were defined by the cancer-schizophrenia registrations for each specific cancer,

whereas the controls were matched from the remaining cases (matching criteria: sex, age, region, subperiod). Cancers with deviant standardized mortality ratios (SMRs) included stomach cancer (1.6; 2.2 after reweighting), lung cancer (0.8; 0.5 after reweighting) and breast cancer (1.6; 1.5 after reweighting). The comortality pattern of cancers in schizophrenia and psychotic disorders diverges from the pattern found in other co-registered causes of death. The relatively low frequency of lung cancers is particularly paradoxical in view of the smoking habits of schizophrenia patients.

Bergamo, C., Sigel, K., Mhango, G., et al. (2014). "Inequalities in lung cancer care of elderly patients with schizophrenia: an observational cohort study." Psychosom Med **76**(3): 215-220.

OBJECTIVE: Cancer mortality is higher in individuals with schizophrenia, a finding that may be due, in part, to inequalities in care. We evaluated gaps in lung cancer diagnosis, treatment, and survival among elderly individuals with schizophrenia. METHODS: The Surveillance, Epidemiology, and End Results database linked to Medicare records was used to identify patients 66 years or older with primary non-small cell lung cancer. Lung cancer stage, diagnostic evaluation, and rates of stage-appropriate treatment were compared among patients with and without schizophrenia using unadjusted and multiple regression analyses. Survival was compared among groups using Kaplan-Meier methods. RESULTS: Of the 96,702 patients with non-small cell lung cancer in the Surveillance, Epidemiology, and End Results database, 1303 (1.3%) had schizophrenia. In comparison with the general population, patients with schizophrenia were less likely to present with late-stage disease after controlling for age, sex, marital status, race/ethnicity, income, histology, and comorbidities (odds ratio = 0.82, 95% confidence interval = 0.73-0.93) and were less likely to undergo appropriate evaluation ($p < .050$ for all comparisons). Adjusting for similar factors, patients with schizophrenia were also less likely to receive stage-appropriate treatment (odds ratio = 0.50, 95% confidence interval = 0.43-0.58). Survival was decreased among patients with schizophrenia (mean survival = 22.3 versus 26.3 months, $p = .002$); however, no differences were observed after controlling for treatment received ($p = .40$). CONCLUSIONS: Elderly patients with schizophrenia present with earlier stages of lung cancer but are less likely to undergo diagnostic evaluation or to receive stage-appropriate treatment, resulting in poorer outcomes. Efforts to increase treatment rates for elderly patients with schizophrenia may lead to improved survival in this group.

Catala-Lopez, F., Suarez-Pinilla, M., Suarez-Pinilla, P., et al. (2014). "Inverse and direct cancer comorbidity in people with central nervous system disorders: a meta-analysis of cancer incidence in 577,013 participants of 50 observational studies." Psychother Psychosom **83**(2): 89-105.

BACKGROUND: There is a lack of scientific consensus about cancer comorbidity in people with central nervous system (CNS) disorders. This study assesses the co-occurrence of cancers in patients with CNS disorders, including Alzheimer's disease (AD), amyotrophic lateral sclerosis (ALS), autism spectrum disorders, Down's syndrome (DS), Huntington's disease (HD), multiple sclerosis (MS), Parkinson's disease (PD) and schizophrenia (SCZ). METHOD: Comprehensive search in PubMed/MEDLINE, Scopus and ISI Web of Knowledge of the literature published before March 2013. We identified 51 relevant articles from 2,229 discrete references, 50 of which contained data suitable for quantitative synthesis (577,013 participants). Pooled effect sizes (ES) were calculated using multiple random-effects meta-analyses. Sources of heterogeneity and uncertainty were explored by means of subgroup and sensitivity analyses, respectively. RESULTS: The presence of CNS disorders was associated with a reduced co-occurrence of cancer (ES = 0.92; 95% confidence interval, CI: 0.87-0.98; I(2) = 94.5%). A consistently lower overall co-occurrence of cancer was detected in patients

with neurodegenerative disorders (ES = 0.80; 95% CI: 0.75- 0.86; I(2) = 82.8%), and in those with AD (ES = 0.32; 95% CI: 0.22-0.46; I(2) = 0.0%), PD (ES = 0.83; 95% CI: 0.76-0.91; I(2) = 80.0%), MS (ES = 0.91; 95% CI: 0.87-0.95; I(2) = 30.3%) and HD (ES = 0.53; 95% CI: 0.42-0.67; I(2) = 56.4%). Patients with DS had a higher overall co-occurrence of cancer (ES = 1.46; 95% CI: 1.08-1.96; I(2) = 87.9%). No association was observed between cancer and ALS (ES = 0.97; 95% CI: 0.76-1.25; I(2) = 0.0%) or SCZ (ES = 0.98; 95% CI: 0.90-1.07; I(2) = 96.3%). Patients with PD, MS and SCZ showed (a) higher co-occurrence of some specific cancers (e.g. PD with melanoma, MS with brain cancers and SCZ with breast cancer), and (b) lower co-occurrence of other specific cancers (e.g. lung, prostate and colorectal cancers in PD; lung and prostate cancers in MS; and melanoma and prostate cancer in SCZ). CONCLUSION: Increased and decreased co-occurrence of cancer in patients with CNS disorders represents an opportunity to discover biological and non-biological connections between these complex disorders.

Irwin, K. E., Henderson, D. C., Knight, H. P., et al. (2014). "Cancer care for individuals with schizophrenia." Cancer **120**(3): 323-334.

Individuals with schizophrenia are a vulnerable population that has been relatively neglected in health disparities research. Despite having an equivalent risk of developing most cancers, patients with schizophrenia are more likely to die of cancer than the general population. Cancer care disparities are likely the result of patient-, provider-, and systems-level factors and influenced by the pervasive stigma of mental illness. Individuals with schizophrenia have higher rates of health behaviors linked with cancer mortality including cigarette smoking. They also have significant medical comorbidity, are less likely to have up-to-date cancer screening, and may present at more advanced stages of illness. Patients with schizophrenia may be less likely to receive chemotherapy or radiotherapy, have more postoperative complications, and have less access to palliative care. However, opportunities exist for the interdisciplinary team, including medical, surgical, and radiation oncologists; psychiatrists; and primary care physicians, to intervene throughout the continuum of cancer care to promote survival and quality of life. This review summarizes data on overall and cancer-specific mortality for individuals with schizophrenia and reviews specific disparities across the cancer care continuum of screening, diagnosis, treatment, and end-of-life care. Using a case, the authors illustrate clinical challenges for this population including communication, informed consent, and risk of suicide, and provide suggestions for care. Finally, recommendations for research to address the disparities in cancer care for individuals with schizophrenia are discussed. Despite significant challenges, with collaboration between oncology and mental health teams, individuals with schizophrenia can receive high-quality cancer care.

Kredentser, M. S., Martens, P. J., Chochinov, H. M., et al. (2014). "Cause and rate of death in people with schizophrenia across the lifespan: a population-based study in Manitoba, Canada." J Clin Psychiatry **75**(2): 154-161.

OBJECTIVE: To compare the causes and rates of death for people with and without schizophrenia in Manitoba, Canada. METHOD: Using de-identified administrative databases at the Manitoba Centre for Health Policy, a population-based analysis was performed to compare age- and sex-adjusted 10-year (1999-2008) mortality rates, overall and by specific cause, of decedents aged 10 years or older who had 1 diagnosis of schizophrenia (ICD-9-CM code 295, ICD-10-CA codes F20, F21, F23.2, F25) over a 12-year period (N = 9,038) to the rest of the population (N = 969,090). RESULTS: The mortality rate for those with schizophrenia was double that of the rest of the population (20.00% vs. 9.37%). The all-cause mortality rate was higher for people with schizophrenia compared to all others (168.9 vs. 99.1 per thousand; relative risk [RR] = 1.70, P < .0001); rates of death due to suicide (RR = 8.67, P <

.0001), injury (RR = 2.35, P < .0001), respiratory illness (RR = 2.00, P < .0001), and circulatory illness (RR = 1.64, P < .0001) were also significantly higher in people with schizophrenia. Overall cancer deaths were similar (28.6 vs. 27.3 per thousand, P = .42, NS) except in the middle-aged group (40-59), in which cancer death rates were significantly higher for those with schizophrenia (28.7 vs. 11.6 per thousand; RR = 2.48, P < .01). Mortality rates due to lung cancer were significantly higher in people with schizophrenia (9.4 vs. 6.4 per thousand, RR = 1.45, P < .001). CONCLUSIONS: People with schizophrenia are at increased risk of death compared to the general population, and the majority of these deaths are occurring in older age from physical disease processes. Risk of cancer mortality is significantly higher in middle-aged but not younger or older patients with schizophrenia. Understanding these patients' vulnerabilities to physical illness has important public health implications for prevention, screening, and treatment as the population ages.

Lopes, R., Soares, R., Figueiredo-Braga, M., et al. (2014). "Schizophrenia and cancer: is angiogenesis a missed link?" Life Sci **97**(2): 91-95.

Cancer prevalence and risk in schizophrenia (SZ) patients, as well as their implicated molecular pathways, is a debate that has become increasingly appreciated, despite lacking evidence. Since angiogenesis is imbalanced in both conditions, a non-systematic review of the existing literature using the PubMed database was performed to summarize current knowledge and to elucidate hypothesis regarding the reduced incidence of cancer in SZ, exploring possible angiogenesis biology aspects that can be interrelated both with SZ and cancer. Some lines of evidence based in epidemiology, genetic, molecular and biochemical studies suggest a putative interplay between SZ pathophysiology and angiogenesis, involving different molecular pathways and also influencing cancer biology. Studying angiogenesis in SZ and its implications to cancer is an unexplored field that could provide more insightful knowledge regarding its pathophysiology and promote the development of treatment applications.

Martin, J. L., McLean, G., Park, J., et al. (2014). "Impact of socioeconomic deprivation on rate and cause of death in severe mental illness." BMC Psychiatry **14**: 261.

BACKGROUND: Socioeconomic status has important associations with disease-specific mortality in the general population. Although individuals with Severe Mental Illnesses (SMI) experience significant premature mortality, the relationship between socioeconomic status and mortality in this group remains under investigated. We aimed to assess the impact of socioeconomic status on rate and cause of death in individuals with SMI (schizophrenia and bipolar disorder) relative to the local (Glasgow) and wider (Scottish) populations. METHODS: Cause and age of death during 2006-2010 inclusive for individuals with schizophrenia or bipolar disorder registered on the Glasgow Psychosis Clinical Information System (PsyCIS) were obtained by linkage to the Scottish General Register Office (GRO). Rate and cause of death by socioeconomic status, measured by Scottish Index of Multiple Deprivation (SIMD), were compared to the Glasgow and Scottish populations. RESULTS: Death rates were higher in people with SMI across all socioeconomic quintiles compared to the Glasgow and Scottish populations, and persisted when suicide was excluded. Differences were largest in the most deprived quintile (794.6 per 10,000 population vs. 274.7 and 252.4 for Glasgow and Scotland respectively). Cause of death varied by socioeconomic status. For those living in the most deprived quintile, higher drug-related deaths occurred in those with SMI compared to local Glasgow and wider Scottish population rates (12.3% vs. 5.9%, p = <0.001 and 5.1% p = 0.002 respectively). A lower proportion of deaths due to cancer in those with SMI living in the most deprived quintile were also observed, relative to the local Glasgow and wider Scottish populations (12.3% vs. 25.1% p = 0.013 and 26.3% p = <0.001). The proportion of suicides

was significantly higher in those with SMI living in the more affluent quintiles relative to Glasgow and Scotland (54.6% vs. 5.8%, p = <0.001 and 5.5%, p = <0.001). CONCLUSIONS: Excess mortality in those with SMI occurred across all socioeconomic quintiles compared to the Glasgow and Scottish populations but was most marked in the most deprived quintiles when suicide was excluded as a cause of death. Further work assessing the impact of socioeconomic status on specific causes of premature mortality in SMI is needed.

Polednak, A. P. (2014). "Trend in rates for deaths with mention of schizophrenia on death certificates of US residents, 1999-2010." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **49**(7): 1083-1091.

BACKGROUND: Trends in mortality rates for schizophrenia using multiple causes of death (including contributory causes) coded on death certificates in the US resident population apparently have not been reported. METHODS: Age-standardized rates for deaths per 100,000 in 1999-2010 at age 15+ years (and for 15-64 and 65+ years) with mention of schizophrenia were examined for the US resident population, including variation by age, gender, race (blacks/African Americans and whites) and region. RESULTS: Deaths at age 15+ years coded with schizophrenia as underlying cause were only 12 % of all deaths with mention of schizophrenia, for which the rate declined from 1.58 in 1999 (3,407 deaths) to 1.32 in 2010 (3,422 deaths) (percentage change or PC = -16 %). Declines were larger in females than males, in whites than blacks, and occurred in the Northeast, Midwest and South but not the West. The rate increased for age 15-64 years (PC = +28 %) (mainly in males), however, while declining for age 65+ years (PC = -35 %). For deaths at age 15-64 years with schizophrenia coded as other than the underlying cause, the largest continuous increase was for endocrine-metabolic diseases (predominantly diabetes mellitus) as underlying cause, with smaller increases in males for cardiovascular diseases, external causes and neoplasms. CONCLUSION: Trends in the US rate for deaths with mention of schizophrenia varied among the sociodemographic groups examined. The lack of decline for age 15-64 years requires further study especially with regard to mediators (e.g., obesity) of excess mortality in schizophrenia identified from cohort studies.

Raviv, G., Laufer, M., Baruch, Y., et al. (2014). "Risk of prostate cancer in patients with schizophrenia." Compr Psychiatry **55**(7): 1639-1642.

OBJECTIVES: To examine the rate of prostate cancer in a cohort of schizophrenia in-patients in the PSA-era as compared to expected rates. There is conflicting evidence on the relative risk of prostate cancer in men with schizophrenia. METHODS: the study sample was comprised of schizophrenia patients who had been admitted to a tertiary care mental health center between 1990 and 2011. The data for the sample was cross-referenced with the National Cancer Registry. Analyses of Standardized Incidence Rates (SIR) for prostate cancer and for lung cancer (representing an organ system not sensitive to sex hormones) were performed. RESULTS: Of 4,326 schizophrenia patients included in the present study, 181 (4.2%) were diagnosed with cancer at any site. Only 10 of these patients were diagnosed with prostate cancer. This reflects a reduced risk; SIR of 0.56 (95% CI 0.27-1.03). In the same cohort, 33 schizophrenia patients were diagnosed with lung cancer presenting a SIR of 1.43 (95% CI 0.98-2.01) in this sample. CONCLUSIONS: The present study suggests a reduced rate of prostate cancer in patients admitted for schizophrenia. There are several possible explanations for this finding including chronic state of hyperprolactinemia induced by antipsychotic drugs.

2013

Barley, E., Borschmann, R., Walters, P., et al. (2013). "Interventions to encourage uptake of cancer screening for people with severe mental illness." Cochrane Database Syst Rev(7): Cd009641.

BACKGROUND: Adults with severe mental illness (i.e. schizophrenia or other related psychotic disorders and bipolar disorder) can be at greater risk of cancer than those without severe mental illness (SMI). Early detection of cancer through screening is effective in improving patient outcomes including death. However, people with SMI are less likely than others to take up available cancer screening. OBJECTIVES: To determine the effectiveness of interventions targeted at adults with SMI, or their carers or health professionals, and aimed at increasing the uptake of cancer screening tests for which the adults with SMI are eligible. SEARCH METHODS: We searched electronically the Cochrane Schizophrenia Group's Register (25th October 2012). SELECTION CRITERIA: All randomised controlled trials (RCTs) of interventions, targeted towards adults with SMI or their carers or health professionals, to encourage uptake of cancer screening tests for which the adults with SMI were eligible. DATA COLLECTION AND ANALYSIS: Two review authors independently screened titles and abstracts and assessed these against the inclusion criteria. MAIN RESULTS: We did not find any trials that met the inclusion criteria. AUTHORS' CONCLUSIONS: A comprehensive search showed that currently there is no RCT evidence for any method of encouraging cancer screening uptake in people with SMI. No specific approach can therefore be recommended. High-quality, large-scale RCTs are needed urgently to help address the disparity between people with SMI and others in cancer screening uptake.

Chang, T. S., Hou, S. J., Su, Y. C., et al. (2013). "Disparities in oral cancer survival among mentally ill patients." PLoS One **8**(8): e70883.

BACKGROUND: Many studies have reported excess cancer mortality in patients with mental illness. However, scant studies evaluated the differences in cancer treatment and its impact on survival rates among mentally ill patients. Oral cancer is one of the ten most common cancers in the world. We investigated differences in treatment type and survival rates between oral cancer patients with mental illness and without mental illness. METHODS: Using the National Health Insurance (NHI) database, we compared the type of treatment and survival rates in 16687 oral cancer patients from 2002 to 2006. The utilization rate of surgery for oral cancer was compared between patients with mental illness and without mental illness using logistic regression. The Cox proportional hazards model was used for survival analysis. RESULTS: Oral cancer patients with mental disorder conferred a grave prognosis, compared with patients without mental illness (hazard ratios [HR] = 1.58; 95% confidence interval [CI] = 1.30-1.93; P<0.001). After adjusting for patients' characteristics and hospital characteristics, patients with mental illness were less likely to receive surgery with or without adjuvant therapy (odds ratio [OR] = 0.47; 95% CI = 0.34-0.65; P<0.001). In multivariate analysis, oral cancer patients with mental illness carried a 1.58-times risk of death (95% CI = 1.30-1.93; P<0.001). CONCLUSIONS: Oral cancer patients with mental illness were less likely to undergo surgery with or without adjuvant therapy than those without mental illness. Patients with mental illness have a poor prognosis compared to those without mental illness. To reduce disparities in physical health, public health strategies and welfare policies must continue to focus on this vulnerable group.

Crump, C., Winkleby, M. A., Sundquist, K., et al. (2013). "Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study." Am J Psychiatry **170**(3): 324-333.

OBJECTIVE: Schizophrenia is associated with premature mortality, but the specific causes and pathways are unclear. The authors used outpatient and inpatient data for a national population to examine the association between schizophrenia and mortality and

comorbidities. METHOD: This was a national cohort study of 6,097,834 Swedish adults, including 8,277 with schizophrenia, followed for 7 years (2003-2009) for mortality and comorbidities diagnosed in any outpatient or inpatient setting nationwide. RESULTS: On average, men with schizophrenia died 15 years earlier, and women 12 years earlier, than the rest of the population, and this was not accounted for by unnatural deaths. The leading causes were ischemic heart disease and cancer. Despite having twice as many health care system contacts, schizophrenia patients had no increased risk of nonfatal ischemic heart disease or cancer diagnoses, but they had an elevated mortality from ischemic heart disease (adjusted hazard ratio for women, 3.33 [95% CI=2.73-4.05]; for men, 2.20 [95% CI=1.83-2.65]) and cancer (adjusted hazard ratio for women, 1.71 [95% CI=1.38-2.10; for men, 1.44 [95% CI=1.15-1.80]). Among all people who died from ischemic heart disease or cancer, schizophrenia patients were less likely than others to have been diagnosed previously with these conditions (for ischemic heart disease, 26.3% compared with 43.7%; for cancer, 73.9% compared with 82.3%). The association between schizophrenia and mortality was stronger among women and the employed. Lack of antipsychotic treatment was also associated with elevated mortality. CONCLUSIONS: Schizophrenia patients had markedly premature mortality, and the leading causes were ischemic heart disease and cancer, which appeared to be underdiagnosed. Preventive interventions should prioritize primary health care tailored to this population, including more effective risk modification and screening for cardiovascular disease and cancer.

Farasatpour, M., Janardhan, R., Williams, C. D., et al. (2013). "Breast cancer in patients with schizophrenia." Am J Surg **206**(5): 798-804.

BACKGROUND: Schizophrenia has a powerful impact on the outcomes of treatment for physical disorders. This study sought to estimate how the presence of schizophrenia disrupts the course of diagnosis and initial treatment of breast cancer. METHODS: We searched the Patient Treatment File, a comprehensive computer-based system for inpatient data in the Department of Veterans Affairs (DVA) medical system, to identify patients with codes for schizophrenia or schizoaffective disorder who later developed breast cancer. These data were augmented with chart-based clinical data. RESULTS: There were 56 evaluable patients from 34 DVA facilities; 37 (66%) were female. Delay in diagnosis was common. The mean size of the primary tumor was 4 cm in those for whom these data were recorded. Delay in diagnosis was common and many never received the indicated surgery. Distant metastases were present on diagnosis in 12 (21%) and developed after diagnosis in 14 (25%) others, including 7 who inappropriately delayed or refused indicated surgery and 4 who inappropriately delayed or refused indicated neoadjuvant chemotherapy. Twelve verbally abused or physically attacked caregivers. CONCLUSIONS: Patients with schizophrenia who later develop breast cancer often deny they have cancer. They often have high-stage disease at diagnosis and often delay or refuse therapy. Breast-conserving multimodality therapy is often not feasible.

Guan, N. C., Termorshuizen, F., Laan, W., et al. (2013). "Cancer mortality in patients with psychiatric diagnoses: a higher hazard of cancer death does not lead to a higher cumulative risk of dying from cancer." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **48**(8): 1289-1295.

PURPOSE: Both increased as well as decreased cancer mortality among psychiatric patients has been reported, but competing death causes were not included in the analyses. This study aims to investigate whether observed cancer mortality in patients with psychiatric disorders might be biased by competing death causes. METHOD: In this retrospective cohort study on data from the Psychiatric Case Register Middle Netherlands linked to the death register of Statistics Netherlands, the risk of cancer death among patients with schizophrenia (N =

4,590), bipolar disorder (N = 2,077), depression (N = 15,130) and their matched controls (N = 87,405) was analyzed using a competing risk model. RESULTS: Compared to controls, higher hazards of cancer death were found in patients with schizophrenia (HR = 1.61, 95 % CI 1.26-2.06), bipolar disorder (HR = 1.20, 95 % CI 0.81-1.79) and depression (HR = 1.26, 95 % CI 1.10-1.44). However, the HRs of death due to suicide and other death causes were more elevated. Consequently, among those who died, the 12-year cumulative risk of cancer death was significantly lower. CONCLUSIONS: Our analysis shows that, compared to the general population, psychiatric patients are at higher risk of dying from cancer, provided that they survive the much more elevated risks of suicide and other death causes.

Hendrie, H. C., Lindgren, D., Hay, D. P., et al. (2013). "Comorbidity profile and healthcare utilization in elderly patients with serious mental illnesses." Am J Geriatr Psychiatry **21**(12): 1267-1276.

OBJECTIVES: Patients with serious mental illness are living longer. Yet, there remain few studies that focus on healthcare utilization and its relationship with comorbidities in these elderly mentally ill patients. DESIGN: Comparative study. Information on demographics, comorbidities, and healthcare utilization was taken from an electronic medical record system. SETTING: Wishard Health Services senior care and community mental health clinics. PARTICIPANTS: Patients age 65 years and older-255 patients with serious mental illness (schizophrenia, major recurrent depression, and bipolar illness) attending a mental health clinic and a representative sample of 533 nondemented patients without serious mental illness attending primary care clinics. RESULTS: Patients having serious mental illness had significantly higher rates of medical emergency department visits (p = 0.0027) and significantly longer lengths of medical hospitalizations (p <0.0001) than did the primary care control group. The frequency of medical comorbidities such as diabetes, coronary artery disease, congestive heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, thyroid disease, and cancer was not significantly different between the groups. Hypertension was lower in the mentally ill group (p <0.0001). Reported falls (p <0.0001), diagnoses of substance abuse (p = 0.02), and alcoholism (p = 0.0016) were higher in the seriously mentally ill. The differences in healthcare utilization between the groups remained significant after adjusting for comorbidity levels, lifestyle factors, and attending primary care. CONCLUSIONS: Our findings of higher rates of emergency care, longer hospitalizations, and increased frequency of falls, substance abuse, and alcoholism suggest that seriously mentally ill older adults remain a vulnerable population requiring an integrated model of healthcare.

Huang, K. C., Yang, K. C., Lin, H., et al. (2013). "Analysis of schizophrenia and hepatocellular carcinoma genetic network with corresponding modularity and pathways: novel insights to the immune system." BMC Genomics **14 Suppl 5**: S10.

BACKGROUND: Schizophrenic patients show lower incidences of cancer, implicating schizophrenia may be a protective factor against cancer. To study the genetic correlation between the two diseases, a specific PPI network was constructed with candidate genes of both schizophrenia and hepatocellular carcinoma. The network, designated schizophrenia-hepatocellular carcinoma network (SHCN), was analysed and cliques were identified as potential functional modules or complexes. The findings were compared with information from pathway databases such as KEGG, Reactome, PID and ConsensusPathDB. RESULTS: The functions of mediator genes from SHCN show immune system and cell cycle regulation have important roles in the eitology mechanism of schizophrenia. For example, the over-expressing schizophrenia candidate genes, SIRPB1, SYK and LCK, are responsible for signal transduction in cytokine production; immune responses involving IL-2 and TREM-1/DAP12 pathways are relevant for the etiology mechanism of schizophrenia. Novel treatments were proposed by searching the target genes of FDA approved drugs with genes in potential

protein complexes and pathways. It was found that Vitamin A, retinoid acid and a few other immune response agents modulated by RARA and LCK genes may be potential treatments for both schizophrenia and hepatocellular carcinoma. CONCLUSIONS: This is the first study showing specific mediator genes in the SHCN which may suppress tumors. We also show that the schizophrenic protein interactions and modulation with cancer implicates the importance of immune system for etiology of schizophrenia.

Ji, J., Sundquist, K., Ning, Y., et al. (2013). "Incidence of cancer in patients with schizophrenia and their first-degree relatives: a population-based study in Sweden." Schizophr Bull **39**(3): 527-536.

CONTEXT: Previous studies of the association between schizophrenia and cancer have produced conflicting results, probably because of the failure to control for confounding factors. OBJECTIVE: To test if the possible association between schizophrenia and cancer is genetic by investigating the incidence of cancer in patients with schizophrenia and their relatives. DESIGN: Retrospective cohort study with follow-up between 1965 and 2008. Estimated smoking rates were used to adjust the incidence rates of smoking-related cancers. PARTICIPANTS: The entire Swedish population. MAIN OUTCOME MEASURES: Risk of overall cancer and 34 site-/type-specific cancers. RESULTS: A total of 59,233 patients in Sweden with schizophrenia were identified, of whom 6137 developed cancer during the study period, giving a decreased standardized incidence ratio (SIR) of 0.79 (95% CI 0.77-0.81). The decrease was more pronounced (SIR 0.40, 95% CI 0.38-0.43) before the first diagnosis of schizophrenia. The overall risk was significantly reduced among their unaffected parents (SIR 0.96, 95% CI 0.94-0.98) and siblings (SIR 0.92, 95% CI 0.89-0.96). Sex-stratified analyses indicated different incidence rates between males and females, with female patients having higher cancer risks than the general population. CONCLUSIONS: The significantly decreased incidences of cancers in patients diagnosed with schizophrenia and their unaffected relatives suggest that familiar/genetic factors contributing to schizophrenia may protect against the development of cancer, especially for those cancer sites observed in both settings. The increased risk of breast, cervical, and endometrial cancers after the first diagnosis of schizophrenia could be attributed to nongenetic factors such as antipsychotics administration, which may justify preventive medical screening.

Lin, C. Y., Lane, H. Y., Chen, T. T., et al. (2013). "Inverse association between cancer risks and age in schizophrenic patients: a 12-year nationwide cohort study." Cancer Sci **104**(3): 383-390.

The association between schizophrenia and cancer risk is contentious in the clinical and epidemiological literature. Studies from different populations, tumor sites, or health care systems have provided inconsistent findings. In the present study, we examined a less well-investigated hypothesis that age plays a crucial role in cancer risk in schizophrenia. We conducted a nationwide cohort study using Taiwan's National Health Insurance Research Database (NHIRD) between 1995 and 2007. Overall, gender-, and age-stratified standardized incidence ratios (SIR) were used to investigate the pattern of cancer risk by age. Of the 102 202 schizophrenic patients, 1738 developed cancer after a diagnosis of schizophrenia (SIR = 0.92; 95% confidence interval [CI] 0.90-0.96). However, the age-stratified SIR declined with age (e.g. SIR [95% CI] = 1.97 [1.85-2.33], 0.68 [0.65-0.78], and 0.36 [0.34-0.45] for those aged 20-29, 60-69, and >/=70 years, respectively) in both genders and for major cancers. Cancer risks in schizophrenic patients were lower for cancers that are more likely to develop at an older age in the general population (e.g. stomach cancer [SIR = 0.62; 95% CI 0.57-0.80], pancreatic cancer [SIR = 0.49; 95% CI 0.39-0.84], and prostate cancer [SIR = 0.35; 95% CI 0.29-0.58]). In contrast, cancer risks were higher for cancers that have a younger age of onset, such as cancers of the nasopharynx (SIR = 1.18; 95% CI 1.08-1.49), breast (SIR = 1.50; 95% CI

1.44-1.66) and uterine corpus (SIR = 2.15; 95% CI 1.98-2.74). The unique age structures and early aging potential of schizophrenia populations may contribute to the observed inverse relationship between age and cancer risk. Higher cancer comorbidity in young schizophrenic patients deserves more attention.

Lin, G. M., Chen, Y. J., Kuo, D. J., et al. (2013). "Cancer incidence in patients with schizophrenia or bipolar disorder: a nationwide population-based study in Taiwan, 1997-2009." Schizophr Bull **39**(2): 407-416.

BACKGROUND: Both genetic and environmental factors have been reasoned for cancer development in schizophrenia patients. However, the influence of age of onset and duration of schizophrenia on cancer incidence has rarely been emphasized. Besides, bipolar disorder tends to resemble schizophrenia from the perspective of multiple rare mutations. Comparing pattern and risk of cancers between schizophrenia and bipolar patients is illuminating. METHODS: This study used the Taiwan National Health Insurance Database. A total of 71,317 schizophrenia and 20,567 bipolar disorder patients from 1997 to 2009 were enrolled. Both cohorts were followed up for cancer during the same period by record linkage with the cancer certification in Taiwan. Age and gender standardized incidence ratios (SIRs) of overall and site-specific cancers were calculated. RESULTS: The SIR for all cancers was 1.17 for the schizophrenia cohort. Increased cancer risk (SIR: 1.31, 95% CI: 1.17-1.48) was observed in females but not males. For the bipolar disorder cohort, the SIR for all cancers was 1.29, but the excess risk was found in males (SIR: 1.42, 95% CI: 1.14-1.77) and not females. Cancer risk decreases as the duration and age of onset of schizophrenia increases. If schizophrenia is diagnosed before 50, the SIRs for colorectal, breast, cervical, and uterine cancers increase but if diagnosed after 50, the SIRs for all cancers decrease except for breast cancer. In bipolar disorder, the SIRs for all site-specific cancers were insignificant. CONCLUSIONS: Among schizophrenia patients, overall cancer risk varies inversely with age at diagnosis and disease duration. Besides, gender-specific cancer risks differ between schizophrenia and bipolar disorder.

Osborn, D. P., Limburg, H., Walters, K., et al. (2013). "Relative incidence of common cancers in people with severe mental illness. Cohort study in the United Kingdom THIN primary care database." Schizophr Res **143**(1): 44-49.

BACKGROUND: A recent United Kingdom (UK) report found that breast and colorectal cancers were more common in people with severe mental illness (SMI) and recommended targeted screening. Epidemiological evidence is however inconsistent. OBJECTIVES: To estimate relative incidence rates for colorectal, breast and lung cancer, and the overall incidence of the commonest other UK cancers, in people with SMI compared with people without SMI. METHOD: Cohort study in the UK using The Health Improvement Network (THIN) primary care database between 1990 and June 2008. Poisson regression was used to obtain adjusted incidence rate ratios (IRRs) for cancer, comparing two cohorts of people over 18; with and without a diagnosis of SMI. RESULTS: We identified 20,632 people with SMI and 116,152 people without, with median follow up of over 6years. No significant associations were observed between SMI and cancers of the breast (adjusted IRR 1.17; 95% confidence interval 0.95-1.45), colon (0.70; 0.46-1.05), rectum (1.05; 0.65-1.69) or lung (0.84; 0.65-1.10). The adjusted IRR for an aggregate cancer outcome in SMI was 0.95; 0.85-1.06. Results were similar for schizophrenia and bipolar disorder. CONCLUSIONS: In a cohort analysis within a large UK primary care database, the incidence of colo-rectal, breast and lung cancer, and of all common cancers, did not differ significantly in people with SMI, including schizophrenia, compared with people without SMI. Our results do not support enhanced screening procedures for cancer in people with SMI.

Rhondali, W., Ledoux, M., Sahraoui, F., et al. (2013). "[Management of psychiatric inpatients with advanced cancer: a pilot study]." Bull Cancer **100**(9): 819-827.

The prevalence of cancer is not well established and probably underestimated in long-stay psychiatric inpatients. Psychiatric patients do not have the same access for cancer screening and care. Therapeutic decision-making is a real ethical problem. In this context, access to medical care should be provided by the establishment of guidelines and/or recommendations for this specific population. The aim of our study was to assess how cancer was managed among long term psychiatric inpatients. For this pilot study, we used a mixed methodology: a quantitative part with a retrospective chart review of cancer patients in a psychiatric institution and a qualitative part based on semi-structured interviews with psychiatrists with discourse analysis. Delay in cancer diagnosis can be explained by communication and behavior disorders, inadequate screening, and additional tests often refused by patients. Compliance and ethical issues (i.e. obtaining informed consent) are many pitfalls to optimal cancer care that should be explored in further research.

2012

Cole, M. et Padmanabhan, A. (2012). "Breast cancer treatment of women with schizophrenia and bipolar disorder from Philadelphia, PA: lessons learned and suggestions for improvement." J Cancer Educ **27**(4): 774-779.

Treating cancer in patients with concurrent severe mental illness is complex and challenging for patients, families, and health care providers. Two such illnesses include schizophrenia and bipolar disorder. In this review, cases of women with breast cancer and severe mental illness from Philadelphia, PA illustrate the obstacles these women face in maintaining adequate cancer care. Barriers to receiving cancer treatment include understanding their disease, continuing medications and appointments, and experiencing complications of their psychiatric disorders. Learning from these cases is critical for health care providers and allows for innovation in treating and educating this difficult population. Increasing patient visit time, using social support services, and psychiatrist and psychiatrist-liaisons are necessary to improve care. In addition, family or caregivers should be included in discussions when possible. These techniques will assist in educating patients, improve insight into their disease and treatment, and allow them to benefit from cancer therapy.

Dutta, R., Murray, R. M., Allardyce, J., et al. (2012). "Mortality in first-contact psychosis patients in the U.K.: a cohort study." Psychol Med **42**(8): 1649-1661.

BACKGROUND: The excess mortality following first-contact psychosis is well recognized. However, the causes of death in a complete incidence cohort and mortality patterns over time compared with the general population are unknown. METHOD: All 2723 patients who presented for the first time with psychosis in three defined catchment areas of the U.K. in London (1965-2004, n=2056), Nottingham (1997-1999, n=203) and Dumfries and Galloway (1979-1998, n=464) were traced after a mean of 11.5 years follow-up and death certificates were obtained. Data analysis was by indirect standardization. RESULTS: The overall standardized mortality ratio (SMR) for first-contact psychosis was 184 [95% confidence interval (CI) 167-202]. Most deaths (84.2%, 374/444) were from natural causes, although suicide had the highest SMR (1165, 95% CI 873-1524). Diseases of the respiratory system and infectious diseases had the highest SMR of the natural causes of death (232, 95% CI 183-291). The risk of death from diseases of the circulatory system was also elevated compared

with the general population (SMR 139, 95% CI 117-164) whereas there was no such difference for neoplasms (SMR 111, 95% CI 86-141). There was strong evidence that the mortality gap compared with the general population for all causes of death (p<0.001) and all natural causes (p=0.01) increased over the four decades of the study. There was weak evidence that cardiovascular deaths may be increasing relative to the general population (p=0.07). CONCLUSIONS: People with first-contact psychosis have an overall mortality risk that is nearly double that of the general population. Most excess deaths are from natural causes. The widening of the mortality gap over the last four decades should be of concern to all clinicians involved in delivering healthcare.

Gal, G., Goral, A., Murad, H., et al. (2012). "Cancer in parents of persons with schizophrenia: is there a genetic protection?" Schizophr Res **139**(1-3): 189-193.

A reduced risk for cancer has been noted among persons with schizophrenia as well as their first degree relatives. One explanation for these findings suggests that genes associated with schizophrenia confer reduced cancer susceptibility. Given the well documented genetic factor in schizophrenia it could thus be expected that cancer incidence rates should be lower in persons with schizophrenia with a known family history of schizophrenia compared to persons with sporadic schizophrenia, as well as their first degree relatives. This study investigated the risk for cancer among the biological parents of persons with schizophrenia accounting for the familial aggregation. Linkage was conducted between national population, psychiatric and cancer databases. Standardized incidence rates for all cancer sites were calculated by comparing the parents' rates with those of the general population. In addition, the association between familial aggregation of schizophrenia and risk for cancer was calculated among the parents. A reduced cancer risk was found among the parents compared to the general population (SIR 0.8, 95% CI 0.8-0.9). However, no evidence of decreased risk was associated with familial schizophrenia. Thus, no association between familial aggregation and cancer incidents was found with regard to most cancer sites. Moreover, a small, but not statistically significant increased risk of colon cancer was associated with familial aggregation scores among the parents (OR 1.2, 95% CI 1.0-1.5). These findings undermine the support to the genetic explanation for the reduced risk for cancer in schizophrenia among patients and their biological parents.

Magalhaes, P. V., Kapczinski, F., Nierenberg, A. A., et al. (2012). "Illness burden and medical comorbidity in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder." Acta Psychiatr Scand **125**(4): 303-308.

OBJECTIVE: Coexisting chronic medical conditions are common in bipolar disorder. Here, we report the prevalence and correlates of medical comorbidity in patients enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). We were particularly interested in associations between variables reflecting illness chronicity and burden with comorbid medical conditions. METHOD: We used intake data from the open-label component of the STEP-BD. History of medical comorbidity was obtained from the affective disorders evaluation, and its presence was the outcome of interest. The sample size in analyses varied from 3399 to 3534. We used multiple Poisson regression to obtain prevalence ratios. RESULTS: The prevalence of any medical comorbidity in the sample was 58.8%. In addition to demographic variable, several clinical characteristics were associated with the frequency of medical comorbidity. Having more than 10 previous mood episodes, childhood onset, smoking, lifetime comorbidity with anxiety, and substance use disorders were independently associated with having a medical comorbidity in the final multivariate model. CONCLUSION: The results presented here reveal strong associations between variables related to illness chronicity and medical burden in bipolar disorder. This lends

further support to recent multidimensional models incorporating medical morbidity as a core feature of bipolar disorder.

McGinty, E. E., Zhang, Y., Guallar, E., et al. (2012). "Cancer incidence in a sample of Maryland residents with serious mental illness." Psychiatr Serv **63**(7): 714-717.

OBJECTIVE: Persons with serious mental illness have an increased mortality rate and a higher burden of many medical conditions compared with persons without serious mental illness. Cancer risk in the population with serious mental illness is uncertain, and its incidence was examined by race, sex, and cancer site in a community-based cohort of adults with schizophrenia or bipolar disorder. METHODS: The authors calculated standardized incidence ratios of total and site-specific cancers in a cohort of 3,317 Maryland Medicaid adult beneficiaries with schizophrenia or bipolar disorder followed from 1994 through 2004 for comparison with the U.S. population. RESULTS: Total cancer incidence for adults with schizophrenia or bipolar disorder was 2.6 times higher in the cohort. Elevated risk was greatest for cancer of the lung. No differences in risk were found for African-American versus white Medicaid beneficiaries with serious mental illness. CONCLUSIONS: These findings suggest that there is a heightened risk of cancer among adults with schizophrenia or bipolar disorder. Clinicians should promote appropriate cancer screening and work to reduce modifiable risk factors, such as smoking, among persons with serious mental illness.

Whitley, E., Batty, G. D., Mulheran, P. A., et al. (2012). "Psychiatric disorder as a risk factor for cancer: different analytic strategies produce different findings." Epidemiology **23**(4): 543-550.

BACKGROUND: Reported associations between psychiatric disorders and cancer incidence are inconsistent, with cancer rates in psychiatric patients that are variously higher than, similar to, or lower than the general population. Understanding these associations is complicated by difficulties in establishing the timing of onset of psychiatric disorders and cancer, and by the possibility of reverse causality. Some studies have dealt with this problem by excluding patients with cancers predating their psychiatric illness; others have not considered the issue. METHODS: We examined associations between psychiatric hospitalization and cancer incidence in a cohort of 1,165,039 Swedish men, and we explored the impact of different analytic strategies on these associations using real and simulated data. RESULTS: Relative to men without psychiatric hospitalization, we observed consistent increases in smoking-related cancers in those with psychiatric hospitalizations, regardless of analytic approach (eg, hazard ratio = 1.73 [95% confidence interval = 1.52-1.96]). However, associations with cancers unrelated to smoking were highly dependent on analytic strategy. In analyses based on the full cohort, we observed no association or a modest increase in cancer incidence in those with psychiatric hospitalizations (1.14 [1.07-1.22]). In contrast, when men whose cancer predated their psychiatric hospitalizations were excluded, future cancer incidence was lower in psychiatric patients (0.72 [0.67-0.78]). Results from simulated data suggest that even modest exclusions of this type can lead to strong artifactual associations. CONCLUSIONS: Psychiatric disorder-cancer incidence associations are complex and influenced by analytic strategy. A better understanding of the temporal relationship between psychiatric disorder and cancer incidence is required.

2011

Chou, F. H., Tsai, K. Y., Su, C. Y., et al. (2011). "The incidence and relative risk factors for developing cancer among patients with schizophrenia: a nine-year follow-up study." Schizophr Res **129**(2-3): 97-103.

OBJECTIVE: To estimate the incidence and relative risk of developing cancer as well as the mortality rate after cancer diagnosis for patients with schizophrenia compared with the general population. METHODS: Our population for this study was identified before the end of 1999. The study included 59,257 patients with schizophrenia and 178,156 age- and gender-matched individuals without schizophrenia as controls, who were selected from the 23,981,020 subjects in the National Health Insurance Research Database (NHIRD), which consists of 96% of the entire Taiwanese population. From the 2000 to 2008 NHIRD, we calculated the cancer incidence and survival time after cancer diagnosis in each of the two groups. Based on the International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM), the cancers were divided into nine groups. RESULTS: During the nine-year follow-up period, 1145 (1.93%) of the patients with schizophrenia and 5294 (2.97%) of the control group developed cancer. The patients with schizophrenia had a significantly lower cancer incidence than those in the control group in both the male (OR=0.50, 95% CI, 0.46-0.55) and female (OR=0.81, 95% CI, 0.74-0.88) populations. Patients with schizophrenia were less likely to develop cancer than individuals in the control group for every cancer type except breast and cervical/uterine cancer. After adjustment using the Cox regression model, patients with schizophrenia had an overall decreased cancer risk (adjusted hazard ratio 0.71, 95% CI, 0.66-0.76) compared to the control population. For all cancer patients, the mortality adjusted hazard ratio for patients with schizophrenia versus the control group was 1.36 (95% CI, 1.24-1.50) after adjusting for other variables. CONCLUSIONS: Although the likelihood of developing cancer among patients with schizophrenia (0.64) was less than that of the non-schizophrenia group, the mortality rate among patients with schizophrenia was higher than that of the control group.

Preti, A. et Wilson, D. R. (2011). "Schizophrenia, cancer and obstetric complications in an evolutionary perspective-an empirically based hypothesis." Psychiatry Investig **8**(2): 77-88.

OBJECTIVE: Patients diagnosed with schizophrenia have reduced fecundity and premature mortality (both accidental and violent) with no obvious compensatory advantages among kin. The prevalence of the disorder is around 0.7/1%, higher than the expected prevalence of spontaneous mutations. Genes favoring schizophrenia may have been positively selected in the environment of evolutionary adaptation. Literature on potential adaptive genes is reviewed within an evolutionary framework. METHODS: Literature search on major scientific search engine (PubMed/Medline, Ovid/PsychInfo) on papers aimed at investigating potential pathways justifying a mutation-selection balanced model. Findings are presented with a narrative touch to favor readability and understanding. RESULTS: Reduced incidence of cancer in both patients diagnosed with schizophrenia and their siblings was reported worldwide. Such findings are notable given higher cancer risk factors in schizophrenia, i.e., smoking, alcohol abuse, obesity, poor diet, and poor adherence to therapy. Some genes involved in cancer proliferation might as well confer protective advantage in immune-surveillance, inflammation, vascular proliferation or apoptosis that otherwise will adversely affect early neurodevelopment. CONCLUSION: Evidence that reduced risk of certain somatic diseases is associated with schizophrenia is quite significant to progress in the evolutionary epidemiological analysis of psychopathology.

Seeman, M. V. (2011). "Preventing breast cancer in women with schizophrenia." Acta Psychiatr Scand **123**(2): 107-117.

OBJECTIVE: To record risk factors for breast cancer in women with schizophrenia and recommend preventive actions. METHOD: A PubMed literature search (from 2005 to 2010) was conducted, using the search terms 'schizophrenia', 'antipsychotics', 'breast cancer' and

'risk factors'. RESULTS: Several risk factors of relevance to schizophrenia were identified: obesity, elevated prolactin levels, low participation in mammography screening, high prevalence of diabetes, comparatively low parity, low incidence of breastfeeding, social disadvantage, high levels of smoking and alcohol consumption, low activity levels. CONCLUSION: Awareness of breast cancer risk should lead to more accurate risk ascertainment, stronger linkage with primary care, regular monitoring and screening, judicious choice and low dose of antipsychotic treatment, concomitant use of adjunctive cognitive and psychosocial therapies, referral to diet and exercise programmes as well as smoking and drinking cessation programmes, avoidance of hormonal treatment and discussion with patient and family about the pros and cons of preventive measures in high-risk women. Psychiatrists are in a position to reverse many of the identified risk factors.

Steinert, T., Breier, A. et Flammer, E. (2011). "[Preventive medical checkups and consultations in people with schizophrenia and a comparison group of similar social status]." Psychiatr Prax **38**(2): 87-90.

OBJECTIVE: To examine whether the utilisation of preventive medical checkups and contacts to doctors differs between people with schizophrenia and a comparison group of comparable social status in Germany. METHOD: 120 patients, each 40 from a hospital, an out-patient clinic and a residential home, were interviewed as well as 118 attendants of a social welfare office as a comparison group. RESULTS: Cancer screenings were realised less frequently than in the general population both among the patients and the controls. Contacts with doctors of somatic disciplines were more frequent among patients than among controls and the general population. CONCLUSION: The health behaviour of patients with schizophrenia was not significantly different from a comparison group with similar social status.

2010

Bushe, C. J. et Hodgson, R. (2010). "Schizophrenia and cancer: in 2010 do we understand the connection?" Can J Psychiatry **55**(12): 761-767.

OBJECTIVE: in recent years, there has been a plethora of cancer mortality and incidence data reported in schizophrenia. Despite this, there has been little focus on cancer in schizophrenia guidelines. Additionally, there have been suggestions that schizophrenia may provide inherent protection against cancer. The goal of this review is to establish, using recent data, the incidence and mortality rates for cancer in schizophrenia. METHOD: we identified systematic reviews and meta-analyses and undertook a search using the Medical Subject Headings' entry terms schizophrenia and neoplasm. RESULTS: incidence and mortality rates for cancer in schizophrenia are increased, compared with relevant general populations. Data are not uniformly reported and cohort ages tend to be young for expected cancer incidence. Despite the young cohort ages, the incidence of the major cancers-lung and breast-are substantially increased. Confounders are often not measured in the epidemiologic databases. When lung cancer is adjusted for smoking rates, there appears to be a lower risk of lung cancer than expected providing some basis to support an inherently reduced risk of cancer. There may also be a dissonance between incidence and mortality rates that suggest a prejudice against either diagnosis or treatment of these vulnerable patients. CONCLUSION: a single definitive study of schizophrenia and cancer is unfeasible, and future research will lean heavily on systematic review and meta-analysis. Researchers should report cancer data to include age and follow-up data and cohort overlap. Cancer accounts for almost an equivalent mortality as cardiovascular disease.

Hodgson, R., Wildgust, H. J. et Bushe, C. J. (2010). "Cancer and schizophrenia: is there a paradox?" J Psychopharmacol **24**(4 Suppl): 51-60.

People with schizophrenia are more likely to die prematurely than the general population from both suicide and physical ill health. Published studies examining the incidence of cancer in schizophrenia patients report increased, reduced or similar incidence compared with the general population. Older studies tended to report lower incidence rates which fuelled speculation as to the biological and other mechanisms for this protective effect. Furthermore, mortality rates in patients with schizophrenia appear higher than expected. We undertook a non-systematic review of published data to give an overview for these variable findings and illustrate methodological confounders by highlighting a systematic review of breast cancer studies.

Howard, L. M., Barley, E. A., Davies, E., et al. (2010). "Cancer diagnosis in people with severe mental illness: practical and ethical issues." Lancet Oncol **11**(8): 797-804.

There has been increasing recognition of the high physical morbidity in patients with severe mental illness, but little has been written about cancer in these patients. Therefore, we review the published work on risk of cancer in patients with severe mental illness, treatment challenges, and ethical issues. Severe mental illness is associated with behaviours that predispose an individual to an increased risk of some cancers, including lung and breast cancer, although lower rates of other cancers are reported in this population. Severe mental illness is also associated with disparities in screening for cancer and with higher case-fatality rates. This higher rate is partly due to the specific challenges of treating these patients, including medical comorbidity, drug interactions, lack of capacity, and difficulties in coping with the treatment regimen as a result of psychiatric symptoms. To ensure that patients with severe mental illness receive effective treatment, inequalities in care need to be addressed by all health-care professionals involved, including those from mental health services and the surgical and oncology teams.

2009

Bushe, C. J., Bradley, A. J., Wildgust, H. J., et al. (2009). "Schizophrenia and breast cancer incidence: a systematic review of clinical studies." Schizophr Res **114**(1-3): 6-16.

OBJECTIVES: Studies examining the incidence of breast cancer in schizophrenia patients report increased, reduced or similar incidence compared to the general population. We undertook a systematic review of published data to investigate possible reasons for the variable findings. METHODS: The review was conducted according to the recommendations of the Meta-Analysis of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group [Stroup, D.F., Berlin, J.A., Morton, S.C., Olkin, I., Williamson, G.D., Rennie, D., Moher, D., Becker, B.J., Sipe, T.A., Thacker, S.B. 2000. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. JAMA. 283(15) 2008-2012.]. Methodological issues (Quality Markers) that may explain the variability in the data were identified. Data relating to these issues and the standard incidence rates were extracted. Results were then interpreted in relation to these quality markers. RESULTS: Data are available from over 6000 female patients with schizophrenia from 13 studies and are reported in comparison to age matched general populations from the relevant country from 1986 to 2008. Although results are widely discrepant ranging from 52% increase in risk to 40% decrease, these data may be understood in terms of cohort age, size and length of follow up as the confounders. Six of 13 studies report an increased or marginally increased

incidence of breast cancer. These tend to be studies with more than 100 incident cases of breast cancer, greater than 100,000 person years follow up and older populations. CONCLUSIONS: Breast cancer may be increased in female subjects with schizophrenia. Inconsistencies in study findings may be due to methodological issues such as low statistical power and the age range of cohorts studied. There is no proven risk factor to explain these data; however reduced parity and hyperprolactinaemia may represent putative aetiological factors. Consideration of screening of female patients with schizophrenia for breast cancer is important for clinicians and researchers.

Levav, I., Kohn, R., Barchana, M., et al. (2009). "The risk for cancer among patients with schizoaffective disorders." J Affect Disord **114**(1-3): 316-320.

BACKGROUND: Several epidemiological studies explored the risk for cancer among both persons with schizophrenia and their first-degree relatives, and among patients with bipolar disorder. No studies have yet explored the risk among persons with schizoaffective disorders. METHOD: Linkage analysis was conducted based on the psychiatric and the cancer national databases. Standardized incidence ratios (SIR) for aggregated cancer sites were calculated by comparing the incidence rates among patients in the psychiatric case register with schizoaffective disorders with the incidence rates in the Jewish-Israeli general population. RESULTS: No significant alteration in cancer risk was found for both genders: males, SIR=1.11, 95% CI (0.48-1.73) and females, SIR=1.38, 95% CI (0.96-1.80). LIMITATIONS: Our sample was derived from patients with a history of psychiatric hospitalization. Putative factors such as diet, smoking and medications were not investigated. CONCLUSIONS: Our study showed no significant increase in the risk for cancer in schizoaffective disorders. Those results appear to be positioned between the schizophrenia findings that show a lower risk for cancer and the bipolar disorder findings that show an increased risk.

Martens, P. J., Chochinov, H. M., Prior, H. J., et al. (2009). "Are cervical cancer screening rates different for women with schizophrenia? A Manitoba population-based study." Schizophr Res **113**(1): 101-106.

CONTEXT: Barriers to cervical cancer screening (Pap tests) may exist for women experiencing schizophrenia. DESIGN: This study analyzed healthcare records of all women in the province of Manitoba, Canada to: (a) compare cervical cancer screening rates of women with and without schizophrenia; and (b) determine factors associated with screening uptake. SETTING: This study took place in Manitoba, Canada, utilizing anonymized universal administrative data in the Population Health Research Data Repository at the Manitoba Centre for Health Policy. PARTICIPANTS: All females aged 18-69 living in Manitoba December 31, 2002, excluding those diagnosed with invasive or in situ cervical cancer in the study period or previous 5 years. MAIN OUTCOME: To determine factors associated with Papanicolaou (Pap) test uptake (1+ Pap test in 3 years, 2001/02-2003/04), logistic regression modeling included: diagnosis of schizophrenia, age, region, average household income, continuity of care (COC), presence of major physical comorbidity. Good COC was defined as at least 50% of ambulatory physician visits from the same general/family practitioner within two years. RESULTS: Women with schizophrenia (n=3220) were less likely to have a Pap test (58.8% vs. 67.8%, p<.0001) compared to all other women (n=335 294). In the logistic regression, a diagnosis of schizophrenia (aOR=0.70, 95% CI 0.65-0.75); aged 50+, and living in a low-income area or the North decreased likelihood; good continuity of care (aOR 1.88, 95% CI 1.85-1.91) and greater physical comorbidity (1.21, 95% CI 1.04-1.41) increased likelihood. CONCLUSION: Women with schizophrenia are less likely to receive appropriate cervical cancer screening. Since good continuity of care by primary care physicians may mitigate this, psychiatrists should consider assisting in ensuring screening uptake.

Schraub, S., Sancho-Garnier, H. et Velten, M. (2009). "Existe-t-il un lien entre un événement psychique et le risque de survenue d'un cancer ?" Revue D'epidémiologie et de Santé Publique **57**(2): 113-123.

L'idée d'un lien causal entre un événement psychique et le déclenchement d'un cancer est largement répandue dans le public et parmi les médecins. Une revue des publications récentes concernant les études épidémiologiques consacrées à ce sujet a été effectuée, avec une analyse des différents types d'études (méta-analyses, cas-témoins, cohortes) sur le rôle des événements difficiles de la vie (stress), des troubles de la personnalité et de la dépression dans l'apparition des cancers du sein et d'autres types de cancers. Il existe une grande hétérogénéité dans les études qui comportent des biais pouvant expliquer des résultats divergents. Nous n'avons retenu dans cette analyse que les 32 études dont la méthodologie permet l'interprétation la moins biaisée possible. Au total, 18 études sur les 32 retenues ne montrent pas de lien entre facteurs psychologiques et risque de cancer, six travaux ne montrent une association que dans certains sous-groupes et quatre enquêtes, dont trois du même auteur, montrent une liaison inverse pour des cancers féminins. En ce qui concerne les éléments stressants de la vie et les cancers du sein, les résultats sont légèrement en faveur d'une augmentation du risque pour quatre études, mais sont contrebalancés par quatre autres études dont les résultats sont non significatifs et une qui montre une association en sens inverse. Pour les événements stressants de la vie en relation avec les autres cancers, les diverses analyses sont plutôt en faveur d'une absence de lien à l'exception, peut-être, des cancers en rapport avec l'environnement oestrogénique chez les femmes (cancer du côlon et de l'endomètre), où le stress apparaît protecteur. Aucune des études ne montre de lien significatif entre un trouble de la personnalité et le risque de cancer. Enfin, en ce qui concerne le lien entre dépression et risque de cancer, aucune conclusion ne peut être tirée. Dans l'état actuel des connaissances, il paraît difficile de conclure à la responsabilité des événements stressants de la vie, d'un type de personnalité particulier ou d'une dépression dans l'apparition de certains cancers. (R.A.).

Tran, E., Rouillon, F., Loze, J. Y., et al. (2009). "Cancer mortality in patients with schizophrenia: an 11-year prospective cohort study." Cancer **115**(15): 3555-3562.

BACKGROUND: Schizophrenia has been associated with a rate of premature mortality that is 2 to 3 times higher than that in the general population. Although the role of cancer in this excess mortality remains unclear, previous incidence or mortality studies found contradictory results. METHODS: In 1993, a large prospective study was initiated in a cohort of 3470 patients with schizophrenia to examine cancer-related mortality and predictors. Standardized mortality ratios (SMRs) were calculated, adjusting for age and sex relative to a representative sample of the French general population. RESULTS: During the 11-year follow-up, 476 (14%) patients died; the mortality rate was thus nearly 4-fold higher than in the general population. Cancer was the second most frequent cause of mortality (n=74), with a global SMR of 1.5 (95% confidence interval [95% CI], 1.2-1.9). For all cancers, the SMRs were 1.4 (not significant) for men and 1.9 (95% CI, 1.4-2.8) for women. For men, lung cancer was the most frequent localization (n=23; 50%), with an SMR of 2.2 (95% CI, 1.6-3.3). For women, breast cancer was the most frequent localization (n=11; 39%), with an SMR of 2.8 (95% CI, 1.6-4.9). In comparison with patients who did not die of cancer, there were 2 significant baseline predictors of death by lung cancer in the final logistic regression model: duration of smoking and age>38 years. CONCLUSIONS: The results of the current study demonstrated an increased risk of mortality by cancer in patients with schizophrenia, especially for women from breast cancer and for men from lung cancer.

2008

Barak, Y., Levy, T., Achiron, A., et al. (2008). "Breast cancer in women suffering from serious mental illness." Schizophr Res **102**(1-3): 249-253.

BACKGROUND: Breast cancer is a major public health concern and the most common cause of cancer-related mortality among women. Compared with the general population, schizophrenia patients have been reported to have lower or similar rates of breast cancer despite several risk factors such as excess smoking, obesity and hyperprolactinemia. However, it has been argued that psychiatric morbidity itself may be the confounding factor that affects cancer incidence and not particularly schizophrenia. OBJECTIVE: To evaluate the frequency of breast cancer in a large cohort of female schizophrenia patients utilizing tertiary psychiatric care and to compare it with that of female inpatients with other serious mental illness (SMI). METHOD: Data were analyzed from a cohort of 2011 female schizophrenia patients and 6243 female SMI patients. All patient's records in the database were meshed with records of the Israeli National Cancer Registry to identify pathologically confirmed cancer co-morbidity. Cancer incidence rates among patients were compared with the expected incidence in age matched general population for the same time interval. RESULTS: Among 2011 female schizophrenia patients, 51 (2.5%) developed breast cancer vs. 83 (1.3%) breast cancer cases amongst SMI patients. The standardized incidence ratios (SIR) for breast cancer were low for both patient groups; 0.63 (95% CI, 0.47-0.83) and 0.54 (95% CI, 0.43-0.67) (schizophrenia and SMI respectively). CONCLUSIONS: The findings emphasize that reduced risk of breast cancer is found in a tertiary care cohort of female schizophrenia patients. Yet, breast and ovarian cancer screening for all women who are on long term drugs that induce weight gain or hyperprolactinemia should not be neglected. Our study emphasizes the probable contribution of environmental factors to the mechanisms responsible for this lower risk.

BarChana, M., Levav, I., Lipshitz, I., et al. (2008). "Enhanced cancer risk among patients with bipolar disorder." J Affect Disord **108**(1-2): 43-48.

BACKGROUND: In contrast to numerous epidemiological studies that explored the risk for cancer among persons with schizophrenic psychoses, analogous studies conducted on people with bipolar disorder are rarer, despite some commonalities in biological, treatment-related variables and unhealthy lifestyles. This study investigates the risk for cancer among psychiatric inpatients diagnosed with bipolar disorder. METHODS: Linkage analysis was conducted based on the psychiatric and the cancer national databases. Standardized incidence ratios (SIR) for both aggregated sites and for breast cancer were calculated by comparing the incidence rates among hospitalized patients with bipolar disorder with the incidence rates in the Jewish-Israeli general population. RESULTS: An enhanced cancer risk was found for bipolar disorder in both genders: men, SIR 1.59 (95% CI 1.01-2.17); women, SIR 1.75 (95% CI 1.31-2.18). The risk for breast cancer was higher, but not significantly, than in the general female population, SIR 1.70 (95% CI 0.99-2.41). LIMITATIONS: Our sample was derived from psychiatric inpatients, thus it is likely that the bipolar disorder cases had greater severity. Putative factors such as diet, smoking and medications were not investigated. CONCLUSIONS: Our study showed an enhanced risk for cancer among patients with bipolar disorder. Clinicians might note this risk for timely diagnosis and treatment.

2007

Hippisley-Cox, J., Vinogradova, Y., Coupland, C., et al. (2007). "Risk of malignancy in patients with schizophrenia or bipolar disorder: nested case-control study." Arch Gen Psychiatry **64**(12): 1368-1376.

CONTEXT: There is conflicting evidence on whether people with schizophrenia have a different risk of cancer from that of the general population. OBJECTIVE: To determine the risk of 6 common cancers in patients with schizophrenia or bipolar disorder. DESIGN: Population-based, nested, case-control study. SETTING: A total of 454 practices contributing to the QRESEARCH general practice database. PARTICIPANTS: We analyzed 40,441 incident cases of 6 cancers (breast, colon, rectal, gastroesophageal, prostate, and respiratory) and up to 5 controls per case matched by single year of age, sex, general practice, and calendar time. MAIN OUTCOME MEASURES: Odds ratios (ORs) for cancer risk associated with schizophrenia and bipolar disorder, adjusting for smoking, body mass index, socioeconomic status, comorbidities, and prescribed medications, including antipsychotics. RESULTS: For breast cancer, we identified 10,535/50,074 cases/controls; colon cancer, 5108/24,458; rectal cancer, 3248/15,552; gastroesophageal cancer, 3854/18,477; prostate cancer, 10,190/48,748; and respiratory cancer, 7506/35,981. After adjustment, patients with schizophrenia had a 190% increased colon cancer risk (adjusted OR, 2.90; 95% confidence interval [CI], 1.85-4.57), a marginal increased breast cancer risk (adjusted OR, 1.52; 95% CI, 1.10-2.11), and a 47% decreased respiratory cancer risk (adjusted OR, 0.53, 95% CI, 0.34-0.85). Patients with schizophrenia taking antipsychotics had a 308% increased colon cancer risk (adjusted OR, 4.08; 95% CI, 2.43-6.84). Patients with bipolar disorder had cancer risks similar to patients with neither condition after adjustment. CONCLUSIONS: Patients with schizophrenia have a significantly higher risk of colon cancer and a lower risk of respiratory cancer compared with patients without schizophrenia after adjustment for confounders. In contrast, the risks of cancer in patients with and without bipolar disorder are similar, suggesting that residual confounding is unlikely to explain the findings. The increased risk of colon cancer is particularly marked in patients with schizophrenia who take antipsychotic medications.

Levav, I., Lipshitz, I., Novikov, I., et al. (2007). "Cancer risk among parents and siblings of patients with schizophrenia." Br J Psychiatry **190**: 156-161.

BACKGROUND: A reduced risk of cancer has been noted among people with schizophrenia. Given that genetic causes have been proposed as an explanation of this finding, one would expect that the risk of cancer among first-degree relatives would be equally reduced. AIMS: To investigate the risk of cancer among the biological parents and full siblings of people receiving in-patient care for schizophrenia. METHOD: Linkage analysis was conducted between national population, psychiatric and cancer databases. Standardised incidence ratios for all cancer sites were calculated by comparing the incident rates among first-degree relatives with national incidence rates. RESULTS: A reduced cancer risk was found across all groups examined. Among parents, whose numbers were adequately large, the findings reached statistical significance. For index cases and siblings--a markedly younger population--only a trend was elicited. CONCLUSIONS: The genetic hypothesis--namely, the presence of a gene with the dual effect of reducing the cancer risk and disrupting neurodevelopment--is a plausible explanation for these findings.

Osborn, D. P., Levy, G., Nazareth, I., et al. (2007). "Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database." Arch Gen Psychiatry **64**(2): 242-249.

CONTEXT: People with severe mental illness (SMI) appear to have an elevated risk of death

from cardiovascular disease, but results regarding cancer mortality are conflicting. OBJECTIVE: To estimate this excess mortality and the contribution of antipsychotic medication, smoking, and social deprivation. DESIGN: Retrospective cohort study. SETTING: United Kingdom's General Practice Research Database. Patients Two cohorts were compared: people with SMI diagnoses and people without such diagnoses. Main Outcome Measure Mortality rates for coronary heart disease (CHD), stroke, and the 7 most common cancers in the United Kingdom. RESULTS: A total of 46 136 people with SMI and 300 426 without SMI were selected for the study. Hazard ratios (HRs) for CHD mortality in people with SMI compared with controls were 3.22 (95% confidence interval [CI], 1.99-5.21) for people 18 through 49 years old, 1.86 (95% CI, 1.63-2.12) for those 50 through 75 years old, and 1.05 (95% CI, 0.92-1.19) for those older than 75 years. For stroke deaths, the HRs were 2.53 (95% CI, 0.99-6.47) for those younger than 50 years, 1.89 (95% CI, 1.50-2.38) for those 50 through 75 years old, and 1.34 (95% CI, 1.17-1.54) for those older than 75 years. The only significant result for cancer deaths was an unadjusted HR for respiratory tumors of 1.32 (95% CI, 1.04-1.68) for those 50 to 75 years old, which lost statistical significance after controlling for smoking and social deprivation. Increased HRs for CHD mortality occurred irrespective of sex, SMI diagnosis, or prescription of antipsychotic medication during follow-up. However, a higher prescribed dose of antipsychotics predicted greater risk of mortality from CHD and stroke. CONCLUSIONS: This large community sample demonstrates that people with SMI have an increased risk of death from CHD and stroke that is not wholly explained by antipsychotic medication, smoking, or social deprivation scores. Rates of nonrespiratory cancer mortality were not raised. Further research is required concerning prevention of this mortality, including cardiovascular risk assessment, monitoring of antipsychotic medication, and attention to diet and exercise.

2006

Damjanovic, A., Ivkovic, M., Jasovic-Gasic, M., et al. (2006). "Comorbidity of schizophrenia and cancer: clinical recommendations for treatment." Psychiatr Danub **18**(1-2): 55-60.

The paper analyzes some issues on the comorbidity between schizophrenia and cancer. Epidemiological studies have reported contradictory results, but it is certain that patients with schizophrenia are more likely to suffer from risk factors for cancer development, such as increased alcohol abuse, obesity, nicotine dependence and decreased physical activity. The paper gives guidelines for the treatment of cancer in patients with schizophrenia, and discusses possible interactions between chemotherapy and psychotropic drugs. Particular attention is paid to the use of antipsychotics which increase the level of prolactin, in view of the possible risk of breast and endometrial cancer in patients with schizophrenia.

2005

Barak, Y., Achiron, A., Mandel, M., et al. (2005). "Reduced cancer incidence among patients with schizophrenia." Cancer **104**(12): 2817-2821.

BACKGROUND: The incidence of cancer in patients with schizophrenia has been conversely reported to be higher, lower, or similar to that in the general population. The effects of lifestyle factors such as excess smoking, exposure to neuroleptic medications, and genetic factors that may influence the incidence of cancer in this group are not clear. The current study was performed to evaluate the frequency of cancer in a large cohort of patients with schizophrenia and to determine the standardized incidence ratios (SIRs) of any malignancy in

this group. METHODS: Data regarding the design, setting, and participants of the current study were analyzed from a cohort of 3226 patients with schizophrenia who were enrolled in the computerized health registry of the Abarbanel Mental Health Center between 1993-2003. The mean age of the patients at the time of the diagnosis of cancer was 49 +/- 14.7 years, with the majority of patients (61%) being male. All patients with schizophrenia records in the database were combined with the records of the Israeli National Cancer Registry to identify pathologically confirmed cancer comorbidity. The cancer incidence rates among patients with schizophrenia were compared with the expected incidence in an age-matched and gender-matched general population sample for the same time interval. RESULTS: Among 1247 female patients with schizophrenia, 22 (1.8%) developed breast cancer and 68 (5.5%) developed cancers of any type. Fifty-two of the 1979 male schizophrenic patients (2.6%) developed cancer. The SIRs were 0.58 (95% confidence interval [95% CI], 0.48-0.69) with a P value of < 0.05 for all cancers in the cohort, and 0.60 (95% CI, 0.37-0.90) for female breast cancer. CONCLUSIONS: The results of the current study demonstrate a reduced risk of cancer in patients with schizophrenia. The mechanisms responsible for the lower risk need be investigated further.

Goldacre, M. J., Kurina, L. M., Wotton, C. J., et al. (2005). "Schizophrenia and cancer: an epidemiological study." Br J Psychiatry **187**: 334-338.

BACKGROUND: For decades there has been interest in the possibility that people with schizophrenia might have some protection against cancer, and that, if this were so, it might hold clues about aetiological mechanisms in schizophrenia. AIMS: To study cancer incidence in schizophrenia. METHOD: Cohort analysis of linked hospital and death records was used to compare cancer rates in people with schizophrenia with a reference cohort. RESULTS: We did not find a reduced risk for cancer overall (rate ratio 0.99,95% CI 0.90-1.08) or for most individual cancers. There was, however, a significantly low rate ratio for skin cancer (0.56,95% CI 0.36-0.83). CONCLUSIONS: We found no evidence that schizophrenia confers protection against cancer in general. Low rates of cancer are consistent with the hypothesis that sun exposure may influence the development of schizophrenia, although other explanations are also possible.

Grinshpoon, A., Barchana, M., Ponizovsky, A., et al. (2005). "Cancer in schizophrenia: is the risk higher or lower?" Schizophr Res **73**(2-3): 333-341.

Studies exploring the relationship between schizophrenia and cancer have shown conflicting results. Our study explores this association in three Jewish-Israeli population groups defined by their continent/place of birth (Israel, Europe-America, and Africa-Asia). The identification of the patients was made through the linkage of the nationwide psychiatric and cancer registries. The incidence of cancer in patients diagnosed with schizophrenia was compared with the incidence in the general population. The results showed that the cancer standardized incidence ratios (SIRs) for all sites were significantly lower among men and women with schizophrenia, 0.86 [95% confidence interval (CI) 0.80-0.93] and 0.91 (95% CI 0.85-0.97), respectively. This reduced overall risk was clearest for those born in Europe-America, both men (SIR 0.85, 95% CI 0.74-0.97) and women (SIR 0.86, 95% CI 0.77-0.94). Among women diagnosed with schizophrenia, the SIR was statistically higher for cancer in the breast among those born in Asia-Africa (1.37, 95% CI 1.12-1.63) and in the corpus uteri among the Israel-born (2.75, 95% CI 1.69-3.81) than among their counterparts in the general population. Lung cancer was significantly higher in men born in Asia-Africa diagnosed with schizophrenia than in the respective comparison population group (1.58, 95% CI 1.13-2.2). Our findings, and those of the literature, justify conducting a multinational study that includes identification of cancer-related risk factors among patients with schizophrenia and

their families, and information on the use of psychotropic medications. This effort may clarify an epidemiological puzzle that remains outstanding.

2002

Cohen, M., Dembling, B. et Schorling, J. (2002). "The association between schizophrenia and cancer: a population-based mortality study." Schizophr Res **57**(2-3): 139-146.

BACKGROUND: For most of this century there has been speculation that persons diagnosed with schizophrenia have a reduced incidence of cancer. OBJECTIVE: To determine if a history of cancer was more common in persons diagnosed with schizophrenia when compared with the general population, controlling for known risk and demographic factors. DESIGN: We used the 1986 National Mortality Followback Survey (NMFS) which sampled 1% of all deaths in the US from that year. Data were obtained from death certificates and records of hospitalizations in the last year of life. Additional health and demographic data were obtained through interviews with decedents' families and other informants. We compared persons diagnosed with schizophrenia (n=130) to individuals without schizophrenia (n=18,603) and used logistic regression to determine the odds ratio for the occurrence of cancer in persons diagnosed with schizophrenia. Adjustment for age at death was done to correct for the fact that persons diagnosed with schizophrenia die on average 10 years younger than the general population. MAIN OUTCOME MEASURE: A diagnosis of cancer on a hospital record or the death certificate. RESULTS: The unadjusted odds ratio for cancer among individuals with schizophrenia was 0.62 (95% confidence interval (CI) 0.40-0.96). After controlling for age, race, gender, marital status, education, net worth, smoking, and hospitalization in the year before death, we determined that the odds ratio for the diagnosis of cancer in persons with schizophrenia was 0.59 (95% CI 0.38-0.93). CONCLUSION: In this population-based study, we demonstrated a reduced risk of cancer among persons diagnosed with schizophrenia.

ASPECTS ECONOMIQUES : COUTS ET FINANCEMENT DES SOINS

Le fardeau économique des troubles de la santé mentale

Selon le *Panorama de la Santé : Europe 2018* de l'OCDE, les troubles de la santé mentale, comme la dépression, les troubles anxieux et les problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues, touchent plus d'une personne sur six dans l'Union européenne chaque année. Outre l'impact sur le bien-être de ces personnes, le rapport estime que les problèmes de santé mentale engendrent un coût total supérieur à 600 milliards d'euros – soit plus de 4 % du PIB – dans les 28 pays de l'UE en 2015 (le chiffre atteint 3,7% du PIB dans le cas de la France). Pour une grande part, ces coûts sont liés aux taux d'emploi et à la productivité moins élevés des personnes atteintes de troubles de la santé mentale (1.6 % du PIB ou 260 milliards d'euros) et aux dépenses plus importantes consacrées aux programmes de sécurité sociale (1.2 % du PIB ou 170 milliards d'euros), le reste correspondant aux dépenses directement allouées aux soins de santé (1.3 % du PIB ou 190 milliards d'euros). En France, la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) souligne, dans son rapport *« Charges et produits 2019 »*, le poids important de la santé mentale qui représente 14,5 % des dépenses totales, si l'on regroupe les « maladies psychiatriques » et l'ensemble des « prises en charge par psychotropes » (dont les anxiolytiques et hypnotiques) : 19,8 milliards d'euros (23 milliards d'euros). Par ailleurs, de nombreuses études françaises et internationales constatent un manque flagrant de financement au niveau de la recherche en santé mentale.

2019

Aubert, J. M. (2019). Réforme des modes de financement et de régulation ». Vers un modèle de

paiement combiné. Paris Ministère chargé de la santé**:** 47.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_rapport_final_vdef_2901.pdf

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, lancée en février 2018 par le Premier Ministre et la Ministre des Solidarités et de la Santé. Il fait suite à un premier rapport intermédiaire de juillet 2018 présentant les premières orientations de la mission task force réforme du financement et notamment les mesures de court terme dont la plupart sont en train d'être mises en place. Le système de santé français est caractérisé par un modèle de financement hétérogène en fonction des secteurs de soins, reposant majoritairement sur la quantité des soins produits dans le domaine des soins de ville et des soins hospitaliers (médecine, chirurgie et obstétrique). Les autres secteurs sont financés par des enveloppes dont les fondements sont parfois très largement établis sur des bases historiques. À un système de financement cloisonné entre les différents champs de la santé, le rapport recommande de substituer progressivement des modalités de financement commune aux différents acteurs du système de santé, pour rendre cohérentes les incitations des acteurs et favoriser leur coopération au service des besoins du patient et des résultats de santé obtenus. Les proportions relatives de chaque modalité de paiement ont toutefois vocation à varier selon les secteurs, pour prendre en compte leurs spécificités.

2018

Cnam. (2018). "La cartographie : Une analyse médicalisée des dépenses remboursées par l'assurance maladie sur la période 2012 -2016", Paris : Cnam
https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/presentation-et-principaux-resultats.php

Cette analyse médicalisée des patients et des dépenses permet notamment de répondre à des questions telles que : combien de personnes sont prises en charge pour cancers, maladies cardiovasculaires graves, maladies neurodégénératives, etc., et quels sont les coûts correspondants ? Quels sont les problèmes de santé dont les enjeux sont les plus importants en termes de nombre de personnes concernées et de coût ? Combien de personnes ont recours au système de soins pour des épisodes ponctuels, des opérations de chirurgie, des soins ambulatoires courants ? Comment ces effectifs et dépenses évoluent-ils ? La cartographie des pathologies et des dépenses s'appuie sur les données issues du Système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (Sniiram) ; elle concerne environ 57 millions de bénéficiaires du régime général (y compris les sections locales mutualistes) et près de 137 milliards d'euros de dépenses remboursées par le régime général de l'Assurance Maladie (plus de 162 milliards d'euros par extrapolation pour l'ensemble des régimes).

Ministère chargé de la santé (2018). "Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie." 31.
https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018

La stratégie nationale de santé constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle est définie par le Gouvernement et se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables. L'un des axes concerne la santé mentale dont ce document décline la feuille de route pour les années à venir.

Ministère chargé de la Santé (2018). Prise en charge de la psychiatrie en établissements de santé. Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018., Paris : Ministère chargé de la santé**:** 122-125

L'offre de soins en psychiatrie occupe un champ large, puisqu'elle touche tant au sanitaire, au médico-social, qu'aux soins de ville. Les dépenses, France entière, remboursées par l'assurance maladie au titre des maladies psychiatriques et de consommation de psychotropes, incluant les soins de ville (30%), les hospitalisations (48%) et les prestations en espèces (22%), ont atteint 22,5 Md€ en 2015, tous régimes confondus. Cette fiche se concentre sur les soins psychiatriques dispensés en établissements de santé. Sur ce champ, les crédits d'assurance maladie consacrés à la psychiatrie se décomposant en une dotation annuelle de financement (DAF) et un objectif quantifié national (OQN), se sont élevés à près de 9,7 Md€ en 2017.

OCDE (2018). "Promoting mental health in Europe : why and how ?". In: Health at a glance : Europe 2018. Paris OCDE**:** 19-40.
https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm

Health at a Glance: Europe 2018 presents comparative analyses of the health status of EU citizens and the performance of the health systems of the 28 EU Member States, 5 candidate countries and 3 EFTA countries. It is the first step in the State of Health in the EU cycle of knowledge brokering. This publication has two parts. Part I comprises two thematic chapters, the first focusing on the need for concerted efforts to promote better mental health, the second outlining possible strategies for reducing wasteful spending in health. In Part II, the most recent trends in key indicators of health status, risk factors and health spending are presented, together with a discussion of progress in improving the effectiveness, accessibility and resilience of European health systems.

Cnam (2018). "Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2019 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2019". Paris Cnam
www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2018-et-2019/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2018.php

Chaque année, l'Assurance Maladie présente au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'évolution des charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. À partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et des pratiques, et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales, le rapport Charges et produits pour l'année 2019 présente des propositions et des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité et l'efficience des soins, et à optimiser les dépenses de santé.

Fasseeh, A., Németh, B., Molnár, A., et al. (2018). "A systematic review of the indirect costs of schizophrenia in Europe." European journal of public health **28**(6): 1043-1049.

Background: Schizophrenia is a chronic disease associated with significant and long-lasting effects on health, and it is also a social and financial burden, not only for patients but also for families, other caregivers, and the wider society. It is essential to conduct the assessment of indirect costs, to understand all the effects of the disease on society. Our aim is to gain a better understanding of the indirect costs of schizophrenia in Europe. Methods: We

conducted a comprehensive systematic literature review covering EMBASE, Medline, and PsycINFO as well as reviewing Health Technology Assessment databases from different countries. We used a qualitative research synthesis for presenting information, as most of the studies were methodologically diverse, a quantitative analysis would have been impractical. Results: Indirect cost adjusted to inflation ranged vastly between studies included in the review from 119 Euros to 62, 034 Euros annually. The average proportion of indirect costs of total costs was 44%. Studies highlighted important cost drivers as age, gender, and disease severity, explaining the variation in costs between treatment and patient groups. Conclusions: Regardless of the methodological heterogeneity of the reviewed studies, there was an agreement about the significance of indirect costs of schizophrenia on the society. Considering the relatively high prevalence of schizophrenia in Europe, a need for more cost of illness studies especially from Central Eastern and Southern Europe is suggested.

2017

(2017). "Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques". Ottawa Commission de la santé mentale du Canada

Ce rapport de la Commission de la santé mentale du Canada est destiné aux décideurs, aux administrateurs des soins de santé et aux représentants élus afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées sur la meilleure façon d'investir les dollars réservés à la santé mentale. Il présente des exemples d'investissements en santé mentale fondés sur des données probantes qui entraînent des résultats optimaux en plus d'offrir aux gouvernements la meilleure probabilité de recouvrer leurs dépenses à l'avenir.

Hazo, J. B., Gandré, C., Leboyer, M., Obradors-Tarrago, C., Belli, S., McDaid, D., Park, A. L., Maliandi, M. V., Wahlbeck, K., Wykes, T., van Os, J., Haro, J. M. et Chevreul, K. (2017). "National funding for mental health research in Finland, France, Spain and the United Kingdom." Eur Neuropsychopharmacol **27**(9): 892-899.

As part of the Roamer project, we aimed at revealing the share of health research budgets dedicated to mental health, as well as on the amounts allocated to such research for four European countries. Finland, France, Spain and the United Kingdom national public and non-profit funding allocated to mental health research in 2011 were investigated using, when possible, bottom-up approaches. Specifics of the data collection varied from country to country. The total amount of public and private not for profit mental health research funding for Finland, France, Spain and the UK was euro10.2, euro84.8, euro16.8, and euro127.6 million, respectively. Charities accounted for a quarter of the funding in the UK and less than six per cent elsewhere. The share of health research dedicated to mental health ranged from 4.0% in the UK to 9.7% in Finland. When compared to the DALY attributable to mental disorders, Spain, France, Finland, and the UK invested respectively euro12.5, euro31.2, euro39.5, and euro48.7 per DALY. Among these European countries, there is an important gap between the level of mental health research funding and the economic and epidemiologic burden of mental disorders.

Lopez, A. et Turan-Pelletier, G. (2017). Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Paris IGAS**:** 2vol. (93;376).
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000071/index.shtml

Un Français sur trois est susceptible de souffrir de troubles mentaux au cours de sa vie. Le dispositif de soins psychiatriques s'est profondément transformé depuis la circulaire fondatrice de 1960 sur la sectorisation, qui visait à développer les soins ambulatoires par une équipe pluridisciplinaire responsable de la prise en charge de tous les patients de son territoire. Ce modèle dit « sectorisé » n'est qu'une partie du dispositif de soins qui comprend également les professionnels libéraux, les cliniques privées et quelques établissements de service public non sectorisés. Depuis 1960, le nombre de lits a été fortement réduit, cependant que les soins ambulatoires se sont développés et diversifiés ; parallèlement, la part des établissements privés lucratifs a augmenté. Au terme de ses travaux portant spécifiquement sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins (et non sur les pratiques des professionnels), la mission propose de nouvelles perspectives afin de garantir un égal accès de tous à des soins psychiatriques de qualité.

2016

Batterham, P. J., McGrath, J., McGorry, P. D., Kay-Lambkin, F. J., Hickie, I. B. et Christensen, H. (2016). "NHMRC funding of mental health research." Med J Aust **205**(8): 350-351.

Durand-Zaleski, I., Coldefy, M., Chevreul, K., et al. (2016). "Les enjeux économiques de la santé mentale : perspectives et recherches internationales", Montrouge : John Libbey Eurotext http://www.fondation-fondamental.org/file/550/download?token=j_c_B0aE

Réalisé dans le cadre des conférences 2014-2014 du Réseau de coordination scientifique en santé mentale, et compte tenu de l'impact de la santé mentale sur la société d'aujourd'hui, cette publication rassemble les contributions de différents experts du secteur afin de faire le point sur l'impact médico-économique des maladies mentales depuis la question des méthodes permettant l'évaluation des ressources nécessaires à l'obtention d'un résultat médical efficient, aux résultats, comme la mesure des disparités de moyens d'une région à l'autre, l'étude des stratégies de mesure de la réduction du coût et de l'amélioration de la qualité de vie par pathologie.

Jacobs, R., Chalkley, M., Aragon, M. J., et al. (2016). Funding of Mental Health Services: Do Available Data Support Episodic Payment? CHE Research Paper Series ;137. York University of York www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP137_mental_health_data_episodic_payment.pdf

The primary method of funding NHS mental health services in England has been block contracts between commissioners and providers, with negotiations based on historical expenditure. There has been an intention to change the funding method to make it similar to that used in acute hospitals (called the National Tariff Payment System or NTPS, formerly known as Payment by Results (PbR)) where fixed prices are paid for each completed treatment episode. Within the mental health context this funding approach is known as episodic payment. Patients are categorised into groups with similar levels of need, called clusters. The mental health clustering tool (MHCT) provides a guide for assignment of patients to clusters. Fixed prices could then be set for each cluster and providers would be paid for the services they deliver within each cluster based on these fixed prices, although the emphasis to date has been on local pricing. For this episodic payment system to work, the MHCT needs to assign patients to clusters, such that they are homogenous in terms of 1) patient need, and 2) resource use. We test whether the existing data collected on mental health activity amongst NHS providers would support this new payment system. Specifically we examine whether there is homogeneity within clusters in terms of 1) costs, and 2)

activity/resource use, and 3) whether the MHCT effectively clusters people with similar levels of need.

Yrondi, A., Petiot, D., Arbus, C., et al. (2016). "[Economic impact of consultation-liaison psychiatry in a French University Hospital Centre]." Encephale **42**(1): 112-115.

BACKGROUND: In times of fiscal restraint for health structures, apart from the clinical input, it seems important to discuss the economic impact of liaison psychiatry. There are only a few studies on the economic added value provided by a liaison psychiatry team. In addition to this, only a few psychiatric pathologies are coded as they should be, hence we make the assumption of an additional development provided by a specialised team. METHODS: Over a short period of 4months, in three departments of the Toulouse University Hospital Centre, the added value to the general pricing system of liaison psychiatry was studied. The population was represented by all the consecutive requests for consultations from patients over 18years old, men and women, hospitalised at that time. These three departments frequently request consultations with the psychiatry liaison team. They set a diagnostic, and if this is associated with a higher Homogeneous Group of Patients (HGP), it provides added value. RESULTS: Fifty-two patients benefited from a psychiatric consultation over 4months. The results highlight a development of euro 8630.43 for the traumatology department, euro 3325.03 for the internal medicine department, and euro 513.61 for the haematology department over the study period. The overall development over this period was euro 12,469.07. CONCLUSION: To our knowledge, this approach is one of the first in France to highlight an economic impact of the intervention of liaison psychiatry in the claiming departments.

2015

Christensen, H., Krysinska, K. et Murray, S. (2015). "The gap remains: NHMRC research funding for suicide and self-harm, 2000-2014." Med J Aust **202**(10): 525-526.

Gandré, C., Prigent, A., Kemel, M. L., Leboyer, M. et Chevreul, K. (2015). "Evolution of public and non-profit funding for mental health research in France between 2007 and 2011." Eur Neuropsychopharmacol **25**(12): 2339-2348.

Since 2007, actions have been undertaken in France to foster mental health research. Our objective was to assess their utility by estimating the evolution of public and non-profit funding for mental health research between 2007 and 2011, both in terms of total funding and the share of health research budgets. Public and non-profit funding was considered. Core funding from public research institutions was determined through a top-down approach by multiplying their total budget by the ratio of the number of psychiatry-related publications to the total number of publications focusing on health issues. A bottom-up method was used to estimate the amount of project-based grants and funding by non-profit organizations, which were directly contacted to obtain this information. Public and non-profit funding for mental health research increased by a factor of 3.4 between 2007 and 2011 reaching euro84.8 million, while the share of health research funding allocated to mental health research nearly doubled from 2.2% to 4.1%. Public sources were the main contributors representing 94% of the total funding. Our results have important implications for policy makers, as they suggest that actions specifically aimed at prioritizing mental health research are effective in increasing research funding. There is therefore an urgent need to further undertake such actions as funding in France remains particularly low compared to the United Kingdom and

the United States, despite the fact that the epidemiological and economic burden represented by mental disorders is expected to grow rapidly in the coming years.

2014

(2014). "Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care". Paris OCDE

Despite the enormous burden that mental ill-health imposes on individuals, their families, society, health systems and the economy, mental health care remains a neglected area of health policy in too many countries. Mental disorders represent a considerable disease burden, and have a significant impact on the lives of the OECD population, and account for considerable direct and indirect costs. This report argues that even in those OECD countries with a long history of deinstitutionalisation, there is still a long way to go to make community-based mental health care that achieves good outcomes for people with severe mental illness a reality. The disproportionate focus on severe mental illness has meant that mild-to-moderate mental illnesses, which makes up the largest burden of disease, have remained overwhelmingly neglected. This book addresses the high cost of mental illness, weaknesses and innovative developments in the organisation of care, changes and future directions for the mental health workforce, the need to develop better indicators for mental health care and quality, and tools for better governance of the mental health system. The high burden of mental ill health and the accompanying costs in terms of reduced quality of life, loss of productivity, and premature mortality, mean that making mental health count for all OECD countries is a priority.

Institut Montaigne (2014). "Prévention des maladies psychiatriques : en finir avec le retard français". Paris Institut Montaigne
http://www.institutmontaigne.org/res/files/publications/etude_sante_mentale_institut_montaigne.pdf

Pathologies méconnues et mal comprises, les maladies mentales font l'objet d'une forte stigmatisation. Elles affectent pourtant une personne sur cinq chaque année et représentent un enjeu majeur de santé publique encore sous-estimé en France. À l'heure où la prévention constitue un levier essentiel de rénovation des politiques de santé, il y a urgence à inscrire les maladies mentales dans une politique de prévention globale et à repenser les modèles de leur prise en charge à la lueur des progrès accomplis et des pratiques les plus porteuses d'espoir. L'Institut Montaigne, en collaboration avec la Fondation FondaMental, a voulu comprendre le poids social et économique des maladies mentales en France et identifier les axes d'une politique de prévention susceptible de contribuer à réduire leurs conséquences dramatiques, tant à l'échelle individuelle que collective. Cette étude se concentre sur quatre maladies parmi les plus graves : les schizophrénies, les troubles bipolaires, les dépressions et l'autisme. Ces pathologies sévères, qui débutent le plus souvent chez l'enfant ou le jeune adulte, sont fréquentes et leur prévalence ne diminue pas (résumé de l'éditeur).

2013

Chevreul, K., Prigent, A., Bourmaud, A., et al. (2013). "The cost of mental disorders in France." European Neuropsychopharmacology **23**(8): 879-886.

2012

Chevreul, K., Prigent, A., Bourmaud, A., et al. (2012). "The cost of mental disorders in France." European Neuropsychopharmacology: (8)
http://www.ecnp.eu/en/publications/reports/~/media/Files/ecnp/communication/reports/ECNP%20EBC%20Report.ashx

Aims: To provide burden estimates of mental disorders in France and compare the results with findings from other countries and EU in general. Method: Stepwise top down approach, consisting of analyses of existing data sets, national surveys and ad hoc surveys. Mental disorder was defined by diagnoses in the chapter 'Mental and behavioural disorders' from the International Classification of Diseases, tenth revision (ICD-10), excluding, dementia and mental retardation. Disease burden was measured by total health care costs, social care costs, lost output and loss of well being, 2007 data was used consistently. Results: The total cost of mental health care was estimated at ?13.4 billion, or 8% of total healthcare expenditures. Total cost of health and social services was estimated at ?6.3 billion, including ?1.3 billion for informal care. Total cost of lost production amounted to ?24.4 billion, ?20.0 billion for lost output and ?4.4 billion for workers' compensation. Mental disorders resulted in a total loss of 2.2 million QALY and a total cost of lost well being of ?65.08 billion. The total costs of mental disorders were estimated at ?109 billion, 20% of which are actual money spent and 80% the social value of disease consequences. Conclusion: In France with a population of 65 million, an estimated 12 million inhabitants currently suffer from one or more mental disorders. The true size and burden of mental disorders in France was significantly underestimated by policy makers in the past.

Chevreul, K., McDaid, D., Farmer, C. M., Prigent, A., Park, A. L., Leboyer, M., Kupfer, D. J. et Durand-Zaleski, I. (2012). "Public and nonprofit funding for research on mental disorders in France, the United Kingdom, and the United States." J Clin Psychiatry **73**(7): e906-912.

OBJECTIVE: To document the investments made in research on mental disorders by both government and nonprofit nongovernmental organizations in France, the United Kingdom, and the United States. DATA SOURCES: An exhaustive survey was conducted of primary sources of public and nonprofit organization funding for mental health research for the year 2007 in France and the United Kingdom and for fiscal year 2007-2008 in the United States, augmented with an examination of relevant Web sites and publications. In France, all universities and research institutions were identified using the Public Finance Act. In the United Kingdom, we scrutinized Web sites and hand searched annual reports and grant lists for the public sector and nonprofit charitable medical research awarding bodies. In the United States, we included the following sources: the National Institutes of Health, other administrative entities within the Department of Health and Human Services (eg, Centers for Disease Control and Prevention), the Department of Education, the Department of Veterans Affairs, the Department of Defense, and the National Science Foundation and, for nonprofit funding, The Foundation Center. DATA EXTRACTION: We included research on all mental disorders and substance-related disorders using the same keywords. We excluded research on mental retardation and dementia and on the promotion of mental well-being. We used the same algorithm in each country to obtain data for only mental health funding in situations in which funding had a broader scope. RESULTS: France spent $27.6 million (2%) of its health research budget on mental disorders, the United Kingdom spent $172.6 million (7%), and the United States spent $5.2 billion (16%). Nongovernmental funding ranged from 1% of total funding for mental health research in France and the United States to 14% in the United Kingdom. CONCLUSIONS: Funding for research on mental disorders accounts for low

proportions of research budgets compared with funding levels for research on other major health problems, whereas the expected return on investment is potentially high.

Parsonage, M., Naylor, C. et Mc Daid. D. (2012). "Long-term conditions and mental health. The cost of co-morbidities". Londres The King's Fund
http://www.kingsfund.org.uk/publications/mental_health_ltcs.html

This report suggests that care for a large number of people with long-term conditions could be improved by: integrating mental health support with primary care and chronic disease management programmes; improving the provision of liaison psychiatry services in acute hospitals; providing health professionals of all kinds with basic mental health knowledge and skills ; removing policy barriers to integration, for example, through redesign of payment mechanisms. This paper suggests that developing more integrated support for people with mental and physical health problems could improve outcomes and play an important part in helping the NHS meet the quality, innovation, productivity and prevention challenge. The authors conclude that the prevailing approach to supporting people with long-term conditions is at risk of failing unless we recognise the role of emotional and mental health problems in reducing people's ability and motivation to manage their physical health.

Tomlinson, M. et Lund, C. (2012). "Why does mental health not get the attention it deserves? An application of the Shiffman and Smith framework." PLoS Med **9**(2): e1001178.

2011

Mc Crone, P. (2011). "Mental health economics: current methodological issues." Epidemiology and Psychiatric Sciences **20**(3): 239-243.

Investment in innovative mental health care services requires the use of scarce resources that could be used in alternative ways. Economic evaluation is essential to ensure that such an investment is appropriately compared with investment elsewhere. A non-systematic review of mental health evaluations identifies key methodological issues pertaining to economic studies. Economic evaluations require the measurement and combination of costs and outcomes, and clarity about how this measurement is undertaken is required. Regarding costs, important considerations relate to the perspective to be taken (e.g., health service or societal), method of measurement (patient self-report or use of databases) and valuation (actual costs, fees or expenditure). Decision makers frequently need to compare evidence both within and between clinical areas and therefore there is a tension between the use of condition specific and generic outcome measures. Quality-adjusted life years are frequently used in economic evaluations, but their appropriateness in mental health care studies is still debated. Economic evaluations in the area of mental health care are increasing in number and it is essential that researchers continue to develop and improve methods used to conduct such studies.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., et al. (2011). "The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010." European Neuropsychopharmacology **21**(9): 655-679
http://www.ecnp.eu/en/publications/reports/~/media/Files/ecnp/communication/reports/ECNP%20EBC%20Report.ashx

This major landmark study sheds new light on the state of Europe's mental and neurological health. The study demonstrates the degree to which mental disorders have become Europe's largest health challenge in the 21st century and that the majority remain untreated. Taken

together with the large and increasing number of disorders of the brain, the true size and burden is even significantly higher. This study covers 30 countries (the European Union plus Switzerland, Iceland and Norway), with a combined population of 514 million people, and encompasses all major mental disorders, including (amongst others) depression, bipolar disorders, anxiety disorders, insomnia, addiction and schizophrenia, as well as several neurological disorders, including stroke, epilepsy, Parkinson's disease and multiple sclerosis. The study also identifies the critical challenges to improved basic and clinical research on mental and neurological disorders in the region.

2008

Roelandt, J., Lequin, F. et Porteaux, C. (2008). "Résultats de l'évaluation médico-économique d'un secteur de psychiatrie (1995-1997)." Santé Publique **20**(6).

De 1995 à 1997, une étude médico-économique a été menée sur un secteur de psychiatrie publique afin d'explorer les variables explicatives de la variabilité du coût des soins psychiatriques. Les résultats montrent que les coûts sont indépendants de la pathologie, mais corrélés au niveau de dépendance médico-sociale et à l'existence ou non de relais sociaux et familiaux. C'est le suivi de patients avec des diagnostics de démence, déficits intellectuels ou troubles schizophréniques, qui coûte le plus cher à l'année. Si les variables sociologiques sexe, âge et profession sont hautement significatives dans la répartition des coûts, ceux-ci sont indépendants de la qualité et de la production des soins, mesurés grâce à l'échelle globale de fonctionnement (EGF). 10% des patients de la file active consomment 75% des ressources disponibles mais seulement 50% de l'ambulatoire. En définitive c'est le maintien à l'hôpital qui influence les coûts. L'augmentation de la file active et des actes ambulatoires vient palier année par année la diminution constatée du temps plein hospitalier. Quelle que soit la pathologie, le temps plein hospitalier a le même coût. Les 10% des patients dont la prise en charge coûte le plus ont tous les diagnostics de la CIM 10, les patients schizophréniques en représentant moins de la moitié

2009

Capdevielle, D., Boulenger, J. P., Villebrun, D., et al. (2009). "Durée d'hospitalisation des patients souffrant de schizophrénie : implication des systèmes de soin et conséquences médicoéconomiques." Encéphale (L') **35**(4): 394-399.

Raymond, S., Martin, M., Netillard, C., et al. (2009). "Schizophrénie : évaluation du coût de la prise en charge." Journal d'Economie Médicale **27**(7-8): 421-433

La schizophrénie est une maladie chronique, invalidante, avec un impact économique majeur. Le coût annuel de sa prise en charge est évalué au moyen d'une étude rétrospective de type "coût de la maladie" dans un secteur psychiatrique public semi-rural. Les coûts médicaux directs et les coûts de transports sont pris en compte, du point de vue de l'assurance maladie. Une évaluation des consommations des ressources et leur valorisation sont effectuées sur une cohorte de 79 patients. Les patients inclus sont essentiellement des hommes, d'âge moyen 40 ans, atteints de schizophrénie paranoïde. Le coût médian de prise en charge annuelle d'un patient schizophrène est évalué à 10 065 euros. La plus grande part des dépenses est liée à la prise en charge hospitalière (84%). (résumé d'auteur).

2007

McDaid, D., Knapp, M. et Medeiros, H. (2007). "Mental health and economics in Europe : findings from the MHEEN group." Eurohealth **13**(3): 1-6

> Mental health has become an increasingly important issue both at national and European levels. Working across thirty two countries, the Mental Health Economics European Network has been undertaking comparative analysis grouped around a number of themes including organisational structures and service provision, employment and the health/social care interface. In this article we highlight some of the findings in respect of funding, look at how economic incentives can influence the balance between institutional and community based care, and consider the merits of the economic case for promoting mental health and wellbeing.

2006

Chisholm, D. (2006). "Dollars, DALYs and decisions : economic aspects of the mental health system", Genève : OMS

> The widening recognition of mental health as a significant international public health issue has led to an increasing need to demonstrate that investment of resources into service development is both required and also worthwhile. In particular, there is a need to generate evidence on mental health care strategies that are not only effective and appropriate but are also cost-effective and sustainable. Aimed at health policy-makers and service researchers with an interest in strengthening mental health systems, this publication sets out to highlight the need for and relevance of an economic dimension to decision-making and to summarise results from existing mental health economic analyses.

Kingdon, D. (2006). "Health research funding: mental health research continues to be underfunded." Bmj **332**(7556): 1510.

2004

Angermeyer, M. C., Roick, C., Becker, T., et al. (2004). "Cost-effectiveness of mental health service systems in the European comparison". In: Public health in Europe : 10 years European Public Health Association., Berlin : Springer-Verlag**:** 189-201

> Basé sur les résultats de l'étude Epsilon réalisée dans six villes d'Europe (Amsterdam, Copenhague, Londres, Santander et Vérone), cet article réalise une évaluation économique de la prise en charge de la schizophrénie.

2002

Dahmen, N., Kasten, M., Mittag, K., et al. (2002). "Health Outcomes in schizophrenia." Hepac : Health Economics in Prevention and Care **3**(2)

> Ce fascicule fait une synthèse des informations disponibles sur la prise en charge de la schizophrénie dans les pays industrialisés. Tous les aspects sont abordés : diagnostic et symptômes de la maladie, thérapeutique, coût, etc.

La politique psychiatrique en France

UN APERÇU HISTORIQUE

Les dates clés de la politique psychiatrique en France[16]

1838 : Promulgation de la loi du 3 juin 1938 dite « Loi des aliénés ». Elle établit l'existence d'un établissement psychiatrique par département. Elle met en place les conditions d'admission sous deux formes placement volontaire ou placement d'office.
1937 : le décret du 8 avril 1937 change la dénomination des établissements. Les asiles d'aliénés prennent le nom d'hôpitaux psychiatriques.
1937 : la circulaire du 13 octobre 1937 crée un dispensaire d'hygiène mentale dans chaque département à des fins d'actions de prévention et de consultation. Elle permet l'ouverture de services ouverts non soumis au régime légal défini par la loi de 1838 : les pavillons libres d'observation et de traitement.
1960 : circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. La prise en charge du malade ne relève plus que du seul secteur hospitalier. Elle met une organisation territoriale des soins dans le cadre de secteur et sous secteurs dans le cadre départemental. Elle crée également de nouveaux établissements spécialisés rattachés à un hôpital général.
1985 : loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique. Elle unifie le financement des activités du secteur psychiatrique, entendu comme composé de structures hospitalières et extrahospitalières.
1990 : **loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation**. Cette loi consacre l'hospitalisation libre comme régime habituel d'hospitalisation. Le patient doit être consentant de son entrée à la sortie de l'hospitalisation. Elle reconnait au patient psychiatrique les mêmes droits que les patients hospitalisés pour toutes autres causes. Elle encadre les conditions d'hospitalisation sans consentement en renforçant les contrôles et les recours.
2011 : loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. La modalité libre reste « privilégiée lorsque l'état de la personne le permet. L'hospitalisation est élargie à d'autres types de prises en charge (notamment ambulatoire).
2013 : loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
2016 : l'article 69 de la **loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé** institue le projet territorial de santé mentale.
2019 : l'article 22 de la **loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé** précise l'organisation du projet territorial de santé intégrant aussi le secteur de la santé mentale.

LES DIFFERENTES LOIS ET PLANS DE SANTE

2019

Fiat, C., Wonner, M. et Brahim-Hammouche, M. (2019). Rapport d'information relatif à l'organisation de la santé mentale. Paris Assemblée nationale.
http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/15/rap-info/i2249/(index)/rapports-information?fbclid=IwAR3-D7Yd-gu4ax7DtDX6IGc_IgTuOTbGs3uA1EZYefKFZ5MHOf7EtD0QZ_Q

> Ce rapport de la mission d'évaluation sur l'organisation de la santé mentale en France dresse tout d'abord un état des lieux plutôt alarmant de la prise en charge de la psychiatrique et dénonce un parcours de soins cahotique. Il émet ensuite des pistes d'amélioration.

[16] Pour une chronologie plus complète voir : https://www.ascodocpsy.org/trouver-de-linformation/textes-officiels-historiques/

Olie, J. P. (2019). Soigner les maladies mentales : pour un plan de mobilisation nationale. Paris Académie nationale de médecine**:** 44.
http://www.academie-medecine.fr/soigner-les-maladies-mentales-pour-un-plan-de-mobilisation-nationale/

> Les malades mentaux demeurent les invisibles de nos sociétés, la maladie mentale restant marquée, dans notre imaginaire collectif, par l'étrangeté et l'idée du handicap. Trop nombreux sont ceux qui paient un lourd tribut à la stigmatisation et au renoncement thérapeutique. Pourtant des progrès considérables ont déjà été accomplis durant les 50 dernières années. L'identification des désordres neurobiologiques sous-jacents à ces maladies, la mise en évidence du poids de l'environnement dans leur déclenchement annoncent des avancées majeures en matière de recherche et surtout de traitement. Les données de l'épidémiologie, le poids et le coût des maladies mentales rendent indispensable une évolution radicale des investissements en recherche et dans l'organisation graduée de l'offre de soins. Pour la psychiatrie du XXIème siècle, l'objectif n'est plus de prendre en charge et d'accompagner les malades mais de guérir les maladies mentales. Pour y parvenir, une mobilisation nationale et internationale à l'image de celle qui fut engagée il y a quelques années contre le cancer est indispensable.

Ministère chargé de la Santé (2018). Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie, Paris : Ministère chargé de la santé

> La stratégie nationale de santé constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle est définie par le Gouvernement et se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables. L'un des axes concerne la santé mentale dont ce document décline la feuille de route pour les années à venir.

2017

Henckes, N. (2017). "Entre tutelle et assistance : le débat sur la réforme de la loi de 1838 sur les aliénés des années 1870 aux années 1910." Sciences sociales et santé **35**(2): 108.
http://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2017-2-page-81.htm

> Cet article propose un nouvel éclairage sur le débat concernant la réforme de l'assistance aux aliénés entre 1870 et 1914. Il montre que ce dernier a été dominé successivement par deux problématisations portées par deux configurations d'acteurs différentes. Jusqu'à la fin des années 1880, c'est avant tout sous l'angle du statut civil des aliénés et des protections notamment tutélaires à leur apporter que parlementaires, juristes, aliénistes et administrateurs abordent ce débat. À partir des années 1890, une nouvelle problématisation s'ajoute à la première lorsque l'intérêt des réformateurs se déplace vers la question de l'accès de ces mêmes personnes aux institutions susceptibles d'apporter un soulagement à leurs vulnérabilités, qu'ils proposent de faciliter par la création de services d'hospitalisation « ouverts », soit en dehors du système de contraintes et de protections qui caractérise l'internement à l'asile. Le moteur de cette évolution est à la fois l'essor du champ de l'assistance publique et, à l'intérieur de la médecine mentale, celui d'un segment de médecins réformateurs issus du groupe nouvellement formé des médecins des asiles psychiatriques de la Seine. L'article propose finalement une explication supplémentaire à l'échec du débat au Parlement à la veille de la Première Guerre mondiale. Si celui-ci s'explique par la complexité des questions et la diversité des intérêts en jeu, l'impossibilité

pour les réformateurs de trancher entre ces deux problématisations s'impose comme un point de blocage majeur.

2016

Laforcade, M. (2016). "Rapport relatif à la santé mentale". Paris Ministère chargé de la Santé
http://social-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-michel-laforcade-relatif-a-la-sante-mentale

Le présent rapport a pour objet d'élaborer des réponses concrètes permettant d'accompagner la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé sur la question de la santé mentale. La question n'est pas tant de redire dans quel sens doit évoluer le système de santé que de proposer comment y parvenir, avec quels leviers, quelles alliances, quelles coopérations entre acteurs, quelles méthodes et quels moyens.

Haut Conseil de Santé Publique. (2016). "Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015". Paris : HCSP
http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555

Le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 a été construit autour d'objectifs stratégiques avec un rôle central des agences régionales de santé pour sa mise en œuvre. Il est décliné autour de quatre axes pour prévenir et réduire les ruptures: 1) au cours de la vie ; 2) selon les publics et les territoires ; 3) entre la psychiatrie et son environnement sociétal ; 4) entre les savoirs. Le HCSP dresse les constats suivants : ce plan est consensuel et pertinent. On constate des progrès dans la reconnaissance du rôle des personnes vivant avec des troubles psychiques et de leur entourage. Les études et les recommandations sur le handicap psychique se sont développées. On a assisté à un rôle accru des secteurs médico-social et social, et à un début de rééquilibrage de l'offre de soins. La santé somatique est mieux prise en compte et une attention a été apportée à la prise en charge en urgence et à l'accès aux soins des populations défavorisées. Il persiste cependant des difficultés : notamment une hétérogénéité des pratiques de soins et des moyens. Le HCSP regrette l'absence de remboursement des soins de psychothérapie. Le HCSP recommande d'inscrire la politique de santé mentale et de psychiatrie de façon pérenne et pilotée à long terme, avec une dimension interministérielle, plutôt que de mettre en place des plans successifs. Une enquête qualitative dans 5 régions a permis d'enrichir cette évaluation. Le rapport comporte 64 recommandations déclinées autour de cinq thèmes principaux : organisation des actions, prévention, développement des formations et soutien de la recherche, amélioration de l'accès aux soins, et amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec un trouble psychique.

Haut Conseil de la santé publique. (2016). "Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014". Paris, Haut Conseil de la Santé Publique

Par lettre du 22 août 2014, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été missionné pour évaluer le Programme national d'actions contre le suicide (PNACS) 2011-2014. Dans ce rapport, il présente : - Un rappel des données contextuelles (principaux éléments épidémiologiques, données disponibles sur les causes du suicide, interventions jugées efficaces au vu des articles scientifiques récents publiés dans la littérature internationale) ; - Les éléments permettant de nourrir l'évaluation des actions du PNACS 2011-2014 ; - Les recommandations pour une stratégie permettant de guider les actions visant la réduction du nombre de suicides, dans le cadre de la politique nationale de santé. Les constats du HCSP

sont les suivants : il existe selon les données épidémiologiques un lien étroit entre le suicide et la santé mentale. La situation touche de façon inégale la population et les différentes régions françaises. Les conclusions sont mitigées quant à l'impact du programme. On constate d'insuffisantes avancées sur la recherche et l'observation. Le ciblage des populations semble peu adapté, les populations à risque élevé, comme celles ayant déjà fait une tentative de suicide, n'étant pas les plus ciblées pour les actions. Le programme est construit en cohérence avec les modes d'intervention efficaces mis en évidence par l'Inpes. La démarche est bien entamée et à poursuivre sur plusieurs actions, notamment la sensibilisation des médias à la thématique du suicide. L'évaluation du HCSP porte en particulier sur les points suivants : la pertinence des mesures et actions du programme au regard de ses objectifs, la gouvernance du programme, son pilotage, la mobilisation des acteurs, l'apport du programme dans la politique de prévention du suicide mise en œuvre au niveau régional, la diffusion, l'appropriation des outils élaborés par l'Inpes, l'atteinte des objectifs, l'impact du programme. Le HCSP formule 9 recommandations générales pour repenser la lutte contre le suicide. Parmi celles-ci, promouvoir un double objectif de prévention générale et de prévention spécifique, inscrire la prévention du suicide dans le champ de la santé mentale, cibler les populations à risque.

2015

OMS. Bureau de l'Europe (2015). "The European Mental Health Action Plan 2013–2020". Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe

Les troubles mentaux sont l'une des principales problématiques de santé publique dans la Région européenne de l'OMS, puisqu'ils touchent environ 25 % de la population chaque année. Dans tous les pays, les problèmes de santé mentale sont beaucoup plus répandus chez les personnes les plus défavorisées. La Région européenne de l'OMS est donc confrontée à divers problèmes qui se répercutent à la fois sur le bien-être mental de la population, sur les soins apportés aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale et sur la qualité de ces soins. Le Plan d'action européen sur la santé mentale met l'accent sur sept objectifs interdépendants et propose des mesures efficaces afin d'améliorer la santé mentale et le bien-être. Pour assurer la durabilité des politiques sanitaires et socioéconomiques de la Région européenne, il est essentiel d'investir dans la santé mentale. Le Plan d'action correspond aux quatre domaines prioritaires de la politique-cadre européenne de la santé et du bien-être, Santé 2020, et contribuera directement à la mise en œuvre de celle-ci.

2013

Metais, J. (2013). "Rapport sur l'Hospitalisation privée en psychiatrie : État des lieux et avenir". Paris : l'UNCPSY
http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/santepsy/hospitalisation_privee_psy_%20rapport_Metais.pdf

Ce rapport fait un bilan de la situation des hôpitaux privés de psychiatrie dans un système de soins très largement dominé par le secteur public. Il met l'accent sur la qualité et la sécurité des prises en charges ainsi que de leur efficience économique. Ce rapport se veut aussi le témoignage d'une volonté de contribution de la psychiatrie privée à œuvrer à l'édification de la prochaine loi de santé mentale prévue pour le printemps 2014

Robiliard, D. et Assemblée Nationale. Commission des Affaires Sociales (2013). "Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie". Paris : Assemblée Nationale

Dans une première partie de ses travaux, la mission a choisi de se consacrer plus spécifiquement aux soins sans consentement, ce qui a donné lieu à un rapport d'étape. Après avoir dressé le bilan de l'organisation des soins et du dispositif de prise en charge des troubles psychiatriques, ce rapport de conclusion propose des recommandations afin de les améliorer.

2012

Milon, A. (2012). "Rapport d'information relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux". Rapport d'information du Sénat ; n°249. Paris : Sénat
http://www.senat.fr/rap/r12-249/r12-2491.pdf

Malgré une actualité souvent tragique et une vingtaine de rapports publiés depuis dix ans, la psychiatrie française n'a été abordée par la loi que sous l'angle de la dangerosité des malades, optique restrictive que la commission des affaires sociales avait regrettée. Ce rapport présenté entend préparer l'arrivée des grands textes de santé publique et d'organisation des soins en dressant un bilan de la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux, sans ignorer la situation de celles souffrant de troubles du comportement ou de troubles envahissant du développement, et en formulant des propositions destinées à améliorer la prise en charge des patients. La commission des affaires sociales a adopté onze propositions pour remédier aux difficultés persistantes de la prise en charge psychiatrique des malades et favoriser la diffusion des meilleures pratiques en associant étroitement les soignants, les malades et les familles

Ministère chargé de la santé. (2012). "Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015". Paris, Ministère chargé de la santé

Ce nouveau plan 2011-2015 prend en compte l'évaluation du Plan psychiatrie Santé Mentale 2005-2008 établie en 2011 par la Cour des Comptes et le Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Il s'adresse à tous ceux qui interviennent dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, que ceux-ci soient ou non des intervenants sanitaires, qu'ils soient professionnels du domaine ou simples citoyens. Parmi les priorités majeures du nouveau plan : garantir un égal accès à des soins de qualité quel que soit le lieu de vie ou la situation sociale de la personne vivant avec des troubles psychiatriques, prévenir les ruptures dans les parcours de vie de ces personnes en conjuguant notamment les soins et l'accompagnement, lutter contre la stigmatisation des personnes malades, donner toute leur place aux aidants et leur apporter un soutien lorsque c'est nécessaire. Quatre axes stratégiques sont déclinés : 1/Prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne 2/Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires 3/Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal 4/Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs.

2011

Cour des Comptes, (2011). "L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2010". Paris Cour des Comptes
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000731/index.shtml

Avec plus d'un million de prises en charge chaque année, les pathologies relevant de la psychiatrie arrivent au troisième rang des maladies les plus fréquentes en France. Le coût économique et social de ces pathologies est évalué au total à quelque 107 Mds par an, dont 13 Mds à la charge du seul régime général d'assurance maladie. Cet enjeu majeur de santé publique a fait l'objet au cours des dernières années de multiples rapports aux recommandations généralement convergentes. Un plan « psychiatrie et santé mentale » a été mis en œuvre par les pouvoirs publics à compter de 2005. Afin d'en établir un bilan et d'examiner les leçons à en tirer, la Cour a procédé à une enquête approfondie en 2011. Une évaluation du même plan a été concomitamment réalisée par le Haut conseil de la santé publique, dont la complémentarité a été assurée par une constante concertation avec la Cour. Ce plan a produit des résultats que l'on peut qualifier de médiocres, en raison de l'insuffisance des moyens financiers, de la défaillance du pilotage, et du défaut d'un portage suffisamment fort. Le flou qui s'est progressivement instauré sur le cadre territorial d'exercice de la psychiatrie a contribué à une démobilisation progressive des acteurs.

Haut Conseil de la santé publique (2011). Evaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008. Paris : HCSP
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20111006_evalplapsysantemental- e.pdf

Dans un contexte où plusieurs rapports étaient publiés sur la santé mentale et la psychiatrie, le HCSP a jugé utile d'examiner de plus près les conditions de mise en œuvre et les apports du Plan Psychiatrie et Santé mentale (PPSM). Cette évaluation a débuté en juin 2010 afin de la mener en concertation et complémentarité avec la Cour des Comptes qui réalisait, dans le même temps, un contrôle de la gestion de ce plan et de son impact sur le dispositif de la psychiatrie en France.... Jugeant pertinente, la conception générale du dispositif, le HCSP note des progrès significatifs dans les domaines de l'offre de soins, de l'accompagnement médico-social et social. Le PPSM a en revanche peu fait évoluer les organisations et les pratiques et les avancées en matière de recherche demeurent très limitées. Le prochain plan Santé mentale doit être finalisé en principe d'ici à la fin de l'année.

Haut Conseil de la santé publique (2011). "Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 : étude de l'impact de l'investissement sur les conditions de prise en charge des patients". Paris, HCSP

Le Plan Psychiatrie et Santé mentale (PPSM) 2005-2008 comporte un volet "Renforcer l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie". 750 millions d'euros, dans l'objectif d'engendrer 1.5 milliards d'euros d'investissement, devaient y être consacrés. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), dans le cadre de son évaluation du Plan, a procédé à l'étude et à l'évaluation de ce volet pour ce qui concerne son impact sur la prise en charge des patients, la Cour des comptes se chargeant des aspects de réalisation des projets. L'investissement avait pour objectif de remédier à la dégradation de l'offre de soin en psychiatrie afin que celle-ci soit mieux adaptée aux besoins des patients, mais également aux impératifs de dignité et de sécurité exigés lors d'une hospitalisation ou d'une prise en charge dans une structure de soins. Pour analyser l'impact des investissements réalisés, une étude de cas a été menée dans cinq sites en Haute-Normandie et en Languedoc-Roussillon. Elle s'est appuyée sur les documents disponibles suite à l'appel d'offres réalisé en 2006 par le ministère chargé de la santé et sur des visites et des entretiens avec les équipes concernées. Cette étude tend à montrer que l'impact de la réalisation des projets sur la prise en charge, les droits et la dignité des patients ainsi que sur les conditions de travail des personnels est dans l'ensemble extrêmement positif. En outre, la modernisation des équipements semble avoir un effet sur l'évolution des pratiques des équipes tant en intra qu'en extra hospitalier et sur leurs relations avec les autres partenaires. (RA).

Joseph-Jeanneney, B., Lecoq, G., Beau, P., et al. (2011). "Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins". Rapport Igas ; RM2011-013P , Rapport Igsj ; N° 08-2011. Paris Igas

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale des Services Judiciaires (IGSJ) ont été saisies par leurs ministres respectifs d'une mission conjointe tendant à l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins créée par la loi n° 98-4468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. La mission s'est efforcée d'apprécier la montée en charge prévisionnelle d'un dispositif qui s'applique aujourd'hui à environ 3800 personnes selon des modalités d'application qualitativement variables. On estime à un millier le nombre d'injonctions de soins prononcées en 2009, dans leur grande majorité à l'égard d'auteurs d'infraction sexuelle. Sachant que la durée moyenne d'une injonction de soins est de cinq ans, le nombre probable d'injonctions de soins pourrait atteindre le chiffre de 7800 d'ici quelques années. La mission s'est interrogée sur la capacité du dispositif à répondre à cette croissance. Elle a examiné les étapes du « parcours » d'une personne soumise à cette injonction, s'attachant à analyser à chacune de ces étapes ce qui pourrait en améliorer le fonctionnement. Elle s'est efforcée de mesurer les besoins en médecins coordonnateurs et de faire des propositions pour accroître leur disponibilité et encourager leur recrutement. Elle a tenté de cerner la question du manque de médecins traitants, mais aussi la qualité de la prise en charge thérapeutique (résumé d'auteur)

Maresca, B., Dujin, A., Cottard, L., et al. (2011). "Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 : l'articulation des champs sanitaire, médico-social et social à travers la trajectoire des patients : le point de vue des professionnels et des usagers". Paris HCSP

Le présent rapport détaille l'ensemble des enseignements tirés du travail de terrain auprès des acteurs professionnels et des usagers. Après avoir exposé les enjeux évaluatifs attachés à la démarche et la méthodologie adoptée, il présente le panorama institutionnel et les acteurs qui interviennent dans la prise en charge psychiatrique. Cette partie s'ouvre sur une typologie des trajectoires de prise en charge de patients. Cette typologie s'appuie sur des cas présentés par les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social, jugés représentatifs à la fois de leurs difficultés et de leurs réussites dans la construction de parcours de soin pertinents. A la lumière de l'analyse de ces trajectoires est ensuite décrit le panorama des dispositifs et des différents professionnels intervenant dans la prise en charge psychiatrique. Il décrit leur approche de la santé mentale, sur le plan du soin et de l'accompagnement, leurs pratiques et outils de travail. Une troisième partie expose les principales questions auxquelles ils se trouvent confrontés. Une quatrième partie porte sur le regard des usagers sur leurs conditions de prise en charge et les orientations retenues par le Plan pour les améliorer. Elle se fonde sur l'analyse de 4 focus groupes menés auprès de patients suivis en CMP ou CATTP. Enfin, un dernier chapitre expose les conclusions évaluatives qui ont été tirées de ce travail. (RA).

Ministère chargé de la Santé (2011). "Programme d'actions contre le suicide (2011-2014". Paris Ministère chargé de la Santé
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014-2.pdf

2010

Barbier, G., Demontes, C., Lecerf, J. R., et al. (2010). "Rapport d'information sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions". Paris : Sénat
http://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4341.pdf

On observe, dans les prisons françaises, une proportion très élevée de personnes atteintes de troubles mentaux dont la prise en charge n'est pas assurée de manière satisfaisante dans l'univers carcéral. Sur la base de ce constat, les commissions des lois et des affaires sociales du Sénat ont constitué un groupe de travail commun chargé d'analyser les causes de cette situation (évolution du cadre juridique, réduction de l'offre de soins hospitaliers psychiatriques, conduite des expertises psychiatriques...) et les conditions dans lesquelles les soins sont dispensés aux auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux. Après avoir procédé à une cinquantaine d'auditions et effectué plusieurs déplacements, notamment en Suisse et en Belgique, ce groupe de travail explore, dans son rapport, les pistes susceptibles de mieux encadrer la responsabilité pénale des malades mentaux et d'améliorer la prise en charge de ces personnes, dans leur intérêt et celui de la société

Kovess-Masfety, V., Boisson, M., Godot, C., et al. (2010). "La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie". Paris : CAS

Sur le thème de "la santé mentale" et dans la continuité du rapport Stiglitz, ce rapport examine les conséquences des nouvelles approches de la mesure du PIB et du bien-être dans le domaine des politiques sociales. Les suicides au travail représentent l'une des formes les plus visibles de tout un ensemble de pathologies de la modernité. : stress, addiction, dépression... La santé mentale ne concerne pas seulement le traitement des pathologies lourdes. Elle touche l'ensemble des facteurs qui conditionnent le bien être. Au-delà d'un examen détaillé de la santé mentale des Français, Ce travail s'attache à tirer les enseignements des pays étrangers en avance dans la mise en œuvre de programme de prévention. Mais il montre également que de nombreuses politiques publiques en France tendent à prendre en compte de mieux en mieux cette dimension structurante des personnes.

2009

Couty, E. et Cecchi-Tenerini, R. (2009). "Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie". Paris : Ministère chargé de la santé

La commission chargée de la réflexion sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale, présidée par Edouard Couty, ancien directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos), a remis son rapport le 29 janvier 2009. La commission rappelle que les troubles psychiatriques sont responsables de 12 000 suicides par an et que l'augmentation prévisible des maladies mentales est "une préoccupation" pour l'ensemble des pays européens et plus particulièrement pour la France. Le plan "psychiatrie et santé mentale 2005-2008" vise déjà à faire évoluer la prévention et l'offre de soins. Selon la commission, la création des agences régionales de santé et les nouvelles orientations en matière d'organisation territoriale des établissements de santé et de gouvernance hospitalière rendent néanmoins nécessaire une loi qui intègre les différentes facettes de l'accompagnement et des prises en charge des familles et des proches des malades. Parmi les différentes recommandations, la commission privilégie notamment le repérage et le diagnostic précoce, un accès aux soins rapide et adapté, le suivi personnalisé et continu, la réhabilitation sociale, la prévention des risques, la recherche autour des déterminants de la santé mentale, ainsi que l'organisation rénovée des dispositifs nécessaires aux

hospitalisations sans consentement comme les soins aux détenus. Le rapport contient en annexe de nombreuses données statistiques et cartographiques sur les pathologies psychiatriques et sur la planification et l'offre de soins en santé mentale et psychiatrique en France

Milon, A. (2009). "Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France". Paris : Sénat
http://www.senat.fr/rap/r08-328/r08-3281.pdf

La psychiatrie est en France, depuis l'origine, un secteur où coexistent innovations thérapeutiques et stigmatisation sociale. Cette dualité entre une médecine souvent de pointe, soucieuse de parvenir aux causes de la maladie et donc à la guérison des malades, et une défiance, vis-à-vis des patients comme des soignants, perdure. Plusieurs incidents dramatiques ont pu accréditer l'idée qu'en remplaçant l'enfermement par des soins en milieu ouvert, on prend le risque de défaillances dans la surveillance de personnes qu'il faudrait d'abord empêcher de nuire. Or, il est possible de surmonter les déficiences dans l'organisation des soins et de dépasser les cloisonnements entre recherche et thérapeutique. Cela suppose de donner à la psychiatrie les moyens de prendre en charge la santé mentale des Français. Il faut d'abord améliorer l'accès aux soins pour les patients, qui sont encore trop nombreux à s'en trouver exclus. Une détection précoce et un accompagnement attentif du malade et de son entourage permettront ensuite de limiter les souffrances liées à la maladie tout en réduisant les dépenses croissantes liées au diagnostic tardif

Lopez, A., Yeni, I., Valdes-Boulouque, M., et al. (2005). "Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation". Paris IGAS
https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000110/index.shtml

Dans une première partie, le rapport rappelle le cadre juridique de la loi du 27 juin 1990 concernant l'hospitalisation des personnes présentant des troubles mentaux (affirmation des droits des patients, modalités de l'hospitalisation sous contrainte, dispositifs de contrôle et de recours), ainsi que les évolutions statistiques les plus notables. La deuxième partie étudie les forces et les faiblesses du dispositif d'hospitalisation. Dans la troisième partie, les auteurs émettent plusieurs propositions : ne pas donner obligatoirement au juge la responsabilité de décider a priori de l'hospitalisation sous contrainte d'un patient ; maintenir la dualité des procédures pour respecter la diversité des situations des malades ; faciliter l'accès aux soins et mieux orienter les patients ; renforcer les droits et les libertés ; mieux prendre en compte les impératifs de sécurité.

Ministère chargé de la santé (2005). "Psychiatrie et santé mentale : 2005-2008". Paris Ministère chargé de la santé
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 fait suite à un état des lieux. Il présente un ensemble de mesures autour de cinq axes, pour améliorer la prise en charge des patients, développer la qualité et la recherche, développer des prises en charges spécifiques et assurer un suivi et une évaluation des mesures.

2003

Mauss, H., Polton, D. (2003). "Territoires et accès aux soins : rapport du groupe de travail". Paris : La documentation française

Depuis une dizaine d'années, avec l'expérience née de deux générations de SROS mais aussi d'autres démarches, la réflexion sur les territoires s'est enrichie et diversifiée. L'expertise technique se développe pour définir des zonages intégrant les habitudes de vie et de déplacement des populations (aires urbaines, zones d'emploi, bassins d'attraction de services). D'autres approches se fondent sur des "territoires projet" ou "réseaux d'acteurs". Ce rapport rassemble les propositions du groupe de travail chargé de réfléchir à cette thématique. Elles s'appuient sur des auditions d'experts, sur des enquêtes destinées à rassembler l'expertise acquise dans les régions par les ARH, les URCAM, les DRASS et les ORS, et sur une série de travaux techniques de géographes. Il comprend trois parties : Tout d'abord, quelques remarques préliminaires situent l'esprit dans lequel le groupe a travaillé, la philosophie sous-jacente) ses recommandations et la manière dont il a conçu la réponse au mandat qui lui était donné. Une deuxième partie dresse l'état des lieux des territoires existants, le bilan que l'on peut faire de ces approches, et formule des propositions pour une approche territoriale globale et cohérente. La troisième partie, plus méthodologique, rassemble des outils utilisables pour des approches territoriales, en les illustrant par des exemples, et décrit un certain nombre d'expériences régionales qu'il paraît intéressant de faire partager, dans une perspective de capitalisation des acquis.

2002

Ministère chargé de la Santé (2002). "Rapport du groupe de travail relatif aux recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale". Paris : DHOS
https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000470.pdf

Le présent rapport constitue la synthèse des travaux de l'un des groupes de travail mis en place à la suite des protocoles d'accord des 13 et 14 mars 2000 relatif à l'offre en psychiatrie. L'objectif assigné à ce groupe de travail était de formuler des recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins psychiatrique publique et privée pour répondre aux besoins de la population dans le domaine de la santé mentale. La première partie est consacrée à un bilan de la situation actuelle : attentes des usagers, attentes des professionnels et analyse critique de l'offre de soins spécialisée en santé mentale. La deuxième partie émet des propositions d'amélioration : principes d'action, propositions d'actions prioritaires, mesures d'accompagnement et de mise en œuvre des actions prioritaires.

2001

Kouchner, B. (2001). "Plan santé mentale : l'usager au centre d'un dispositif à rénover". Paris, MSSPS
http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2001/mental.pdf

Selon le rapport 2001 de l'OMS sur la santé mentale dans le monde, les troubles de la santé mentale affectent une personne sur quatre dans le monde. Devant ce constat, il paraît nécessaire de réformer la politique de santé mentale. Ce plan santé mentale élaboré sous l'égide de B. Kouchner propose, pour la France, huit axes d'amélioration du dispositif de prise en charge des malades mentaux : lutter contre la stigmatisation attachée aux maladies mentales ; renforcer les droits des malades atteints de troubles mentaux ; améliorer les pratiques professionnelles en favorisant l'évolution des rôles des intervenants en santé mentale ; développer le partenariat entre acteurs de santé mentale (prévention, soins,

insertion) ; prévenir et gérer des problématiques spécifiques par le développement de programmes d'action sur des pathologies ou des publics ciblés ; favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées ; organiser une offre de soins psychiatriques diversifiée ; développer la recherche épidémiologique, fondamentale et clinique.

Piel, E., Roelandt, J.-L. (2001) De la psychiatrie vers la santé mentale. Rapport de mission". Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Ce rapport fait suite à une lettre de mission qui demandait de : redéfinir une politique de sectorisation psychiatrique, de proposer les étapes d'un déploiement de la psychiatrie telle qu'elle est organisée aujourd'hui vers le champ plus global de la santé mentale, de proposer des modalités d'intégration de la santé mentale dans des soins de santé primaires, de proposer, sur la base du constat fait par Pierre Pradier dans son rapport relatif à l'organisation des soins en milieu carcéral, les voies d'améliorations du dispositif de prise en charge en santé mentale pour la population placée "sous main de justice". De septembre 2000 à juin 2001, les rapporteurs ont travaillé selon trois modalités : des rencontres et des visites en France et à l'étranger, des réunions de travail et des rencontres. En restant attaché au formidable outil conceptuel et pratique qu'est le secteur psychiatrique, en s'appuyant sur les dynamiques mises en place par de nombreuses équipes en France, en s'aidant des réflexions et des mises en actes de nos voisins étrangers, les auteurs du rapport se proposent d'apporter des réponses "prospectives", c'est à dire à échéance de 10 à 15 ans maximum, à ces questions cruciales pour l'avenir du dispositif de soin en santé mentale dans notre pays. (adapté du texte).

2000

Cour des comptes. (2000). "L'organisation des soins psychiatriques (Chapitre 3, section 2)". In: Rapport annuel 2000., Paris : Cour des Comptes**:** 1-16.
https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2000

1997

Strohl, H. et Clémente, M. (1997). Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990. Paris : Igas.

Après avoir exposé les conditions objectives et méthodologiques de l'évaluation de la loi du 27 juin 1990 relative à la protection et aux droits des malades, ce rapport s'articulera en quatre parties. Le constat des commissions départementales d'hospitalisation psychiatrique et des évaluations régionales, les débats de principes, tels qu'ils sous tendent l'application de la loi, l'impératif d'efficacité des soins et les moyens de le respecter, les droits des malades mentaux hospitalisés ou soignés sous une autre forme.

LA RECONNAISSANCE DU HANDICAP PSYCHIQUE

Inscription du handicap psychique dans la loi

Ignoré dans la loi du 30 juin 1975, le handicap psychique a fait l'objet en 1993 d'une reconnaissance à effets limités à l'occasion de la publication du « Guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées ». Le rappel du principe de citoyenneté de la personne handicapée est au coeur de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 « rénovant l'action sociale et médico-sociale » qui reconnaît le droit des personnes à la participation individuelle à leur projet d'accompagnement et à la participation collective au fonctionnement de l'établissement ou du service. Il s'inscrit également dans la continuité de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection juridique.

Mais c'est avec la loi du 11 février 2005 que le handicap psychique acquiert sa pleine reconnaissance[17]
En effet, la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées donne une définition légale au handicap psychique
Dans son article 2, elle dispose que « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou **psychiques**, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

La convention internationale de l'ONU pour la protection et la promotion des droits et la dignité des personnes handicapées de 2006 est venue inscrire cette reconnaissance au niveau international.

Cette reconnaissance, relativement récente, pose un droit à la compensation sous forme de réponses ciblées à l'altération des capacités, de manière à ce que la personne recouvre son autonomie et une vie sociale. Toutefois, comme pour les autres formes de handicap, la loi n'a pas défini en tant que tel le handicap psychique. C'est pourquoi, un volet spécifique de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) est consacré au handicap psychique.[18]

Rapports officiels

2018

Branchu, C., Butcher, J. et Emmanuelli, J. (2018). "Évaluation du fonctionnement des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ)". Paris Igas
http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article715

> Le repérage et la prise en charge des troubles psychiques et neuro-développementaux (troubles de l'humeur, de l'apprentissage, de l'attention, dyslexie, etc.) de quelque 700.000 jeunes sont assurés par trois types de centres pluridisciplinaires, financés par l'Assurance maladie : les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), qui proposent un dépistage et une prise en charge ambulatoire des enfants âgés de 0 à 6 ans présentant des troubles du développement, des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux (291 sites –?73 000 enfants concernés) ; les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), qui offrent aux enfants et adolescents de 0 à 20 ans, le plus souvent scolarisés en milieu ordinaire, une prise en charge ambulatoire des troubles ou difficultés psychiques (400 sites – 213 000 jeunes) ; les centres médico-psychologiques infanto-juvénile (CMP-IJ), qui mettent à disposition des enfants et adolescents, au sein du secteur de psychiatrie, des services de prévention, de diagnostic ainsi que des soins (1500 sites - 400 000 jeunes). Alors que les connaissances à l'échelle nationale

[17] Milano S. (2009). Le Handicap psychique d'une loi à l'autre. Revue Française des Affaires sociales : https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-17.htm
[18] (2016). Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale : volet handicap psychique". Paris : Ministère chargé de la santé

sur ce type de services étaient très limitées, ce rapport établit un état des lieux précis de l'activité de ces centres et de leurs publics; il analyse les difficultés rencontrées par les enfants, les familles et les professionnels, et propose des pistes d'amélioration. Pour construire son analyse, la mission s'est déplacée dans six régions et sept départements. Elle a rencontré les responsables des agences régionales de santé, les professionnels des centres, les associations représentatives des usagers ainsi que les principaux partenaires des centres précités, notamment les Départements.

Le défenseur des droits (2018). "La santé mentale des enfants et des adolescents en Europe : rapport de synthèse". Paris Le Défenseur des droits
https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2018/09/rapport-denoc-sur-la-sante-mentale-des-enfants-et-des-adolescents-en-europe

Ce rapport de l'ENOC, organisation à but non lucratif réunissant des institutions indépendantes en charge de la promotion et de la protection des droits de l'enfant, vise à apporter un premier aperçu européen de la situation relative à la santé mentale des enfants et des adolescents. Afin de dresser un constat de la situation, un questionnaire a été adressé à l'ensemble des membres du réseau ENOC en février 2018. Les objectifs du questionnaire sont les suivants : appréhender la définition de la santé mentale retenue dans les différents pays ou régions ; documenter l'organisation des politiques publiques et stratégies nationales engagées ; dresser un constat de la situation propre à chaque État membre quant à l'accès aux services de santé mentale et au respect des droits des enfants et des adolescents pris en charge ; recenser les bonnes pratiques en la matière ; et enfin, recueillir des éléments de connaissance sur l'accès à la santé mentale des enfants et adolescents en situation de vulnérabilité particulière.

Ministère chargé de la santé (2018). "Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie", Paris : Ministère chargé de la santé

La stratégie nationale de santé constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle est définie par le Gouvernement et se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables. L'un des axes concerne la santé mentale dont ce document décline la feuille de route pour les années à venir.

Taquet, A. et Serres, J.-F. (2018). "Plus simple la vie : 113 propositions pour améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap". Paris : Direction interministérielle de la transformation publique
https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/05/rapport_sur_la_simplification_du_parcours_administratif_des_personnes_en_situation_de_handicap_-_28.05.2018.pdf

Parce que plus de 10 millions de personnes sont aujourd'hui concernées par le handicap et subissent quotidiennement la complexité et la lenteur des démarches administratives, le Premier ministre a demandé aux rapporteurs de proposer des solutions concrètes de simplification des démarches administratives et de fluidification des parcours des personnes en situation de handicap. Les mesures proposées, parce qu'elles ont été construites directement avec et pour les usagers, visent à améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap et de leur famille. Certaines ont vocation à être mises en œuvre rapidement par le Gouvernement, par exemple lorsqu'elles mettent fin aux démarches administratives obligeant les personnes à apporter en permanence les preuves de leur handicap, même lorsque cela est inutile. Il s'agit bien ici de bâtir un État au service d'une

société de confiance. D'autres nécessiteront des travaux plus approfondis et une concertation des acteurs concernés. Ces travaux s'inscriront, d'une part dans le projet d'Action publique 2022 qui vise à simplifier et améliorer les services publics, d'autre part dans le grand chantier de construction d'une société inclusive, fil rouge de l'action du Gouvernement depuis plus d'un an.

2017

Milon, A. et Amiel, M. (2017). "Rapport d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France". Paris Sénat
https://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-494-notice.html

Créée le 16 novembre 2016 à l'initiative du groupe Rassemblement démocratique et social européen (RDSE) du Sénat, la mission d'information traite du sujet de la psychiatrie des mineurs en France. Elle dresse le constat d'une grande difficulté de la discipline, traversant une double crise démographique et universitaire ne lui permettant pas de répondre à des besoins en évolution. Alors que la santé mentale fait l'objet d'une appréhension renouvelée, la mission d'information précise le rôle de la psychiatrie des mineurs et des disciplines associées, dont la reconnaissance doit être améliorée. Le repérage et le dépistage précoces des troubles doit concentrer l'action de tous les intervenants auprès des enfants, enseignants comme médecins généralistes ou services départementaux de protection de l'enfance, afin d'interrompre le continuum des troubles le plus en amont possible. L'articulation entre le dépistage précoce et la prise en charge doit ensuite être assurée, en confortant les structures et en progressant dans leur coordination, pour que la logique de parcours prime. Répondant aux invitations à « sauver la pédopsychiatrie », la mission d'information avance cinquante-deux propositions (résumé de l'éditeur).

2016

Agence Nationale de L'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux. "Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques." Saint Denis: ANESM
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835191/fr/specificites-de-l-accompagnement-des-adultes-handicapes-psychiques

Le handicap psychique se caractérise par : le caractère variable et intermittent des troubles ; le besoin d'un suivi médical régulier ; des capacités intellectuelles préservées, même si des troubles cognitifs sont souvent associés ; une incapacité, très souvent, de demander de l'aide de la part de la personne ; la stigmatisation liée à la méconnaissance et à la crainte qu'inspire le handicap psychique ; l'isolement et la rupture du lien social. L'ANESM a identifié les pratiques professionnelles à mettre en oeuvre dans les établissements et services en vue de favoriser : la valorisation des potentialités des personnes et de leur citoyenneté ; leur inclusion sociale et l'amélioration de leur qualité de vie ; la prise en compte de leurs besoins spécifiques dans les différents domaines de la vie ; la prévention des ruptures de soin et/ou d'accompagnement et la personnalisation de leur parcours.

Ministère chargé de la santé, Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion. (2016). "Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale : volet handicap psychique". Paris : Comité interministériel du handicap.

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_quinquennale_de_l_evolution_de_l_offre_medico-sociale_volet_handicap_psychique.pdf

Afin de faire évoluer l'accompagnement des personnes atteintes d'un handicap psychique ou d'un polyhandicap, le gouvernement a mis en place une stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale, dotée de 180 millions d'euros pour la période 2017-2021. Ce premier volet est dédié aux personnes handicapées psychiques. Le gouvernement entend favoriser leur prise en compte, notamment par le biais de la promotion de leurs capacités et leur accès à une vie active et sociale choisie. Objectif : leur assurer une meilleure autonomie et une inclusion pleine et entière dans la société. (Autre volet, faire évoluer l'accompagnement des personnes polyhandicapées afin de répondre aux besoins intenses et une attente forte des intéressés, traité dans un autre document).

2015

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. . (2015). "Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale - Première approche." Paris : ANAP
https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/les-parcours-des-personnes-en-psychiatrie-et-sante-mentale-premiere-approche/

La notion de "parcours en psychiatrie et santé mentale" est récente et elle est peu encore usitée. L'ANAP a voulu mettre en exergue cette dimension du "prendre soin", qui implique aussi bien les patients eux-mêmes, les familles, les aidants, les soignants du sanitaire et du médico-social et les acteurs de l'environnement social. Ce travail a pu se faire en identifiant 5 portes d'entrée dans le parcours, qui impliquent et interrogent l'ensemble des acteurs : L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ; Les hospitalisations inadéquates ; L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ; L'accès aux soins somatiques ; La prévention et la gestion des situations de crise. Partant de cette approche, plusieurs constats ont été réalisés, dont par exemple : La régulation séparée des secteurs sanitaire, médico-social et social est une entrave à la visibilité des parcours ; La non-demande de nombreux patients ; Le handicap psychique est une réalité encore méconnue des professionnels du sanitaire et médico-social ; La faiblesse des outils de mesure fait obstacle à une objectivation du service rendu. Des propositions ont été élaborées qui permettent aussi bien de tenir compte de la complexité des problématiques, que d'aider au questionnement concret des acteurs. Ce document est complété par les outils créés lors de l'accompagnement des ARS pilotes (résumé de l'éditeur).

2014

Arnaud, Douesneau et Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. . Paris, F. R. A. (2014). "L'accompagnement médico-social des personnes adultes handicapées psychiques : retours d'expérience de reconversions ou de créations." Paris : ANAP
https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/laccompagnement-medico-social-des-personnes-adultes-handicapees-psychiques-retours-dexperience-de-reconversions-ou-de-creations/

La présente publication s'intéresse à une des nombreuses dynamiques d'adaptation visant à développer ces prises en charge et accompagnements multiples, à savoir les reconversions de structures sanitaires vers le secteur médico-social. Les retours d'expérience proposés par

les douze gestionnaires sanitaires et médico-sociaux retenus dans cette première étude permettent de dégager des enseignements convergents et des éléments de méthode qui pourraient contribuer à la réussite des nombreux projets de coopération ou d'adaptation en cours ou à venir. Il ressort surtout de ces analyses que les reconversions, qui doivent être replacées au coeur d'une réflexion stratégique globale, améliorent incontestablement l'accompagnement des personnes et qu'il existe plusieurs éléments qui facilitent la réalisation de ces opérations. S'il s'agit principalement de reconversions sous forme de MAS, les retours d'expérience intègrent également quelques projets de création, notamment de foyers de vie et de foyers d'accueil médicalisé. Le document présente ainsi successivement : les enseignements issus des douze retours d'expérience de reconversion ou de création ; les actions incitatives qui pourraient constituer le cadre de mécanismes d'encouragement à venir ; la présentation des douze retours d'expérience qui ont constitué la matière première de l'ensemble des travaux.

2011

Amara, F., Jourdain-Menninger, D., Lecoq, G., et al. (2011). "La prise en charge du handicap psychique : Rapport : Annexes". Rapport IGAS ; 2011 133. Paris IGAS**:** 2vol.
http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article220

Ce rapport a pour objet de décrire et d'évaluer les modalités qui président à la mise en œuvre des différents dispositifs dans le domaine du handicap psychique depuis l'adoption de la loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. La mission a souhaité évaluer la prise en charge du handicap psychique, c'est-à-dire "comment vivre avec" à travers la construction, visant à l'autonomie, du projet de scolarisation, du projet de vie et du parcours de soin par les institutions et acteurs des champs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, éducatifs et par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). C'est sous l'angle de cet objectif d'autonomie et d'accession à la vie ordinaire (via certaines compensations), au cœur de la loi du 11 février 2005, que la mission a orienté ses investigations.

Barreyre, J. Y., Asencio, A. M., Peintre, C., et al. (2010). "Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? Paris : CEDIAS
http://www.cnsa.fr/documentation/cedias_hand_psy_dec2011.pdf

Cette recherche visait à définir les conditions à réunir pour proposer un accompagnement le plus adapté possible aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap d'origine psychique, et peut donner en ce sens des pistes pour la construction (ou la réorientation) d'un projet de service d'accompagnement. Elle s'attache également à répondre aux questionnements des promoteurs et des financeurs sur la nécessité ou non d'une spécialisation et d'une médicalisation de ces services, ou encore sur l'intérêt de leur participation à la démarche d'évaluation conduite par la MDPH. La méthodologie de cette recherche a consisté à étudier de façon approfondie l'activité et l'organisation de dix services d'accompagnement très diversifiés (2 SAVS "généralistes", 3 SAVS "spécialisés", 1 SAVS/SAMSAH "spécialisé" et 4 SAMSAH), en croisant des informations collectées à la fois auprès de la direction des dix services d'accompagnement, de leur équipe, d'usagers et de parents, mais aussi de partenaires (secteur psychiatrique, ESAT et entreprise adaptée, service mandataire judiciaire à la protection des majeurs, bailleurs sociaux, centre d'animation socio-culturelle, services à la personne, Centre de cure ambulatoire en alcoologie.). Les principaux résultats de la recherche portent sur la place spécifique accordée aux personnes accompagnées dans les SAVS et SAMSAH "Handicap psychique" (positionnement "citoyen"),

sur l'articulation de l'accompagnement proposé par ces services avec le secteur psychiatrique, et au cadre spécifique de leur intervention, à la fois solide, permanent et souple (que ce soit en termes de pratiques professionnelles, de procédures d'admission, ou encore de durée de l'accompagnement). (RA).

2010

Buisson, J. R. (2010). "La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge". Paris CESE
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000119/

Le Conseil économique et social dresse un état des lieux de la prévention et de la prise en charge des troubles psychiatriques avérés, des enfants et des adolescents et propose deux types d'orientations pour améliorer cette prise en charge : favoriser la prévention à travers un repérage précoce des troubles mentaux en sensibilisant l'ensemble des acteurs de la chaîne de santé, en associant l'école au repérage de ces troubles et en revalorisant la fonction de médecin de l'Éducation nationale et mieux définir et organiser l'offre du réseau de soins, en accompagnant les familles à toutes les étapes du processus de soins et d'intégrations scolaire et sociale (résumé d'auteur).

2009

Couty, Cecchi, T. (2009). "Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie." Paris : Ministère de la Santé et des Sports

La commission chargée de la réflexion sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale, présidée par Edouard Couty, ancien directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos), a remis son rapport le 29 janvier 2009. La commission rappelle que les troubles psychiatriques sont responsables de 12 000 suicides par an et que l'augmentation prévisible des maladies mentales est "une préoccupation" pour l'ensemble des pays européens et plus particulièrement pour la France. Le plan "psychiatrie et santé mentale 2005-2008" vise déjà à faire évoluer la prévention et l'offre de soins. Selon la commission, la création des agences régionales de santé et les nouvelles orientations en matière d'organisation territoriale des établissements de santé et de gouvernance hospitalière rendent néanmoins nécessaire une loi qui intègre les différentes facettes de l'accompagnement et des prises en charge des familles et des proches des malades. Parmi les différentes recommandations, la commission privilégie notamment le repérage et le diagnostic précoce, un accès aux soins rapide et adapté, le suivi personnalisé et continu, la réhabilitation sociale, la prévention des risques, la recherche autour des déterminants de la santé mentale, ainsi que l'organisation rénovée des dispositifs nécessaires aux hospitalisations sans consentement comme les soins aux détenus. Le rapport contient en annexe de nombreuses données statistiques et cartographiques sur les pathologies psychiatriques et sur la planification et l'offre de soins en santé mentale et psychiatrique en France.

Zumkeller, M. (2009). "Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures". Paris Assemblée Nationale
http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2130.pdf

Ce rapport aborde la question de l'état de santé des mineurs placés sous main de justice, tant dans la phase préparatoire à la décision de justice que dans la phase de son exécution. Il

estime nécessaire d'améliorer le suivi sanitaire et psychique de ces mineurs, et de « repenser l'articulation du soin et de l'accompagnement éducatif pour donner sa pleine efficacité à la sanction pénale ». Dans une première partie, le rapport préconise de parfaire les connaissances statistiques sur l'état de santé des mineurs placés sous main de justice. Puis il émet des propositions pour renforcer le partenariat entre les ministères de la justice et de la santé et suggère notamment la mise en place d'un dossier judiciaire unique. Enfin le rapport présente des recommandations pour améliorer la prise en charge des mineurs présentant des troubles du comportement qui sont souvent placés dans des établissements inadaptés.

2007

Versini, D. (2007). "Adolescents en souffrance : plaidoyer pour une véritable prise en charge. Rapport thématique 2007". Paris Défenseur des enfants ; la documentation française

La Défenseure des enfants présente un rapport consacré au thème de la souffrance à l'âge de l'adolescence et les moyens de la prendre en charge. Le rapport aborde les différentes facettes de la souffrance psychique des adolescents, dont les nombreuses manifestations sont considérées comme inquiétantes : nombre élevé de tentatives de suicide, polyaddiction (alcool, tabac, cannabis), consommation de médicaments psychotropes... Regrettant le déficit de politique globale en direction des adolescents, le rapport note cependant des actions notamment en matière de lutte contre le suicide, et avec la mise en place d'un réseau national de lieux d'accueil et d'écoute pour les jeunes. Le rapport s'interroge ensuite sur la manière dont l'entourage peut repérer le mal-être de l'adolescent et sur les dispositifs susceptibles de prendre en charge celui-ci. On trouvera en fin de rapport les 25 recommandations de la Défenseure pour contribuer à l'élaboration d'une stratégie nationale de prise en charge des adolescents en souffrance.

2006

Sommelet, D. (2006). "L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé". Paris Ministère chargé de la Santé

Ce rapport confié à Mme Danièle Sommelet par lettre de mission de Monsieur Philippe Douste-Blazy du 25 avril 2005 analyse l'état de santé des enfants et des adolescents en France. L'accès au progrès médical, la qualité des méthodes de prévention et de dépistage et le traitement de nombreuses pathologies ont largement contribué au bon état de santé des enfants et des adolescents en France. Toutefois des progrès peuvent être accomplis, en particulier dans les domaines suivants : les connaissances épidémiologiques sur l'état de santé et les besoins des enfants et adolescents, la situation démographique des pédiatres, et notamment leur répartition géographique, la coordination entre les différents acteurs de santé et les actions de prévention.

2003

Clery-Melin, P., Kovess, V. et Pascal, J. C. (2003). "Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale". Paris Ministère chargé de la Santé

"La psychiatrie est menacée", affirme le docteur Philippe Cléry-Mélin, chargé par le ministre de le Santé de conduire une mission pour la promotion de la santé mentale. Dans un

volumineux rapport sur le sujet, le psychiatre fait 140 propositions que Jean-François Mattéi proposera à une concertation élargie, afin d'élaborer un plan global sur la Santé mentale au premier trimestre 2004. Le rapporteur insiste tout particulièrement sur les moyens humains et matériels qu'il importe de dégager pour réformer l'offre de soins en psychiatrie et en faciliter l'accès. L'auteur suggère de "réorganiser l'offre de soins de première ligne avec les médecins généralistes, de renforcer le dispositif de soins spécialisés" et de "réduire l'inégalité géographique des soins". Il réclame "un cadre spécifique, adapté à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées" et permettant de "mieux dépister et traiter les troubles psychiques chez les enfants et les adolescents".

2002

Charzat M., et al. (2002). "Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap - du fait de troubles psychiques-et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches.; What must be taken into account regarding people facing disabilities suchas mental disorder in order to improve their way of living as well as their families. Paris : Ministère des affaires sociales
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_CHARZAT_2002.pdf

Le plan d'action proposé par ce rapport conjugue 8 axes, s'articulant avec les plans déjà élaborés par les structures ministérielles chargées de la santé, d'une part, et des personnes handicapées d'autre part. 1-faire l'inventaire de l'existant et le faire connaître ; 2-développer une offre de soins de proximité en psychiatrie, articulée avec l'offre sociale et médico-sociale ; 3-mettre en oeuvre un plan d'action pour l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées psychiques : 3.1 appliquer la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 ; 3.2 développer une gamme complète de structures d'accueil et de services d'accompagnement des personnes handicapées psychiques ; 3.3 apporter les ressources nécessaires à une vie autonome ; 3.4 améliorer le système d'évaluation et d'orientation des personnes handicapées ; 3.5 réformer la protection juridique des personnes ; 3.6 préparer la future loi d'orientation des personnes handicapées ; 3.7 mettre en cohérence des politiques en faveur des enfants, des adultes handicapés et des personnes âgées ; 4-informer le public ; 5-former les professionnels ; 6-aider les associations d'usagers et de familles ; 7-développer des programmes d'études et de recherches ; 8-reconnaître et promouvoir le rôle des élus : 8.1 les conseils généraux ; 8.2 les communes. En annexe : la liste des personnes auditionnées, la Charte de l'usager en santé mentale de la FNAP-PSY, les urgences psychiatriques à Paris, des exemples innovants de structures ou projets médico-sociaux pour l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques, une bibliographie.

Autres études

Thomas, Fovet, Plancke, et al. (2018). "Soins psychiatriques aux personnes détenues. [Dossier]." Sante Mentale(227): 25-91.

Toutes les pathologies psychiatriques sont surreprésentées en prison, et un quart des détenus souffrant de troubles psychiatriques présentent une comorbidité addictive. Face à une pénalisation accrue de la folie, quels sont les enjeux éthiques et cliniques pour la psychiatrie ? Comment soigner et penser la rencontre avec l'autre dans des contraintes de temps et d'espaces maximales ? Comment établir des frontières claires avec le judiciaire pour négocier les conditions du soin psychiatrique ? (R.A.).

Boucherat-Hue, V.dir, Legay, D.dir., et al (2016). "Handicap psychique : Questions vives". Erès, Toulouse

Dans un contexte marqué en France par le clivage entre le sanitaire et le médico-social, la loi "Handicap" du 11 février 2005 a introduit dans les faits le handicap psychique, déjà porté depuis longtemps par les associations familiales et par certains acteurs de la psychiatrie. En encourageant la prise en compte de la vie quotidienne des personnes souffrant de troubles psychiques sévères, cette reconnaissance symbolique a trouvé un écho certain dans les pratiques médico-sociales et a renouvelé la recherche en sciences sociales du handicap et de la santé. Mais dix ans après, qu'en est-il des pratiques professionnelles dans un champ qui bouscule les cloisonnements traditionnels entre les univers du handicap et celui de la maladie mentale ? L'abord du handicap psychique implique des remaniements en profondeur des pratiques de santé, dont l'enjeu est le dépassement du modèle médical de la maladie au profit d'un véritable changement de la culture des soins et de l'accompagnement : construire un devenir favorable avec la perspective du rétablissement, penser les patients comme des citoyens aux prises avec des institutions, développer des méthodes d'évaluation intégrant le point de vue des sujets, élaborer des outils d'analyse économique prenant en compte les valeurs des individus ou des collectifs de proches. Ce travail collectif met en évidence cette dynamique qui, adossée à une éthique humaniste, pousse acteurs de terrain et chercheurs à sortir de leurs cultures respectives pour se rejoindre autour d'un véritable projet social et politique. (4ème de couv.).

Weber F., er al. (2014). "Handicap psychique n° 2." L'information psychiatrique **90**(4): 242-266.

Deuxième partie du dossier "Handicap psychique", ce dossier contient les articles suivants : - "Handicap psychique" : nouveaux droits ? - Quel handicap psychique peut-on mesurer ? - Réguler l'intervention sur autrui. Une mise en perspective des enjeux sociaux du droit des (in) capacités. - Mesurer l'ampleur du handicap psychique dans une population : une tâche réaliste ? - La place de l'expertise psychiatrique dans l'évaluation du handicap psychique. Le cas de l'autisme.

Zygart, De, P., Pachoud, et al. (2014). "Handicap psychique n° 1." L'information psychiatrique **90**(3): 177-205.

La notion de handicap psychique repose sur une approche fonctionnelle, qui est celle des handicaps en général : les classifications des handicaps supposent une division nette entre les individus et les environnements, la distinction de capacités précises, et des rapports simples entre le social et le vital. Cette approche n'est pas adaptée à la complexité des maladies mentales. Ce dossier aborde des aspects historiques et théoriques du handicap psychique, et la description des pratiques que ce handicap induit.

2012

Boucherat Hue, V.et Peretti, P. (2012). "Du handicap revisité au handicap psychique : un nouveau concept qui pourrait faire date ». Annales medico-psychologiques **170**(9): 622-627.

L'objectif de l'article est de montrer que l'usage du concept de "handicap psychique", entériné en 2005 par la dernière loi de cadrage française sur le handicap, est à resituer dans une évolution plus globale : celle des conceptions sur le handicap en général, qui dépendent des politiques sociétales successives et qui se retrouvent dans les classifications internationales des handicaps. La loi de février 2005 qui a suscité l'engouement en France a

peut-être donné trop d'espoir. Ce sera la question centrale de cet article. Car, force est de constater qu'en réalité, cette loi est un listing administratif nuancé des handicaps, et que, si elle propose une définition du handicap, celle-ci reste descriptive et limitée aux répercussions adaptatives et sociocomportementales des déficiences de la personne. De plus, cette loi ne reprend pas dans son texte le terme condensé de "handicap psychique". Celui-ci dérive plutôt d'une interprétation de l'esprit de la loi qui se fonde sur les travaux parlementaires préparatoires. L'article propose d'éclairer ce contraste entre la loi elle-même et ses débats préalables pour dégager "le meilleur" des dispositions sur le handicap dit "psychique", en particulier ses apports pour les personnes malades. (RA).

(2012). "Psychiatrie en milieu carcéral". Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux

Cet ouvrage rédigé par l'équipe du service médico-psychologique régional (SMPR) de Lille fait un point sur la prise en charge sanitaire des détenus en milieu carcéral et notamment sur la prise en charge des troubles psychiatriques. Il se penche sur le rôle du psychiatre et sur la place de la psychothérapie en milieu pénitentiaire. Il décrit les missions de structures existantes et notamment de la commission pluridisciplinaire unique (CPU), point de rencontre entre les professionnels pénitentiaires et les professionnels de santé. Il examine également les différentes problématiques médico-sociales en prison : addiction, suicide et tentative de suicide, maternité, sexualité, isolement et quartier disciplinaire, accompagnement social, etc.

2010

Delaune, F. coor, D. (2010). La reconnaissance légale du handicap psychique dans un contexte de changements institutionnels : quelles avancées ? Quelles ouvertures ? Rennes : EHESP
https://documentation.ehesp.fr/memoires/2009/mip/groupe_21.pdf

La loi du 11 février 2005 reconnaît le handicap psychique pour la première fois. Jusque là, la problématique de l'accompagnement des personnes souffrant d'un tel handicap était porté par des associations de parents et amis, les pouvoirs publics et les secteurs sanitaire, social et médico-social n'ayant pas officiellement prévu de prise en charge spécifique. Ainsi, la reconnaissance légale du handicap psychique constitue une avancée considérable, reconnue par les acteurs de terrain et les usagers, et a été accompagnée de changements institutionnels majeurs dans les domaines du droit à la compensation et de l'autonomie. Cette réforme législative a été adoptée dans un contexte plus global de refondation du secteur social et médico-social entamée par la loi du 2 janvier 2002. Néanmoins, tous ces changements institutionnels peinent à se déployer pleinement. La méconnaissance de l'ampleur du phénomène du fait de la déficience des systèmes d'information nuisent à une approche statistique fiable du handicap. Elle s'accompagne d'une certaine inadaptation des instruments d'évaluation, tels que la PCH ou la grille d'évaluation GEVA. Par ailleurs, les dispositifs et outils juridiques innovants nécessaires à la mise en place de réelles politiques publiques restent perfectibles alors que l'architecture institutionnelle et financière, qui les soutient, constituée notamment par la CNSA et le Conseil Général, présente des signes de fragilité. L'accompagnement des personnes handicapées psychiques continue à être impacté par les réformes institutionnelles en cours. Dans le domaine crucial de l'accessibilité aux soins, les acteurs de terrain expriment de fortes inquiétudes, devant la tentation du repli sécuritaire du secteur psychiatrique, l'inachèvement de la création du 5ème risque et la nouvelle gouvernance issue des Agences Régionales de Santé créées par la loi HPST du 21 juillet 2009. Ils estiment par ailleurs que la construction d'une vie sociale autonome pour ces personnes, tout comme leur accès à l'emploi, à l'insertion professionnelle et à la garantie de

ressources ne reçoit pas de réponses suffisantes malgré les plans ou chantiers prioritaires décidés par les pouvoirs publics. (R.A.).

2009

Cuenot, M. et Roussel, P. (2009). "De la difficulté de quantifier le handicap psychique : des classifications aux enquêtes." Revue Francaise Des Affaires Sociales: 65-82.
https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-65.htm

L'acceptation de plus en plus fréquente de la notion de handicap psychique s'est accompagnée d'un besoin de délimitation précise de ses contours et de dénombrement de la population concernée. La difficulté d'estimation de la prévalence du handicap en général tient notamment à son caractère multidimensionnel et au fait que chacune des dimensions relève d'un continuum. Dans le domaine des troubles mentaux, le contexte historique de l'émergence de la notion de handicap psychique a probablement contribué à la proximité de cette entité avec celle de maladie mentale. L'appréciation d'une prévalence s'appuie nécessairement sur des outils conceptuels visant à cerner le phénomène. L'étude des classifications des maladies (CIM), des troubles mentaux (DSM) et du handicap (CIH et CIF) ainsi que des questionnaires d'enquête basés sur ces classifications attestent du recouvrement partiel de ces outils, ce qui complique l'obtention d'une quantification univoque du handicap psychique en population générale.

Henckes, N. (2009). "Les psychiatres et le handicap psychique, d'une loi à l'autre : de l'après guerre aux années 1980." Revue Francaise Des Affaires Sociales: 25-40.

En retraçant les évolutions de la réflexion en psychiatrie sur le handicap découlant de la maladie mentale, du lendemain de la guerre aux années 1980, cet article vise à éclairer les conditions dans lesquelles la notion de handicap psychique a connu un essor depuis une quinzaine d'années. Liée à la conscience que la maladie mentale entraîne des difficultés dans la participation sociale, mais que ces difficultés sont indissociables des processus morbides, cette réflexion a conduit les psychiatres à s'engager au cours de la période, dans un ensemble de projets et d'expériences, de la psychothérapie collective au secteur, en passant par l'assistance extra-hospitalière ou la réadaptation professionnelle, au croisement de la psychiatrie et du handicap. Pour autant ces expériences ont été traversées par une tension persistante sur le sens et les limites de l'action de réadaptation engagée par les psychiatres, tension qui a éclaté au grand jour après la loi de 1975, créant un contexte nouveau dans lequel le handicap psychique trouvera son essor.

Milano, S. (2009). "Le handicap psychique, d'une loi à l'autre." Revue Francaise Des Affaires Sociales: 19-24.
https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-17.htm

Ignoré dans la loi du 30 juin 1975, le handicap psychique a fait l'objet en 1993 d'une reconnaissance à effets limités à l'occasion de la publication du "Guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées". Mais c'est avec la loi du 11 février 2005 que le handicap psychique acquiert sa pleine reconnaissance, non sans précaution.

Zribi, G. et Beulné, T. (2009). Les handicaps psychiques. Concepts, approches, pratiques, Presses de l'EHESP, Rennes

Les solutions sanitaires, sociales et médico-sociales proposées aujourd'hui aux personnes handicapées psychiques doivent être largement améliorées, tant quantitativement que qualitativement. De nombreuses questions méritent d'être approfondies : les soins, la réadaptation, l'accompagnement, les droits et l'entraide-mutuelle, l'aide aux aidants familiaux, l'emploi, l'habitat, la sociabilisation et l'individualisation des parcours vers une intégration sociale optimum, l'instauration de réseaux et de partenariats, la formation des professionnels. Cet ouvrage tend la plume à tous les acteurs : psychiatres, universitaires, psychologues, sociologues, responsables de structures, usagers du système de soins, familles. Leurs contributions présentent des réflexions théoriques et cliniques, décrivent des parcours de vie ou présentent des expériences innovantes en matière de services, de formation de professionnels et de réseaux sanitaires et sociaux.

2006

Chapireau (2006). "Handicap psychique : sortir de la confusion." Sante Mentale(106): 24-27, phot.

Qu'est-ce que le handicap psychique ? Quelle différence y-a-t-il par rapport au handicap mental ? Pourquoi certains sont-ils si vigoureusement opposés à cette notion alors que d'autres disent qu'elle apporte le progrès ? Qu'est-ce que cela change, pour les patients mais aussi pour les soignants ? (R.A.).

LA QUALITE DES SOINS

Les indicateurs de la qualité des soins sur le site de la Haute Autorité de santé (HAS)

La Haute Autorité de santé est engagée depuis 2008, en lien avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), dans un recueil national d'indicateurs de qualité des et de sécurité des soins en établissement de santé. Concernant le secteur de la psychiatrie et de la santé mentale, la campagne d'évaluation de la prise en charge hospitalière des indicateurs du thème Dossier Patient en Psy a été suspendue en 2018. À partir de cette date, la HAS a débuté des travaux de développement de nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur les trois thèmes suivants :

- Prise en charge somatique en établissement de santé ;
- Coordination entre ville et hôpital ;
- Pratique d'isolement et de contention mécanique.

En fonction du thème, un ou plusieurs périmètres hospitaliers peuvent être concernés : hospitalisation à temps plein, hospitalisation à temps partiel et centre médico-psychologique.

Le développement prévoit deux phases d'expérimentation.

Pour en savoir plus : Site de la HAS

2019

Cervello, S., Pulcini, M., Massoubre, C., et al. (2019). "Do Home-Based Psychiatric Services for Patients in Medico-Social Institutions Reduce Hospitalizations? Pre-Post Evaluation of a French Psychiatric Mobile Team." Psychiatr Q **90**(1): 89-100.

World Health Organization recommends the implementation of alternatives to full-time hospitalizations. Psychiatric home-care has known a worldwide development in the last 20

years. The psychiatric mobile team for social and medico-social institutions in Saint-Etienne, France, (Equipe mobile d'intervention en etablissements Sociaux et Médico-sociaux, ESMS) aims to support professionals from medico-social housing institutions (MSHI) in order to maintain people in housing. The objective of the study was to evaluate the efficiency of home-based interventions to reduce hospitalizations and improve collaboration between psychiatric hospital facilities and MSHI. We used a pre-post study design. A same cohort of patients living in a MSHI one year before intervention and one year after implementation of the ESMS was studied. Hospitalizations were compared between the two periods. A survey was conducted for qualitative evaluation among professionals in MHSI. Sixty-three patients were included. Most patients suffered from psychotic disorders (71%). We found a significant decrease in the mean number of admissions per year from 2,06 to 1,48 (Wilcoxon signed rank test; df64; p = 0,01). Mobile-team interventions included answering phone calls, home visits, coordination meetings, or clinical interviews with patients in inpatient and outpatient services, with an average of 9,3 interventions per patient (SD = 11,4). ESMS was evaluated as "essential" for 73% of 11 professionals from MSHI who answered the questionnaire in May 2017. Assertive Community Treatment and Crisis Resolution Teams are the most studied home-care models in psychiatry. Our results tend to show the efficiency of mobile-team interventions in MSHI, to enhance partnerships.

Fernandes, S., Fond, G., Zendjidjian, X., Coldefy, M. et al. (2019). "The Patient-Reported Experience Measure for Improving qUality of care in Mental health (PREMIUM) project in France: study protocol for the development and implementation strategy." Patient Prefer Adherence **13**: 165-177.

Background: Measuring the quality and performance of health care is a major challenge in improving the efficiency of a health system. Patient experience is one important measure of the quality of health care, and the use of patient-reported experience measures (PREMs) is recommended. The aims of this project are 1) to develop item banks of PREMs that assess the quality of health care for adult patients with psychiatric disorders (schizophrenia, bipolar disorder, and depression) and to validate computerized adaptive testing (CAT) to support the routine use of PREMs; and 2) to analyze the implementation and acceptability of the CAT among patients, professionals, and health authorities. Methods: This multicenter and cross-sectional study is based on a mixed method approach, integrating qualitative and quantitative methodologies in two main phases: 1) item bank and CAT development based on a standardized procedure, including conceptual work and definition of the domain mapping, item selection, calibration of the item bank and CAT simulations to elaborate the administration algorithm, and CAT validation; and 2) a qualitative study exploring the implementation and acceptability of the CAT among patients, professionals, and health authorities. Discussion: The development of a set of PREMs on quality of care in mental health that overcomes the limitations of previous works (ie, allowing national comparisons regardless of the characteristics of patients and care and based on modern testing using item banks and CAT) could help health care professionals and health system policymakers to identify strategies to improve the quality and efficiency of mental health care. Trial registration: NCT02491866.

2017

Bertrand, E. et Schlatter, J. (2017). Qualité et sécurité en établissement de santé : panorama de la gestion des risques en France - 2017, Bordeaux : LEH Édition

Depuis plusieurs années, la gestion des risques a trouvé sa place dans les organisations

complexes que sont les établissements de santé en France. Il s'agit néanmoins d'une notion «récente» qu'il faut encore définir, faire découvrir et surtout légitimer. Pour anticiper et agir face aux agressions potentielles, tous les acteurs, qu'ils soient ingénieurs, médecins, cadres de santé, infirmières ou directeurs, ont besoin d'outils méthodologiques pour identifier et réduire les risques liés à leur activité. Cet ouvrage se veut une cartographie de l'état actuel des risques en établissement de santé. Pour cela, il se veut très pratique et composé de deux parties principales. Une première partie est consacrée à des thématiques générales et une seconde partie aux risques vécus ou perçus directement dans des services cliniques ou médico-techniques. L'ouvrage est divisé en chapitres dont chacun est rédigé par un ou des auteur(s) spécialisés et reconnus dans leur domaine. Les thèmes abordés offrent une vision très diversifiée, allant du risque médical aux questions épidémiques, évoquant même la cybercriminalité. Le fil conducteur du livre est la perception de chaque auteur sur les risques précis uniquement dans les établissements de santé.

Boyer, L., Zendjidjian, X. Y., Baumstarck, K., et al. (2017). "[Benefit of mortality and morbidity reviews in psychiatry]." Soins Psychiatr **38**(312): 41-44.

A mortality and morbidity (M&M) review consists in analysing, collectively and retrospectively, the cases of patients whose evolution has been marked by a complication or death. This analysis must question whether such an outcome could have been avoided, making it possible to identify the causes and correct the factors having contributed to its occurrence. After a presentation of the methodological and organisational principles, as well as the M&M reviews carried out in France, attention is turned to those performed in psychiatry and identifying the main perspectives for the discipline.

Plancke, L., Amariei, A., Flament, C., et al. (2017). "[Psychiatric readmissions: individual and organizational factors]." Santé Publique **29**(6): 829-836.

BACKGROUND: Psychiatric readmission often constitutes a criterion to assess the effects of various therapies, as well as the impact of organizational changes in the healthcare system. It is used to characterize relapse or decompensation. The purpose of this study was to determine readmission rates and identify individual and organizational factors associated with significant variations in these rates. METHODS: Adult psychiatric readmissions were identified from the full-time hospital stays registered in psychiatric wards in 2011-2012 in the Nord and Pas-de-Calais departments of France, available in the medical the RimP psychiatric admission database. Readmission rates for various follow-up periods after discharge were measured by Kaplan-Meier survival analysis and multivariate analysis was conducted using the Cox proportional hazards model. RESULTS: Approximately 30,000 adults were hospitalized full-time in psychiatric units of the region during the study period. The 24-month readmission rate was 51.6% (95%CI: 50.8-52.3%). The Cox model showed that a diagnosis of schizophrenia (F2 - HR = 1.72 - 95%CI: 1.61-1.84 - $p < 0.001$) and personality disorder (F6 - HR = 1.45 - 95%CI: 1.32-1.58 - $p < 0.001$) was associated with a higher readmission rate. Readmission rates were higher among dependent patients in non-profit private hospitals. CONCLUSION: Psychiatric readmission is a very frequent event and is linked to organizational as well as individual factors.

Pothain, A. (2017). "[The respect of the right to freedom of movement, an indicator of good quality patient management]." Soins Psychiatr **38**(310): 29-31.

Freedom of movement is at the centre of contradictory challenges for the different people working in psychiatry, faced with a society demanding social regulation and safety, and the desire of institutions to provide high quality care. This freedom, and more globally the

respect of patients' civil rights, are an indicator of the expected quality of care. Taking these rights into consideration does not mean neglecting safety, but attempts to put it into perspective. This article presents the clinical case of a patient.

2016

Glikman (2016). "Recommandations de bonne pratique en psychiatrie. État des lieux en France.; Clinical guidelines in Psychiatry. Inventory in France." Annales medico-psychologiques **174**(1): 49-52.

Les recommandations de bonne pratique, issues de l'evidence-based medicine, visent à l'amélioration de la qualité des soins. Depuis 2011, la Haute Autorité de santé (HAS), le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP) et l'AFPBN ont élaboré et diffusé des recommandations dans le champ psychiatrique. Au travers d'un processus structuré et rigoureux, chaque recommandation est assortie d'un grade correspondant à un niveau de preuve fondé sur les données de la littérature médicale, l'expertise des professionnels et les préférences des patients. Les recommandations de bonne pratique sont destinées à être intégrées dans des programmes de bonne pratique. (R.A.).

2015

Coppens, Vermet, Knaeps, et al. (2015). "Les soins psychiatriques pour adolescents en Europe : situation actuelle, recommandations et lignes directrices par le réseau ADOCARE." Bruxelles : ADOCARE

ADOCARE a pour mission d'améliorer les soins psychiatriques pour adolescents dans les Etats membres de l'Union. Il sort aujourd'hui un rapport dans lequel sont collectées les informations les plus récentes et les plus pertinentes sur les soins en santé mentale pour adolescents. Il se penche sur l'état global de la santé mentale des adolescents en Europe, sur la manière dont les services spécialisés européens sont organisés, sur les stratégies et politiques mises en place pour améliorer leur disponibilité et leur qualité ainsi que sur celles qui visent à prévenir les troubles psychiatriques et promouvoir le bien-être mental des adolescents (résumé de l'éditeur).

Zendjidjian, X. Y., Auquier, P., Lancon, C., et al. (2015). "The SATISPSY-22: development and validation of a French hospitalized patients' satisfaction questionnaire in psychiatry." Eur Psychiatry **30**(1): 172-178.

OBJECTIVE: The aim of our study was to develop a specific French self-administered instrument for measuring hospitalized patients' satisfaction in psychiatry based on exclusive patient point of view: the SATISPSY-22. METHODS: The development of the SATISPSY was undertaken in three steps: item generation, item reduction, and validation. The content of the SATISPSY was derived from 80 interviews with patients hospitalized in psychiatry. Using item response and classical test theories, item reduction was performed in 2 hospitals on 270 responders. The validation was based on construct validity, reliability, and some aspects of external validity. RESULTS: The SATISPSY contains 22 items describing 6 dimensions (staff, quality of care, personal experience, information, activity, and food). The six-factor structure accounted for 78.0% of the total variance. Each item achieved the 0.40 standard for item-internal consistency, and the Cronbach's alpha coefficients were>0.70. Scores of dimensions were strongly positively correlated with Visual Analogue Scale scores. Significant associations

with socioeconomic and clinical indicators showed good discriminant and external validity. INFIT statistics were ranged from 0.71 to 1.25. CONCLUSIONS: The SATISPSY-22 presents satisfactory psychometric properties, enabling patient feedback to be incorporated in a continuous quality health care improvement strategy.

2013

Allilaire (2013). "Les enjeux de la démarche qualité en psychiatrie.; True stakes for quality approach of care in psychiatry." Annales medico-psychologiques **171**(1): 22-24.

La démarche qualité vise à obtenir le meilleur soin possible, au meilleur coût et avec l'efficacité optimale pour le patient, dans un contexte sanitaire et socio-économique donné. Les Recommandations pour la pratique clinique fournissent des critères, des référentiels et des procédures permettant d'aboutir au meilleur soin, mais aussi une méthode de formation professionnelle comportant une amélioration de la qualité des informations et de la communication entre praticiens. L'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) que complète la Formation médicale continue (FMC) sont, depuis la loi du 30 décembre 2012, les moyens de satisfaire aux obligations du développement professionnel continu (DPC) en France. Seule une méthode participative pluridisciplinaire et pluri-professionnelle combinée à une évaluation de type formatif nous semble à même de permettre d'atteindre les objectifs d'amélioration des soins et d'un DPC prenant en compte les retours d'expérience du terrain, les données de l'EBM, et l'incontournable consensus professionnel. (RA).

Cambier, G., Bougerol, T. et Micheletti, P. (2013). "[Qualitative survey of the law of 5 July 2011 in the field of psychiatry]." Santé Publique **25**(6): 793-802.

The law of 5 July 2011 concerning the rights and protection of subjects in psychiatric care and the modalities of their management has been severely criticized and often rejected, both before and following its application in August 2011. This study was designed to describe and compare perceptions of this law by actors in the field, six months after application of the law. This qualitative study based on twenty-four interviewees from Isere and Savoie - including psychiatrists, judges, patients and families - shows that this law is not completely rejected in practice and that it provides a number of advantages: independent view of a judge, an initial observation period, rapid management for isolated patients presenting an immediately life-threatening risk, improvement of mandatory outpatient healthcare. However, the law of 5 July 2011 also raises a number of problems: hospital leave for more than twelve hours was strictly limited by the initial text; complex relationships between justice and psychiatry; insufficient funding; hearings are problematic as they are held early, in public, and sometimes outside of hospitals; excessive number of medical certificates; certain parts of the text are unclear. As is already the case for some of these issues (law of 23 September 2013), these problems should be resolved in order to ensure better law enforcement.

Chapireau (2013). "La démarche qualité en psychiatrie: poser les bonnes questions. Quality approach in psychiatry : how do we decide what questions are relevant ?" Annales medico-psychologiques **171**(1): 38-40.

Plusieurs obstacles affaiblissent la confiance dans la démarche qualité. Une esquisse de typologie est proposée pour décrire les démarches qualité. Le premier axe montre l'importance relative de la description de la prescription. Le second, l'importance relative du jeu des acteurs et de la gestion des ressources. La question pertinente centrale est : dans une situation donnée, quel équilibre voulons-nous entre description et prescription, entre le jeu

des acteurs et la gestion des ressources par les experts ? (RA).

Fisher, C. E., Spaeth-Rublee, B. et Alan Pincush (2013). "Developing mental health-care quality indicators : toward a common framework." International Journal for Quality in Health Care **25**(1): 75-80.

Houssou (2013). "Amélioration de la qualité des soins en psychiatrie : des visites d'accréditation aux visites de certification, validités, inadéquations et non-dits.; Healthcare quality improvement in psychiatry : from accreditation visits to certification visits, validities, unsuitabilities and half-truths." Annales medico-psychologiques **171**(5): 311-317.

En France, le concept d'amélioration de la qualité des soins de santé et de la gestion des risques se fait de plus en plus entendre en psychiatrie. Parallèlement, le personnel soignant y associe une diminution des moyens alloués et une inflation de la réglementation. La contribution effective de tous les acteurs potentiels de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, les évaluations des procédures elles-mêmes du point de vue de l'efficience, l'utilisation judicieuse de la base documentaire de la HAS par les établissements de santé et leur personnel constituent des atouts pour plus de réussite dans l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

2012

HAS (2012). Indicateurs de qualité généralisés en santé mentale. Analyse descriptive des résultats agrégés et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats. Campagne 2011. Etudes et Rapports. Saint Denis HAS
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/ipaqss-rapport-psy-v5.pdf

[BDSP. Notice produite par HAS R0xDlsJA. Diffusion soumise à autorisation]. Début 2012, la HAS a coordonné la deuxième campagne nationale de recueil des 3 indicateurs du thème "Qualité du dossier patient en santé mentale" impliquant les établissements ayant une activité en santé mentale (PSY) (Tenue du dossier patient, Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, Dépistage des troubles nutritionnels). Après chaque campagne de recueil, la HAS rend compte des résultats agrégés dans un rapport d'analyse mis en ligne sur son site Internet. Ce rapport présente les principaux constats et faits marquants issus de l'analyse des résultats de la campagne 2011.

2011

HAS (2011). Rapport : Indicateurs de qualité généralisés en santé mentale - Analyse descriptive des résultats agrégés et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats - Campagne 2010. Etudes et Rapports
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/ipaqss_rapport_psy-vf.pdf

En 2010, la HAS a coordonné la première campagne de recueil généralisée des 3 indicateurs du thème "Qualité du dossier patient en santé mentale" impliquant les établissements ayant une activité en santé mentale (PSY) (Tenue du dossier patient, Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, Dépistage des troubles nutritionnels). Après chaque campagne de recueil, la HAS rend compte des résultats agrégés dans un rapport d'analyse mis en ligne sur son site Internet. Ce rapport présente les principaux constats et faits marquants issus de l'analyse des résultats de la campagne 2010.

2009

University of York (2009). "Investigating patient outcome measures in mental health.; Recherche sur les mesures d'évaluation des résultats pour les patients souffrant de maladies mentales." York : University of York

This report examines the feasibility of incorporating patient outcomes in mental health into a productivity measure. It examines which outcome measures are most commonly used in mental health, the practical issues about collecting these outcome measures, whether they can be converted into a generic measure, whether there is a time series of data available, and whether the data exists to examine changes in the mix of treatments over time. The criteria that were assumed to be important for an outcome measure to be included in a productivity index, were that it should have wide coverage, should be routinely collected, could readily be linked to activity data, could potentially be converted to a generic outcome measure, and would be available as a time-series. The report focuses predominantly on mental health outcomes within the working age population. Literature searches on outcome measurement in mental health covered numerous databases and retrieved over 1500 records. Around 170 full papers were obtained.

Jacobs, R. (2009). Investigating patient outcome measures in mental health. CHE Research Paper Series ; 48. York University of York
http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp48.pdf

This report examines the feasibility of incorporating patient outcomes in mental health into a productivity measure. It examines which outcome measures are most commonly used in mental health, the practical issues about collecting these outcome measures, whether they can be converted into a generic measure, whether there is a time series of data available, and whether the data exists to examine changes in the mix of treatments over time. The criteria that were assumed to be important for an outcome measure to be included in a productivity index, were that it should have wide coverage, should be routinely collected, could readily be linked to activity data, could potentially be converted to a generic outcome measure, and would be available as a time-series. The report focuses predominantly on mental health outcomes within the working age population. Literature searches on outcome measurement in mental health covered numerous databases and retrieved over 1500 records. Around 170 full papers were obtained.

Wierdsma, A., Mulder, C., Vries, S. d., et al. (2009). "Reconstructing continuity of care in mental health services : a multilevel conceptual framework." Journal of Health Services Research & Policy **14**(1): 52-57.

2008

Garcia Armesto, S., Meideros, H. et Wei, L. (2008). Information availability for measuring and comparing quality of mental health care across OECD countries. OECD Health Technical Papers ; 20. Paris OCDE
http://www.oecd.org/dataoecd/53/47/41243838.pdf

Ce document présente un panorama des systèmes d'information sur les soins de santé mentale en place dans 18 pays de l'OCDE avec pour objectif d'examiner les possibilités de

mesure de la qualité de ces soins et d'identifier des indicateurs qui pourraient être inclus dans la batterie d'indicateurs de la qualité des soins de santé (HCQI) de l'organisation. Pour étayer cette analyse, une enquête a été effectuée. Le questionnaire s'efforçait de recueillir des informations sur trois domaines d'intérêt permettant de décrire les systèmes nationaux d'information liés aux services de santé mentale : types de données sur la santé mentale disponibles au niveau du système ; sources de données disponibles au niveau national ; modalités institutionnelles régissant la propriété et l'utilisation du système d'information. Une section supplémentaire a été ajoutée pour évaluer les possibilités d'amélioration de la disponibilité des indicateurs recommandées dans le Rapport technique sur la santé n° 17 de l'OCDE.

2007

Daly, J.C. (2007). L'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie : un enjeu stratégique pour le directeur des soins. Rennes : ENSP

La situation des établissements publics de santé s'inscrit dans un courant de mutations importantes. Dans ce paysage de contraintes économiques, pression des usagers, exigences réglementaires et professionnelles le monde de la santé mentale s'engage dans l'évaluation des pratiques soignantes. Les questions autour de l'EPP sont multidimensionnelles et leur complexité est à la hauteur des objectifs sous-tendus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, pertinence des indications et évolution des modes de prise en charge. L'objet de notre mémoire, porte sur la manière dont les professionnels se représentent l'évaluation de leurs pratiques et sur la dimension culturelle des soins en santé mentale pour conduire les équipes soignantes à progresser collectivement et individuellement. Il ne faut, alors, pas omettre que la qualité du service médical rendu aux patient est articulée sur une organisation hospitalière faite de la juxtaposition et de la coordination de compétences multiples. De ce fait, l'implication de l'encadrement est indispensable dans la déclinaison du projet d'évaluation au sein des unités de soins, en cohérence avec le projet de soins infirmiers. Abordée dans une perspective paramédicale, l'EPP en psychiatrie est une véritable opportunité pour accroître la visibilité de la profession et celle de ces processus opératoires. Les EPP ne peuvent être envisagées, qu'articulées avec les différents responsables administratifs, médicaux et soignants et par là même bénéficier de leur engagement. Anticiper la mise en place dans les services de soins d'une démarche d'évaluation des pratiques s'appuie, alors, sur l'expérience développée par les EPP médicales. La finalité des EPP, pour la direction des soins, reste celle d'apporter, au demeurant, la meilleure prestation de soins au patient pour lequel et par lequel la communauté soignante trouvera sa légitimité. (R.A.).

Durbin, J., Lin, E., Layne, C., et al. (2007). "Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care?" Journal of Behaviour Health Services Research **34**(2): 137-150,

Early return to hospital is a frequently measured outcome in mental health system performance monitoring yet its validity for evaluating quality of inpatient care is unclear. This study reviewed research conducted in the last decade on predictors of early readmission (within 30 to 90 days of discharge) to assess the association between this indicator and quality of inpatient psychiatric care. Only 13 studies met inclusion criteria. Results indicated that risk is greatest in the 30-day period immediately after discharge. There was modest support that attending to stability of clinical condition and preparing patients for discharge can protect against early readmission. A history of repeated admission increases risk, suggesting that special efforts are required to break the revolving door cycle. The authors

identified a need for more standardization in measurement of client status at discharge and related care processes, more intervention studies on discharge practices, and studies of the effect of community care on early readmission.

2006

Hermann, R. C., Mattke, S., Somekh, D., et al. (2006). "Quality indicators for international benchmarking of mental health care." International Journal for Quality in Health Care: 31-38.

Schroder, Ahlstrom et Larsson (2006). "Patients'perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting : a phenomenographic study.; Perceptions des patients dans le concept de la qualité des soins en psychiatrie : une étude phénoménographique." journal of clinical nursing **15**(1): 93-102.

Le sujet de l'étude était de décrire comment les patients perçoivent le concept de la qualité des soins en psychiatrie. C'est une étude qualitative concernant 20 adultes en consultation externe de soins psychiatriques.

2005

Girard (2005). Une gestion des équipes de nuit pour améliorer la qualité des soins en psychiatrie. Application pratique pour une Direction des soins. Rennes : ENSP

En psychiatrie générale publique, l'organisation des équipes de nuit se fait selon deux modèles : les horaires alternants, dits les "3X8" et les "temps plein nuit" ou équipes non intégrées, c'est à dire exerçant exclusivement de nuit. Partant de constats sur les conditions du travail de nuit des soignants, la tendance à l'essor de l'alternance, la flexibilité nécessaire des emplois et des compétences, mais aussi, l'évolution des pratiques soignantes et l'amélioration continue de la qualité des soins comme enjeu de tout établissement de santé, ce mémoire propose le développement d'une problématique centrée sur la question suivante : dans quelle mesure, les différentes formes d'organisation du travail de nuit en psychiatrie ont une incidence sur la qualité des soins ? La méthode suivie est celle d'une "recherche - action" qui permet l'élaboration de préconisations pour une Direction de soins à partir de la résolution de quatre hypothèses. Les résultats montrent que : les liens entre "organisation du travail" et "qualité des soins" sont indéniables ; La création d'équipes "temps plein" de nuit est une manière d'améliorer la qualité des soins de nuit, mais seulement si ce schéma organisationnel s'accompagne d'une mise en place des outils de GPEC d'une part et de continuité des soins d'autre part ; La professionnalisation du temps de la nuit doit s'inscrire dans une démarche de contractualisation interne ; Toute réflexion sur l'organisation du travail de nuit dès lors qu'elle s'accompagne d'une politique d'affectation contractualisée est à mener par la Direction des soins en partenariat avec la DRH. (R.A.).

2003

Caria, A.(2003). Démarche qualité en santé mentale. Une politique au service des patients, Paris : In Press Editions

Depuis une dizaine d'années, le système de santé français est en pleine mutation. Le droit de la santé évolue rapidement. Les "usagers/patients" apprennent progressivement à prendre

une place d'interlocuteurs à part entière dans la relation de soin et, au-delà dans les instances de décisions sanitaires. Les conférences régionales et nationales de santé, les associations d'usagers, les nouvelles modalités d'accès à l'information médicale, l'évolution du niveau d'exigence et des plaintes, l'émergence de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques ont tracé le cadre dans lequel s'inscrit la loi sur les droits des malades. Il s'agit dans ce livre de montrer comment la démarche qualité et son corollaire l'accréditation peuvent être des outils au service de l'évolution des pratiques psychiatriques. En partant d'une réflexion sur les enjeux de santé publique induits par les récentes évolutions du système de soins, cet ouvrage met en lumière les principaux objectifs que devraient atteindre les établissements de santé mentale, grâce à la mise en place d'actions d'améliorations ciblées (droits des patients, information des patients et des proches, dossier du patient, accueil, coordination des soins.

Depaigne, A., Lascoumes, P. et Kovess, V. (2003). Accréditer la psychiatrie : les premiers pas d'un instrument d'action publique. Paris : Dress - Mire

Cette recherche, qui s'inscrit dans le cadre du programme " santé mentale " lancé par la MiRe au printemps 2000, se propose de saisir les multiples enjeux de la rencontre entre la psychiatrie et la démarche d'accréditation des établissements de santé. Elle s'appuie à la fois sur une enquête qualitative et des données quantitatives. Une typologie des " zones " de l'hôpital est dégagée, construite selon l'incidence de l'accréditation et l'appropriation de la démarche. Pour conclure, un bilan, à la fois des transformations provoquées par l'accréditation et des mutations subies par l'instrument lui-même lors de son voyage au sein des établissements de santé, est dressé.

Gory, Michel et Phely, P. (2003). "Elaboration d'indicateurs de qualité de soins dans un centre hospitalier psychiatrique.; The development of a core set of quality of care indicators in a psychiatric hospital." Santé Publique **15**(1): 99-113

Le centre hospitalier psychiatrique Camille Claudel a élaboré une batterie d'indicateurs utilisant une fiche descriptive et une grille de lecture critique récemment développés. Les objectifs de cet article sont d'étudier la validité de ces outils et les principales difficultés méthodologiques rencontrées par les professionnels de terrain dans la construction de leurs indicateurs. Cette expérience montre la faisabilité d'une démarche d'établissement pour élaborer une batterie d'indicateurs alors qu'il n'existait pas de compétence épidémiologique ni métrologique interne. L'encadrement méthodologique, fondé sur des outils jugés valides, semble essentiel pour former les professionnels aux indicateurs et pour les aider à choisir et à améliorer leurs indicateurs.

Gory, I., Michel, P. et Phely-Peyronnaud, C. (2003). "Elaboration d'indicateurs de qualité de soins dans un centre hospitalier psychiatrique." Santé Publique **15**(1): 99-113

[BDSP. Notice produite par ENSP 6OZR0xWg. Diffusion soumise à autorisation]. Le centre hospitalier psychiatrique Camille Claudel a élaboré une batterie d'indicateurs utilisant une fiche descriptive et une grille de lecture critique récemment développés. Les objectifs de cet article sont d'étudier la validité de ces outils et les principales difficultés méthodologiques rencontrées par les professionnels de terrain dans la construction de leurs indicateurs. Cette expérience montre la faisabilité d'une démarche d'établissement pour élaborer une batterie d'indicateurs alors qu'il n'existait pas de compétence épidémiologique ni métrologique interne. L'encadrement méthodologique, fondé sur des outils jugés valides, semble essentiel pour former les professionnels aux indicateurs et pour les aider à choisir et à améliorer leurs indicateurs.

2002

Roelandt (2002). "La qualité des soins en santé mentale." Soins cadres(44): 46-47.

L'offre de soins en psychiatrie répond-elle à la demande de qualité de vie à laquelle a droit la personne soignée pour un problème de santé mentale ? Comment le dispositif peut-il évoluer pour que les professionnels de santé aillent dans la cité au-devant des besoins et soient de véritables "promoteurs de santé" ? Comment redonner au patient sa place et ses droits de citoyen ? (R.A.).

2001

Terra (2001). "Méthodes d'évaluation des dispositifs de soins en psychiatrie." Journal d'Economie Médicale **19**(5-6): 415-424, rés.

L'auteur passe en revue plusieurs approches possibles pour évaluer un système de soins en psychiatrie. On peut distinguer un axe épidémiologique qui donne la primauté à une évaluation préalable des besoins de soins (morbidité des patients, utilisation du système de soins) d'un courant issu de l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins qui débouche sur l'évaluation des pratiques professionnelles et des organisations. Par ailleurs, on note une forte évolution en faveur d'une évaluation centrée sur le patient en lui donnant la parole pour apprécier la façon dont il a été soigné et juger du résultat obtenu.

SANTE MENTALE ET TERRITOIRE

L'organisation des soins en psychiatrie

En France, le système de prise en charge des troubles psychiatriques se caractérise par une diversité des organisations (secteur libéral, secteur hospitalier, secteur médicosocial), des financements (rémunération à l'acte, établissements sous objectif quantifié national, budget global hospitalier), des structures (centres médico-psychologiques, lits hospitaliers, hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques…) et des modalités de soins (prise en charge en ambulatoire, prise en charge à temps partiel et prise en charge à temps complet) et d'accompagnement (services d'accompagnement à la vie sociale et d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés, groupes d'entraide mutuelle… (Coldefy, 2005[19]). Différents acteurs interviennent ainsi dans la prise en charge de la maladie mentale : établissements et professionnels de santé, secteur médicosocial et social. Bien que cette prise en charge recouvre plusieurs aspects, elle se déploie à une échelle commune qui est celle du territoire. La logique territoriale se déploie notamment avec la création dans les années 60 du secteur psychiatrique. La sectorisation psychiatrique se définit par la prise en charge par une équipe pluriprofessionnelle de la santé mentale de la population d'un territoire géographiquement délimité, avec à sa disposition une gamme de services implantés sur le territoire pour répondre aux différents états et phases de la maladie. Tout en reconnaissant la place du secteur dans l'organisation des soins, la loi du 26 janvier 2016 institue la réalisation d'un projet territorial de santé mentale auquel sont associés les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'Etat concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé mentale[20].

[19] Coldefy, M. (2005). Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France. Etudes et résultats (443)

[20] Lopez, A., et al. (2017). Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Tome 2. Paris : Igas

Etudes d'ensemble sur la politique en santé mentale

2019

Conrath, P. et Ouazzani, M. (2019). "La psychiatrie, déprimée ?" Le Journal des psychologues **367**(5): 3-3.
https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2019-5-page-3.htm

> Les « mass » médias, bien après que les spécialistes, les médias professionnels, les associations aient alerté sur les dommages de certains secteurs et, sur la dégradation des services, finissent par s'emparer du sujet tous ensemble et en même temps, pour sensibiliser l'opinion la plus large. C'est le cas pour la dégradation du secteur de la psychiatrie, alerte salutaire, mais qui ne doit pas être seulement considérée comme un effet de mode médiatique, mais dont les effets sont pérennes et bien réels, depuis de longues années. Libération, Le Monde, Le Parisien et récemment France 3 se sont d'ailleurs inquiétés dès le début de l'année de l'état scandaleux de la psychiatrie française. On peut en effet considérer la psychiatrie en état d'abandon, le fameux « parent pauvre de notre système de santé » selon la ministre de la Santé, touchée depuis plusieurs années par des réductions budgétaires drastiques, s'accompagnant souvent d'une belle indifférence des pouvoirs publics, voire du mépris ou d'un franc rejet affiché, cela dans un passé récent avec l'obsession sécuritaire comme étendard. Comme si le délaissement des soins allait faire disparaître les maladies mentales et les questions cruciales qu'elles posent à notre société tout entière.

CNRA (2019). Bilan d'activité 2018 du Centre national de ressources et d'appui au Conseils locaux de santé mentale. Lille Centre National de Ressources et d'Appui aux CMSM CCOMS**:** 11.

> Suite à l'instruction du 30 septembre 2016, une attention particulière est portée pour inscrire les centres locaux de santé mentale (CLSM) dans les contrats de ville et pour couvrir en priorité les territoires de la politique de la ville. En janvier 2016, la loi de modernisation de notre système de santé inscrit les CLSM dans le cadre de l'article 69 et indique que les Conseils locaux de santé mentale seront consultés avant validation des Projets Territoriaux de Santé Mentale.

2017

Legrand, P. (2017). "L'avenir de la psychiatrie ne peut-il être que politique ? Le paradigme de Frantz Fanon." L'Information Psychiatrique **93**(3): 199-203.
https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2017-3-page-199.htm

> La psychiatrie est née dans le sillage d'un des plus grands mouvements révolutionnaires de tous les temps, elle ne pourra échapper à sa réduction opératoire dans une technique de contrôle de l'humain qu'en se refondant par la philosophie politique. Cette affirmation est évidemment polémique et je voudrais l'appuyer sur deux expériences : d'une part celle des comités d'éthique, d'autre part celle du message de Frantz Fanon auquel on peut accéder par la publication récente de ses écrits psychiatriques. L'éthique des soins en psychiatrie est passée d'un modèle à l'autre : d'abord le modèle de l'accès à la citoyenneté du malade mental du geste pinelien, ensuite le modèle de la liberté du mouvement de desintitutionnalisation des années 70 et puis le modèle actuel de la gestion des risques. Ces modèles éthiques contaminent la clinique et l'organisation des soins. De même, Frantz Fanon illustre que c'est de la clinique phénoménale quotidienne d'une pratique de terrain que le

psychiatre met en évidence les processus d'aliénation de l'humain sans se perdre dans les particularismes culturels ou pire raciaux. Même si les mécanismes de l'aliénation d'aujourd'hui sont plus subtils que la brutalité de la colonisation (individualisme, acculturation, désafférentation, etc...), il importe que le clinicien fonde son action thérapeutique sur la désaliénation comme éthique de la liberté. C'est aussi un acte politique...

2016

Coldefy, M. (2016). "Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes." Revue Française des Affaires Sociales **6**(2): 21-30.
http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-2-page-21.htm

Le système français de prise en charge des troubles psychiques se caractérise par une grande pluralité des acteurs, des organisations, des structures et des modalités d'accompagnement. Il fait également l'objet d'une organisation et d'une législation spécifiques par rapport au reste du champ sanitaire. Cette spécificité est liée à plusieurs dimensions : le caractère souvent durable et évolutif...

Dujardin, V. (2016). "Loi de modernisation de notre système de santé. Volet santé mentale. Note synthétique". Lille : Centre collaborateur OMS pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale.
http://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2016/02/EPSMLM-CCOMS-Loi-modernisation-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-Volet-sant%C3%A9-mentale-12.02.2016.pdf

Note de présentation synthétique ciblant la santé mentale, et ainsi non exhaustive en sa présentation des dispositions législatives nouvelles relatives au système de santé. I. Modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet des soins psychiatriques sans leur consentement : présentation des modifications. II. Impacts sur les droits des patients en santé mentale : un accent mis sur l'accès aux soins, la continuité, l'égalité du patient devant le système de santé. III. Cadre légal de l'isolement et de la contention en psychiatrie. IV. Politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie : le Conseil local de santé mentale devient un pivot légalement consacré. V. Rôle des représentants des usagers : l'empowerment. VI. L'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique : les actions de promotion de la santé mises en exergue par le législateur. VII. Le droit à la protection de la santé : une responsabilité étatique soulignée. VIII. Information complémentaire relative à plusieurs dispositions législatives.

Pourrat, A. (2016). "Loi de santé et psychiatrie. Et maintenant ?" Information Psychiatrique (L') **92**(3): 183-186.

Qu'en est-il de la loi de modernisation de notre système de santé dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie ? Quelques réflexions et pistes non exhaustives.

2013

Basset Bernard, M. D. (2013). "Les politiques de santé mentale." Actualité et Dossier en Santé Publique(84)
http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=141

Seule la santé mentale, dans le champ de la santé publique, est à ce point au carrefour des enjeux sociaux, éthiques, médicaux et économiques. La politique de santé mentale relève aujourd'hui d'avantage du terrain que de l'affirmation d'orientations assumées par le ministère. L'article revient sur les fondements de la santé mentale en France

Chiron, A.-S. et Deloro, C. (2013). "Du secteur de psychiatrie au territoire de santé mentale." Soins psychiatrie(289): 33-35.

Aujourd'hui, un glissement dans la politique de santé publique est constaté, ainsi qu'un changement de paradigme avec la politique de territoire de santé mentale. D'une politique humaniste de secteur, centrée sur le sujet, on passe à une politique de territoire de santé mentale, tenant compte de l'évolution des besoins pour un groupe de personnes, mais moins de la personne dans sa spécificité. La notion d'organisation des soins au sens d'un découpage géographique devient prédominante.

Coldefy, M. c. et Ehrenberg, A. c. (2013). "Psychiatrie : mutations et perspectives : Dossier." Actualité et Dossier en Santé Publique(84): 15-65.
http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad841515.pdf

Jusqu'aux années 1970, être malade psychiatrique c'était souvent vivre à l'hôpital. Les réformes successives ont permis la prise en charge des patients en dehors de l'hôpital. Puis la notion de "handicap psychique" s'est imposée pour organiser les interventions en associant usagers, familles et professionnels.

Mosse, P., Maury, C., Daumerie, N., et al. (2013). "Mental Health in France, Policies and Actors: towards a more open Administration." International Journal of Health Planning and Management **28**(3): 242-255

The new mental health care policy which has been set up in France has involved a change of paradigm which has been going on since the 2000s: the emphasis is shifting from psychiatry to mental health care. This shift focuses mainly on the way knowledge about mental health is produced and circulates among an increasingly large number of bodies (including patients' families' associations). Mainly grounded on actors interviews analysis, official reports and blue prints, the study shows that the results of this process are numerous. They include the development of ambulatory care, a strong move towards decentralization and the increasing use of new public management tools. More data and knowledge are therefore to be shared in this more complex system. However, the French state, in the form of the central administration, is taking advantage of this move and is still importantly contributing in the definition and the implementation of the new policy.

2012

(2012). "Le livre blanc 2012 de la psychiatrie française". Paris : Idpp

Le présent 'Livre Blanc' a pour objet de rassembler les conceptions et propositions des professionnels et des usagers du système de soins psychiatriques, et d'en proposer clairement l'adoption aux pouvoirs publics pour en inspirer la politique pour les prochaines années. Il a l'ambition, dans une logique de santé publique, de participer à la redéfinition : du rôle de la psychiatrie pour notre société française, et du système de soins pour ses usagers , du cadre juridique et réglementaire dans lequel elle devrait s'inscrire, des objectifs de santé que notre pays pourrait choisir de se fixer dans le domaine de la santé mentale et enfin des

moyens, tant législatifs qu'en termes de ressources humaines qui devraient lui être consentis pour ce faire (d'après le résumé d'auteur).

(2012). "Psychiatrie française. Psychiatrie en France". Paris : Springer-Verlag France

Les maladies mentales représentent un poids sanitaire considérable pour les sociétés occidentales tant par la souffrance qu'elles induisent pour les patients et leur entourage que par leurs coûts directs et indirects. Elles sont associées à une baisse de l'espérance de vie (notamment du fait du suicide) et à un haut degré de stigmatisation, de discrimination et d'exclusion sociale. Leur prévalence sur la vie entière est de 20 à 30 % et, du fait de leur progression, elles représenteront la première cause d'invalidité dans le monde dans une dizaine d'années. La psychiatrie est une spécialité où les références théoriques évoluent rapidement sous l'influence des découvertes neuroscientifiques et de l'évolution des modèles d'organisation des soins proposés au niveau international. De nouvelles stratégies de prévention et de nouveaux traitements permettent d'améliorer l'efficacité de cette discipline médicale. Malgré cela, et en dépit de son histoire illustre, la psychiatrie française connaît une crise qui se traduit par une paupérisation de l'offre de soin, un faible investissement dans la recherche en santé mentale et une absence de réforme d'ampleur de l'organisation de la santé mentale dans notre pays. Ce livre propose donc un état des lieux de la psychiatrie en France et une réflexion sur ses perspectives d'évolution en fonction de son identité historique, des théories auxquelles elle se réfère et de ses développements actuels dans les champs législatifs, politiques, nosographiques mais aussi de la recherche et de l'enseignement. (4ème de couv.)

Chierici, P., Pradalie, G. et Terra Nova. (2012). "Quelques repères pour la psychiatrie publique". Paris, Terra Nova

Partagée entre le souci du soin et les exigences de sécurité, confrontée à une importante demande sociale et à de fortes inégalités, la psychiatrie publique est aujourd'hui en recherche de repères. Dans le débat plus général à lancer sur la question de la santé mentale, cette note définit les principaux enjeux de la psychiatrie publique aujourd'hui : la difficile conciliation du soin et de la sécurité ; l'équité dans l'organisation territoriale des soins ; la réduction des inégalités dans la répartition des moyens financiers entre les territoires. Quelques pistes prioritaires d'amélioration sont formulées pour renforcer et rénover une psychiatrie publique à la croisée des chemins (résumé d'éditeur).

Coldefy, M. (2012). "L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences." Questions d'Economie de la Santé (180) http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes180.pdf

La prise en charge des troubles psychiques, qui concernent un individu sur quatre en Europe, est devenue une priorité des politiques de santé après l'impulsion donnée en 2005 par le plan d'action en santé mentale en Europe de l'Organisation mondiale de la santé. Ce plan encourage un meilleur équilibre entre prise en charge ambulatoire et hospitalière, et le développement des services de proximité. Depuis les années 1970, la plupart des pays européens sont passés d'une prise en charge dans de grandes institutions à l'intégration du patient dans son environnement à l'aide de soins et de services de proximité. Après avoir montré comment le processus de désinstitutionalisation des soins psychiatriques s'est opéré à des vitesses et modalités distinctes en Allemagne, Angleterre, France et Italie, sont étudiés l'offre de services, les structures et modes de prise en charge actuels dans ces quatre pays. Ces premiers éléments de comparaison mettent en évidence, outre la difficulté de disposer de données de qualité comparables entre les pays, l'inégal achèvement des politiques de

désinstitutionnalisation psychiatrique. Ils pointent également le retard de la France en matière d'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, mais aussi de développement des structures et services d'accompagnement des personnes à l'extérieur de l'hôpital.

Demailly, L. (2012). "La politique de santé mentale en France : acteurs, instruments, controverses". Paris : Armand Colin
http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/la-politique-de-sante-mentale_demailly_2012.pdf

Les débats sur la politique de santé mentale se déploient en tous sens : sur la «sécurité», sur l'insuffisante prévention de la récidive, sur le manque d'accès au soin, sur les dérives technocratiques, sur les atteintes à la dignité de la personne humaine, sur les soins les plus efficaces. Plus généralement, le langage de la santé mentale et de la souffrance psychique est devenu un des vecteurs les plus habituels pour parler des tensions sociales ou des troubles existentiels. Enfin, la question du soin est instrumentalisée dans le cadre d'une pratique émotionnelle de la politique. En même temps, la psychiatrie comme discipline médicale est confrontée aux impératifs gestionnaires de la rigueur budgétaire. Face à l'extension de diverses formes de souffrance psychique, la psychiatrie est appelée à devenir l'acteur central d'une politique de « santé mentale », dont les tentatives de rationalisation ne sont pas sans susciter de multiples débats. Ces questions ont été jusqu'ici peu étudiées par les sociologues. Le présent ouvrage en propose une description et une analyse synthétique. Comment se construit une politique de santé mentale ? Quels en sont les acteurs ? Les outils? Les enjeux ? Les connaissances ? Quelles controverses traversent aujourd'hui son champ ?' Ces différents angles d'analyse mettent en évidence les incertitudes propres à notre modernité tant sur la construction des subjectivités que sur les conceptions politiques et éthiques du lien social (4e de couverture)

Guelfi, J. et Rouillon, F. (2012). "Manuel de psychiatrie". Paris : Elsevier Masson

Quatre années après la première édition de ce Manuel de psychiatrie, il a paru nécessaire d'en proposer une nouvelle version, mise à jour et assez largement enrichie. Nombre de données nouvelles en matière d'épidémiologie, de biologie, de génétique, de psychologie cognitive, d'imagerie et de thérapeutique ont ainsi été actualisées, rédigées par des auteurs référents francophones reconnus. Un chapitre a été entièrement refondu, celui sur la législation en psychiatrie avec la présentation des lois nouvelles appliquées en France depuis l'été 2011, notamment celle encadrant les soins sous contrainte. Enfin, en matière de classification, la parution de la cinquième révision de la classification américaine des troubles mentaux, le DSM-5, est prévue courant 2013. Plusieurs tendances sont déjà accessibles depuis la mise en ligne en février 2010 des recommandations et propositions des différents groupes de travail qui ont synthétisé les principales revues générales de la littérature internationale sur l'ensemble des troubles mentaux. Cette étude mentionne aussi souvent que possible les grandes orientations de cette classification dont certaines font encore l'objet de débats et d'enjeux importants. Les auteurs du Manuel ne croient pas à la mort parfois annoncée de la psychiatrie dont la spécificité aurait été dénaturée par l'émergence du concept de santé mentale. La diversification du champ d'intervention et l'hétérogénéité des références théoriques ont certes pu fragiliser la psychiatrie mais cette évolution ne doit pas être un motif de découragement mais plutôt le signe de son renouveau. Cet ouvrage en témoigne, destiné principalement aux étudiants en médecine, aux psychiatres en formation ainsi qu'à l'ensemble des spécialistes des sciences humaines dont l'objectif principal sinon exclusif pour certains est de soulager la souffrance psychique (4e de couverture).

Jourdain, A. et Brechat, P. H. (2012). "La nouvelle planification sanitaire et sociale". Rennes, Presses de l'EHESP

La décentralisation des politiques sociales et la déconcentration des programmes de santé ont généré un modèle de planification par plans et schémas qui s'est étendu progressivement à tout le champ sanitaire et social : de l'hôpital à la prévention en passant par l'urgence sociale et la gérontologie. Les avantages de ce modèle sont nombreux : il s'intéresse aux besoins de la population, il a le souci de l'efficience économique, sa démarche est rationnelle et volontariste, il favorise la transversalité de l'action ainsi que le renforcement de la coordination entre acteurs et institutions. Ses applications ne vont pourtant pas sans difficultés. La multiplication des schémas ne conduit-elle pas irrémédiablement à un éparpillement de l'action ? Comment améliorer par exemple la cohérence entre plan gérontologique, schéma hospitalier d'organisation des soins et plan régional de santé publique ? Comment construire un continuum d'offres sociales, médico-sociales, de soins et de prévention par priorités, comme la prise en charge des besoins des personnes âgées ? Le temps est donc venu d'interroger la genèse de ce type d'action publique et les formes qu'elle emprunte aujourd'hui, en repartant de quelques questions fondamentales : pourquoi planifier ? Comment ? Pour quoi faire ? Les réponses des auteurs - issus du milieu académique, des services de l'État, du management d'établissement et du-secteur associatif - empruntent aux disciplines fondamentales (économie, sociologie, gestion.) et à l'analyse des pratiques des différents secteurs : social, personnes âgées, psychiatrie, hôpital, prévention (4e de couverture).

Muller, C. (2012). "Psychiatrie et territorialité, le triomphe de la géographie ou. "le bonheur est dans le prés"." Psychiatrie, santé mentale et territoires.(547): 38-43.

S'il est un domaine où la psychiatrie s'est révélée particulièrement avant-gardiste, c'est bien celui de la territorialité. L'inscription de son activité dans une dimension d'emblée géographique a été précocement prise en compte dans son histoire. Que modifie dans ce contexte la loi HPST ?

2011

(2011). "Les politiques de psychiatrie et santé mentale en Europe. Incertitudes et perspectives." Sociologie Santé(34): 5-294.

Ce dossier reprend des articles issus d'une même opération de recherche qui a duré cinq ans et a porté sur la production des politiques publiques d'éducation et de santé mentale en Europe. Il en extrait certaines dimensions, centrées sur l'évolution des politiques de pychiatrie et santé mentale dans quelques pays européens, les difficultés de réformes, les perspectives d'amélioration de la qualité des soins.

Coldefy, M. et Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé.(2011). "L'évolution de la psychiatrie en France : novatrice, mais constatée et inachevée." La Santé de l'Homme(413): 16-17.

Le dispositif de prise en charge de la psychiatrie a connu une évolution importante au cours des cinquante dernières années, en France comme dans l'ensemble des pays industrialisés. A la structure unique d'hôpital psychiatrique d'autre fois s'est substitué un dispositif plus proche des territoires et des populations, visant à favoriser et maintenir l'intégration sociale des patients. Mais cette évolution novatrice demeure inachevée et il reste beaucoup à faire pour améliorer la condition de vie des patients.

2010

Mignot, H. (2010). "Réflexions sur des principes d'organisation de la lutte contre les maladies mentales." L'information psychiatrique **86**(5): 447-451.

Avant de s'interroger sur les moyens qu'il convient aujourd'hui de mettre en œuvre, pour entreprendre dans les meilleures conditions la lutte contre les maladies mentales, il semble plus utile pour l'auteur d'apporter une réflexion sur les besoins auxquels répond la psychiatrie, et sur ce qui, dans la trame du développement historique de la médecine, a été propre à cette discipline.

2009

Hencken, N., Velpry, L., Renther, P., et al. (2009). "Psychiatrie et santé mentale." Regards sur l'Actualité(354): 8-77

Ce numéro spécial fait une présentation détaillée de la psychiatrie en France : histoire et sociologie de la maladie, prise en charge et organisation des soins, hospitalisations sans consentement, morbidité hospitalière... il comprend aussi une chronologie sur la politique hospitalière en France et une étude comparée en Europe.

2007

Ministère chargé de la santé. (2007). "La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques". Paris : La documentation française

Cet ouvrage collectif dresse un état des lieux de la prise en charge de la santé mentale en France, à partir des données statistiques disponibles. Ces dernières sont en effet nombreuses en France, mais elles sont dispersées et parfois difficilement accessibles. Pour la première fois, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) rassemble et met à disposition des données issues de différentes sources, contribuant à améliorer la connaissance de l'offre de soins des professionnels, des patients pris en charge en psychiatrie (4e de couverture)

2005

Alluard, O. et Coldefy, M. (2005). "Atlas régional de psychiatrie générale : disparités de l'offre et des territoires d'intervention. Série Statistiques - Document de Travail - Drees(75).
42

Le présent atlas propose une photographie par région de l'offre de soins en psychiatrie générale publique et privée, hospitalière et de ville et présente pour la première fois le découpage des secteurs de psychiatrie. Cette offre est mise en regard des structures et établissements où la psychiatrie générale est amenée à intervenir : les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements pour adultes handicapés, les services de soins de suite et de réadaptation, les services d'urgence et les établissements pénitentiaires. La pluralité et la quantité de structures sociales et médico-sociales implantées sur le territoire vont avoir des répercussions sur les missions attachées à l'équipe de psychiatrie, tout comme les caractéristiques de la population couverte. Quatre cartes sont présentées par région, décrivant les caractéristiques rurales ou urbaines du territoire, la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans, la part de chômeurs dans la population active, ainsi que la proportion de familles monoparentales. L'objet de cet atlas est de présenter quelques éléments d'environnement dans lequel s'exerce la psychiatrie générale. Il va également dans le sens d'un décloisonnement entre la psychiatrie et les disciplines somatiques, entre ville et hôpital, entre sanitaire et médico-social

(2005). "La psychiatrie en France : quelles voies possibles ?". Rennes : Editions ENSP

La psychiatrie a connu ces dernières années plusieurs évolutions majeures. Tout d'abord, l'explosion de la demande. 62 % d'augmentation des demandes de consultation, et 100 % pour la psychiatrie infanto-juvénile en onze ans. À cette augmentation (dont il est difficile de discerner les causes profondes ? la demande sociale et la psychologisation de la société, par exemple) est associé un véritable " changement de paradigme ", de la psychiatrique à la santé mentale. En d'autres termes, le champ d'intervention de la psychiatrie s'est élargi, de sorte qu'une partie importante de l'intervention " consiste à déterminer ce qui est psychiatrique de ce qui ne l'est pas " (stress posttraumatiques, troubles scolaires de l'enfant...). La multiplication des services ambulatoires (CMP, CATTP, hôpitaux de jour), liée à la désinstitutionnalisation, est une autre évolution majeure. Enfin, l'entrée en lice des usagers et des familles. Comme pour la médecine en général, le rapport patient-malade a changé. Les familles sont mieux informées et impliquées dans les processus de soin. De même, les associations familiales sont intégrées dans les instances hospitalières. Autre évolution notable, la prise en charge de nouveaux publics : prisonniers, personnes âgées, précaires, alcooliques, handicapés adultes. Ce livre est rédigé par la Mission nationale d'appui en santé mentale, créée en 1993 et confiée au docteur Massé de l'hôpital Saint-Anne. Après avoir décrit la situation de la psychiatrie, il formule quelques propositions, dont notamment la diversification du " panier de services ", destinée à répondre à la diversité des situations à laquelle est confrontée la psychiatrie

2004

(2004). "Santé mentale et société." Problèmes Politiques et Sociaux(899)

À la différence de la psychiatrie traditionnelle, qui se donnait pour objectif de soigner les maladies mentales dans un cadre médicalisé et clos, la politique de santé mentale désormais préconisée par les pouvoirs publics entend prévenir et traiter toutes les formes de souffrance psychologique (mal-être, dépression, addiction, stress...) dans un cadre d'intervention élargi mettant en relation des acteurs aussi variés que les professionnels de la psychiatrie, les travailleurs sociaux ou les usagers. Cette transformation des missions de l'institution psychiatrique intervient à l'heure où les demandes de soins et de soutien psychologiques se modifient et se généralisent, sous l'effet conjugué de la détresse sociale, de l'impératif contemporain d'affirmation individuelle et de la banalisation du discours "psy". Ce dossier s'efforce de définir la santé mentale, et s'intéresse notamment aux facteurs sociaux qui la déterminent. Il tente de cerner les raisons pour lesquelles la demande "psy" explose depuis quelques années en France, et en décrit les principales manifestations (consommation massive de médicaments psychotropes, multiplication des psychothérapies...). Après un tour d'horizon du système français de soins psychiatriques, il cherche à comprendre les défis et les problèmes que pose une telle évolution, non seulement pour les professionnels, mais aussi pour les malades. Anne Marie Lovell est une anthropologue spécialisée en épidémiologie psychiatrique. Directrice de recherche à l'INSERM, Unité 379 "Épidémiologie et sciences sociales appliquées à l'innovation biomédicale", elle a notamment publié, avec Alain Ehrenberg, La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société (Paris, Odile Jacob, 2001)

Casadebaig, F., Chapireau, F., Philippe, A., et al. (2004). "Description des populations des institutions psychiatriques dans l'enquête HID : rapport final." Série Etudes - Document de Travail - Drees(44).

L'étude porte sur les données du premier passage en 1998 de l'enquête « Handicaps ? Incapacités ? Dépendance » (HID) de l'INSEE, auprès des personnes en établissements psychiatriques. Trois axes d'analyse ont été retenus. Le premier concerne la dispersion des durées de séjour en comparaison avec les autres institutions. Le deuxième propose une analyse des déficiences déclarées, et une étude de leurs répercussions sur le plan des incapacités. Le troisième s'intéresse à la diversité des populations sur le plan social, et aux conditions d'accueil qui leur sont réservées, à travers le cadre de vie et les relations avec l'extérieur. Les données du deuxième passage en institution, en 2000 précisent le devenir à moyen terme (2 ans plus tard) des populations décrites en 1998, et permettent l'analyse des cas de sortie ou de séjour prolongé en institution, selon le temps de présence en 1998. En outre, la connaissance des modes de résidence avant et après le passage par un établissement psychiatrique permet de replacer ces séjours dans des trajectoires résidentielles plus longues

Cases, C. et Salines, E. (2004). "Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage." Revue Française des Affaires Sociales (1).

Les pathologies psychiatriques, les addictions, les conduites à risques, mais aussi la souffrance psychique, voire le mal-être, sont autant d'atteintes à une « santé mentale » dont les contours demeurent flous 1. Le système de soins mis en place pour répondre à ces troubles est lui-même divers dans ses structures et dans ses pratiques. L'observation statistique en santé mentale est ainsi confrontée à la double difficulté d'un objet à mesurer hétérogène et de définitions souvent imprécises et évolutives. Il existe malgré tout de sources de données nombreuses à partir desquelles un certain nombre de constats chiffrés

peuvent être établis. C'est principalement sur champ de la psychiatrie 2 en France que se centreront ces données de cadrage statistiques 3. Elles porteront donc sur l'offre de soins en psychiatrie en France et sur les caractéristiques connues des personnes ayant recours aux soins (et notamment la prévalence des principaux troubles mentaux) en population générale ou dans des populations plus ciblées (détenus, enfants). Une première partie fera une synthèse des principaux apports récents des statistiques en psychiatrie. Dans un deuxième temps, seront présentées les principales sources de données. L'article conclut sur quelques indications sur les limites de ces travaux et les besoins de connaissance qui semblent aujourd'hui particulièrement à développer

Philippe, S. (2004). "La mise en œuvre de l'action publique : un moment problématique, l'exemple de la politique de santé mentale." Revue Française de Science Politique **54**(2): 315-334.

Les transformations structurelles de l'action publique qui appellent un double phénomène de co-construction et de territorialisation des choix décisionnels actualisent un débat sur le moment de la mise en œuvre. L'étude de la mise en forme locale de la politique de santé mentale rend compte des dysfonctionnements que peut rencontrer la mise en œuvre et qui ne peuvent être régulés par une logique procédurale. L'identification de facteurs institutionnels et cognitifs à l'origine d'une application problématique et contrastée de la politique de santé mentale montre que la mise en œuvre ne désigne plus la phase d'application dans la chronologie du policy cycle mais comprend à la fois la construction et l'incorporation des principes de l'action publique par des acteurs diversifiés.

2002

Alezrah, C., Barthelemy, C., Bourcy, J., et al. (2002). "La réalité de l'hospitalisation psychiatrique à travers 20 ans de rapports officiels", Paris : ANPVCME.

L'association des psychiatres présidents et vice-présidents de CME (ANPVCME) et l'association des établissements gérant des secteurs de santé mentale (ADESM) ont organisé, le 28 mars 2002, au ministère de la santé, une journée de réflexion sur la réalité de l'hospitalisation psychiatrique à travers 20 ans de rapports officiels.

Biarez, S. (2002). "Quelle politique pour la santé mentale ?". Paris MIRE

Ce document s'intéresse au devenir de la politique de santé mentale des années 60, date de l'intervention de la sectorisation, aux années 2000 qui voient apparaître les prémisses d'une nouvelle donne. Le parcours du champ sur une quarantaine d'années montre l'évolution de la psychiatrie vers la santé mentale, l'alignement de cette action sur le système général de santé, l'essai d'une refondation axée sur des règles gestionnaires et sur l'élargissement à de nouveaux acteurs. En dépit de l'originalité que la sectorisation a constituée dans l'histoire de la psychiatrie, la politique de santé mentale dans son application reste largement inachevée. La régulation entreprise par les agences régionales d'hospitalisation, les nouvelles modalités prévues par le Ministère impliquent de passer de l'élaboration d'un dispositif à des formes d'actions politiques. Celles-ci doivent déboucher sur une volonté claire de l'Etat sur l'intégration de nouveaux savoirs, sur la création d'espaces de discussions ouverts aux professionnels, aux élus, aux acteurs sociaux, aux associations et à l'opinion publique.

2001

DHOS (2002). Rapport du groupe de travail relatif aux recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale. Paris : DHOS
https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000470.pdf

> Le présent rapport constitue la synthèse des travaux de l'un des groupes de travail mis en place à la suite des protocoles d'accord des 13 et 14 mars 2000 relatif à l'offre en psychiatrie. L'objectif assigné à ce groupe de travail était de formuler des recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins psychiatrique publique et privée pour répondre aux besoins de la population dans le domaine de la santé mentale. La première partie est consacrée à un bilan de la situation actuelle : attentes des usagers, attentes des professionnels et analyse critique de l'offre de soins spécialisée en santé mentale. La deuxième partie émet des propositions d'amélioration : principes d'action, propositions d'actions prioritaires, mesures d'accompagnement et de mise en œuvre des actions prioritaires.

Kovess, V., Lesage, A., Boisguerin, B., et al. (2001). "Planification et évaluation des besoins en santé mentale". Paris, Médecine Sciences Flammarion

> Cet ouvrage de santé publique, unique sur le marché du monde médical francophone, aborde un problème qui préoccupe actuellement l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la gestion de la santé mentale. En effet, les maladies, les traitements, les techniques médicales évoluent de même que les caractéristiques socio-démographiques des populations. Il est donc, pour les professionnels de la santé, non seulement nécessaire de s'organiser, mais aussi et surtout de savoir s'adapter à ces évolutions. Ainsi, cet ouvrage expose les travaux effectués à ce jour et leurs conclusions sur la prise en compte des besoins dans la planification en santé mentale, ainsi que les méthodes qui définissent les besoins et les demandes dans ce secteur d'activité médicale. Il ambitionne aussi de faire progresser la compréhension de certains concepts et des stratégies possibles pour prendre en compte ces besoins. Il confirme ainsi la nécessité d'établir un équilibre entre l'organisation des structures d'accueil et de soins, l'allocation de ressources et l'évaluation des soins.

L'organisation des soins

2019

Fiat, C., Wonner, M. et Brahim-Hammouche, M. (2019). Rapport d'information relatif à l'organisation de la santé mentale. Paris Assemblée nationale.
http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/15/rap-info/i2249/(index)/rapports-information?fbclid=IwAR3-D7Yd-gu4ax7DtDX6IGc_IgTuOTbGs3uA1EZYefKFZ5MHOf7EtD0QZ_Q

> Ce rapport de la mission d'évaluation sur l'organisation de la santé mentale en France dresse tout d'abord un état des lieux plutôt alarmant de la prise en charge de la psychiatrique et dénonce un parcours de soins cahotique. Il émet ensuite des pistes d'amélioration.

2017

Bec, E., Cayla, F., Bel, N., et al. (2017). Santé mentale et organisation des soins. Dossier bibliographique. Toulouse, ORS Midi-Pyrénées

Ce dossier a été élaboré à la demande de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie à partir d'une recherche des différentes publications sur l'organisation des soins en santé mentale en France ou dans d'autres pays. Il permet d'identifier les principales problématiques rencontrées sur cette thématique et les expériences qui se mettent en place pour pouvoir y répondre.

2016

Guilé, J.-M. (2016). "Les Groupements Hospitaliers de Territoire, un projet pour les patients en psychiatrie ?" Perspectives Psy **55**(1): 5-7.
http://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2016-1-page-5.htm

> La nouvelle loi votée en janvier 2016, instituant les « Groupements Hospitaliers de Territoire », s'inscrit dans les dispositifs législatifs et réglementaires qui organisent les finances, les politiques et la performance publique comme la précédente loi de santé, la Loi HPST (Guilé, 2009).En coordonnant la répartition des moyens médicaux à l'échelle d'un territoire, cette nouvelle Loi apparaît centrée...

Hirsch, V. et Strizyk, A. (2016). "Du secteur au territoire : l'offre de soins ambulatoire au sein de la Communauté hospitalière de territoire pour la psychiatrie parisienne." Revue Française des Affaires Sociales **6**(2): 275-280.
http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-2-page-275.htm

> « Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est en effet de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu »En instaurant le principe de la sectorisation, la circulaire du 15 mars 1960 a posé les fondations d'une psychiatrie moderne et rénovée. Ce texte reste d'une actualité pressante à l'aune des enjeux auxquels la psychiatrie...

2015

Coldefy, M. (2015). "La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011." Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(206)
http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/206-la-variabilite-de-la-prise-en-charge-de-la-schizophrenie-dans-les-etablissements-de-sante-en-2011.pdf

> La schizophrénie, trouble psychique sévère et invalidant, touche 1 à 2 % des adultes en France, soit environ 400 000 personnes (HAS, 2007). Ses caractéristiques en font non seulement une des pathologies psychiatriques les plus lourdes en termes de souffrance pour les personnes qui en sont atteintes et leur entourage mais aussi la plus coûteuse pour la société : apparition précoce, évolution souvent chronique, fréquence des hospitalisations, intensité des soins, taux élevé d'incapacité et maintien dans l'emploi difficile. À partir des données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), cette étude a pour but d'apporter des connaissances sur cette population et sa prise en charge au sein des établissements de santé français. Après une présentation de la patientèle suivie en établissement de santé, sont observées les différences de prises en charge entre établissements. Ces dernières sont d'autant plus variées que les phases de cette maladie complexe réclament une large gamme de modalités de prises en charge : depuis l'hospitalisation à temps plein aux différentes prises en charge à temps partiel et en ambulatoire

Coldefy, M., Le Neindre, C. et Nestrigue, C. (2015). Troubles schizophréniques et caractéristiques socio-économiques, géographiques et d'offre de soins des territoires. Rhizome
Des territoires fragmentés : enjeux psychiques et politiques, Paris : Irdes
http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/RHIZOME_Orspere-Samdarra/Rhizome_57.pdf

La schizophrénie, trouble psychique sévère et invalidant, touche 1 à 2% des adultes en France, soit environ 400000 personnes (HAS, guide Affection de longue durée, Schizophrénies, 2007). À ce jour, l'ensemble des études portant sur l'étiologie des troubles psychotiques a conduit à un modèle faisant de ces pathologies des maladies complexes, multifactorielles et probablement hétérogènes. Leur étiologie associe un terrain (vulnérabilité) génétique et des facteurs de risque environnementaux, tant individuels que populationnels. De nombreuses études étrangères ont montré que la distribution des troubles psychotiques n'est pas spatialement homogène. À partir de ce constat, plusieurs études ont été réalisées pour mieux comprendre les raisons de cette hétérogénéité spatiale. La plupart d'entre elles ont porté sur les facteurs populationnels composites. Elles suggèrent que les facteurs sociaux, économiques et démographiques jouent un rôle dans la distribution des cas de psychose et nuancent l'effet des facteurs individuels. Les études françaises en la matière restent rares

Monnier, A. et Tachon, J.-P. (2015). "Les commissions départementales de soins psychiatriques : un pilier de la démocratie sanitaire à consolider. Entretien avec Alain Monnier." L'information psychiatrique **91**(6): 455-458.
https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-6-page-455.htm

Les commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP) sont un des éléments importants de la démocratie sanitaire en France. Composées de deux psychiatres, d'un médecin généraliste, d'un magistrat et de deux représentants des usagers et de leurs familles, elles ont pour mission de veiller au respect des droits et de la dignité des personnes recevant des soins en psychiatrie sans leur consentement. Elles interviennent notamment en qualité de « tiers collectif » pour veiller au respect des droits des patients socialement isolés et, de manière systématique, pour tous les patients dont les soins sans consentement se prolongent au-delà d'un an. Elles visitent chaque année les hôpitaux de leur département, pour s'assurer que les conditions d'hospitalisation, au sens large, respectent la dignité et les droits des personnes. L'intervention du juge des libertés et de la détention, comme les contrôles épisodiques effectués par le contrôle général des lieux de privation de liberté, ne limitent en rien la spécificité des CDSP, en particulier parce qu'il s'agit des seules instances où siègent des représentants des usagers. S'appuyant sur les résultats d'une enquête effectuée par l'Unafam sur le fonctionnement des CDSP, cet article évoque diverses solutions pour les renforcer.

2014

DREES. (2014). "Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale." Série Etudes et Recherches - Document de Travail - Drees(129)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt129.pdf

Actes du séminaire recherche organisé par la DREES en 2012 afin d'identifier les besoins dans l'organisation des prises en charge en psychiatrie et en santé mentale, et de transformer les questions que se posent les régulateurs ou les acteurs de terrain en sujets de recherche. Ce séminaire s'est déroulé entre mars et septembre et a comporté cinq séances thématiques. Le présent ouvrage retranscrit le contenu de ces études et de ces échanges afin d'aider le lecteur à en acquérir une vue d'ensemble

2013

Leguay, D. (2013). "L'organisation des soins en santé mentale en France en 2013." Actualité et Dossier en Santé Publique(84).
http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=141

2011

Leroux, I. et Schultz, P. (2011). "Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale : à partir des rapports d'activité de psychiatrie 2008." Série Statistiques - Document de Travail - Drees(155)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/cartographie-regionale-de-l-offre-de-soins-en-sante-mentale

Ce document de travail contient les principaux résultats régionaux, voire départementaux, issus des rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY). Elle visait à recueillir des données détaillées sur l'offre et l'organisation des prises en charge en santé mentale. Ces données sont présentées sous forme de tableaux et de cartographies régionales des lieux de soins, selon deux entrées. Une entrée par région propose, pour chaque région de France métropolitaine, et en distinguant psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile, une cartographie des structures de prise en charge à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire. Une entrée par thème propose des indicateurs régionaux, pour la France entière, sur la plupart des thèmes abordés par l'enquête concernant l'organisation de l'accès aux soins en établissement de santé et les pratiques professionnelles dans le cadre de certaines prises en charge. Deux chapitres introductifs présentent en détail l'enquête (place dans le système d'information, objectifs, organisation de la collecte), les concepts utilisés, les précautions à prendre dans l'utilisation des résultats ainsi que des éléments de cadrage nationaux sur l'offre de soins en santé mentale.

2010

Buisson, J. R. et Conseil Economique Social et Environnemental (2010). "La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge." Avis et rapports du conseil économique et social (2010-04)

Le Conseil économique et social dresse un état des lieux de la prévention et de la prise en charge des troubles psychiatriques avérés, des enfants et des adolescents et propose deux types d'orientations pour améliorer cette prise en charge : favoriser la prévention à travers un repérage précoce des troubles mentaux en sensibilisant l'ensemble des acteurs de la chaîne de santé, en associant l'école au repérage de ces troubles et en revalorisant la fonction de médecin de l'Éducation nationale et mieux définir et organiser l'offre du réseau de soins, en accompagnant les familles à toutes les étapes du processus de soins et d'intégrations scolaire et sociale (résumé d'auteur).

Chauvin, K., Mohaer, F. et Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (2010). Quelles articulations entre les prises en charge psychiatrique et médico-sociale pour répondre aux besoins des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ? Mémoire EHESP de Module Interprofessionnel (MIP) ; Rennes : EHESP

Le vieillissement démographique s'accélère et les personnes âgées représentent aujourd'hui 14 millions de personnes en France. L'allongement de l'espérance de vie induit une

augmentation des maladies chroniques liées au vieillissement et en particulier les troubles psychiatriques et neurologiques. Le besoin croissant de soins et d'accompagnement de cette population représente un véritable enjeu de santé publique. Les personnes âgées souffrant de ces pathologies sont victimes des représentations liées au grand âge mais aussi au handicap psychique et à la dépendance. Elles se trouvent alors confrontées à de multiples difficultés pour bénéficier d'une prise en charge adaptée. Aussi est-il légitime de s'interroger sur les articulations nécessaires entre les prises en charge psychiatriques et médico-sociales pour répondre aux besoins des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ? Préconisé dès 1960 et largement formalisé durant les années 80, le principe d'une prise en charge psychiatrique "hors les murs" est aujourd'hui une réalité. L'hôpital se recentre ainsi sur sa mission de soin. Cette transformation de la psychiatrie publique s'est accompagnée du basculement d'un nombre important de patients vers des structures sociales et médico-sociales et notamment les sujets âgés. Ce mouvement, malgré des difficultés culturelles et organisationnelles, a suscité des coopérations entre les acteurs des deux champs. Ces initiatives restent cependant très disparates selon les territoires de santé, les établissements et les professionnels concernés. Un développement de ces dispositifs doit être envisagé afin d'assurer une offre de soins également répartie et mieux identifiée pour les patients et les aidants. Afin d'optimiser la nécessaire articulation entre sanitaire, social et médico-social et de respecter le parcours de vie des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques, il semblerait souhaitable de rendre la planification plus lisible. La mise en place du plan régional de santé par les ARS devrait permettre une approche commune et favoriser la complémentarité entre la géronto-psychiatrie - psychiatrie du sujet âgé-et le médico-social. La proximité et la continuité des soins assurées par des équipes pluridisciplinaires sont les axes prioritaires pour fluidifier le parcours du sujet âgé et l'accompagnement des familles. De plus une politique de formation de tous les acteurs semble essentielle afin d'assurer une prise en charge plus spécifique des troubles psychiatriques des personnes âgées et favoriser l'émergence d'une spécialité identifiée et valorisée. (R.A.).

2009

Bonvin, E., Basterrechea, L. et Guex, P. (2009). "Psychiatrie sous double contrainte, enjeux de la planification en santé mentale." Revue Médicale Suisse **5**(217): 1837-1841.

Partant des modifications majeures de la Loi sur l'assurance maladie (LAMal), cet article apporte une contribution à la planification hospitalière en identifiant les principaux facteurs qui ont déterminé l'organisation actuelle des réseaux de soins psychiatriques. On observe un fossé entre les orientations de ces réseaux et les modèles de financement prévus dans le cadre de la LAMal. Afin de préserver les progrès réalisés ces dernières décennies et éviter les effets négatifs d'un financement à la prestation trop restrictif pour les missions de la psychiatrie publique, la planification doit résulter d'un consensus entre l'Etat, les assurances et les nombreux acteurs de la santé mentale. À défaut, cela se fera au détriment des activités de prévention secondaire, de coordination dans le réseau, de soutien aux aidants naturels, et d'intervention au bénéfice de populations vulnérables. [Auteurs].

Coldefy, M., Juhan, P. et Kannas, P. (2009). "Vers une meilleure organisation des soins en santé mentale ?" Regards sur l'Actualité(354): 48-60.

Coldefy, M., Le Fur. P., Lucas-Gabrielli, V., et al. (2009). "Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale." Pratiques et Organisation des Soins(3)
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS093_Premiere_ligne_et_psychiatrie.pdf

Cette étude vise à rendre compte des disparités entre secteurs de psychiatrie adulte et d'en analyser l'impact sur le recours aux soins des assurés auprès des généralistes et des psychiatres libéraux

Desmettre, S. (2009). "La prise en charge des troubles psychiatriques." Regards Croisés sur L'économie(5): 168-170.
http://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2009-1-page-168.htm

En France, quatre millions et demi de personnes sont suivies régulièrement pour une pathologie mentale aujourd'hui, et une personne sur trois sera affectée par ce type de troubles au cours de sa vie. L'organisation mondiale de la santé (OMS) retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXIe siècle : schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif. La maladie mentale présente de fortes singularités : d'abord parce qu'une prise en charge uniquement sanitaire ne suffit pas, et surtout parce qu'altérant le rapport à l'autre, elle est source d'une stigmatisation qui contribue à aggraver le handicap des patients. L'exigence d'une politique de santé mentale alliant l'intégration des malades dans la cité et la nécessité d'une prise en charge dite « sécure » pour la population peut en outre apparaître paradoxale.

Hencken, N., Velpry, L., Renther, P., et al. (2009). "Psychiatrie et santé mentale." Regards sur l'Actualité(354): 8-77

Ce numéro spécial fait une présentation détaillée de la psychiatrie en France : histoire et sociologie de la maladie, prise en charge et organisation des soins, hospitalisations sans consentement, morbidité hospitalière... il comprend aussi une chronologie sur la politique hospitalière en France et une étude comparée en Europe.

2008

Coldefy, M. et Lucas-Gabrielli, V. (2008). "Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification." Document de travail Irdes ; 10. Paris Irdes.
http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT10TerritoireSanteApprRegion.pdf

Les paramètres majeurs de l'organisation et de la planification de l'offre de soins ont été considérablement modifiés dans le cadre de la réforme Hôpital 2007. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération couvrant la période 2006-2011 ont pour leur part été profondément rénovés. Ils sont dorénavant l'unique outil de planification, la carte sanitaire est supprimée et le territoire de santé devient le territoire pertinent de l'organisation des soins. De simple contenant il devient un élément structurant de l'offre. Ce changement sémantique correspond à une évolution importante de la place et la conception de l'espace dans la planification sanitaire. Nous montrons que la définition de ce nouvel instrument a été traitée de manière assez différenciée selon les régions. Un tiers des régions ont préféré stabiliser le découpage du SROS2 en maintenant le découpage précédent, en regroupant des secteurs ou encore en les modifiant à la marge mais la grande majorité a cherché à inventer les territoires de santé en développant une nouvelle méthodologie. Le résultat final aboutit à une légère augmentation du nombre de secteurs, avec sept territoires supplémentaires, et notamment des petits territoires de moins de 200 000 habitants. À la lecture des différents SROS, nous constatons que les régions se sont relativement bien emparées de certains concepts de ces nouveaux schémas tels que la flexibilité permise pour ces nouveaux territoires entre niveaux de soins, l'utilisation sans réserve des différentes

natures de territoire (organisation, projet et concertation). Par contre, certaines activités comme la psychiatrie, le secteur médico-social ou la médecine de ville sont encore insuffisamment intégrés dans la réflexion territoriale globale (résumé d'auteur)

2005

Coldefy, M. (2005). "Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France." Etudes et Résultats(443)

La prise en charge de la santé mentale en France relève à la fois des secteurs libéral, hospitalier et médico-social. Au 1er janvier 2004, la France compte près de 14 000 psychiatres en exercice (libéraux ou salariés), soit 22 psychiatres pour 100 000 habitants. Le secteur hospitalier propose 59 625 lits d'hospitalisation complète et 26 418 places en hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, soit 140 lits ou places pour 100 000 habitants. Le secteur médico-social participe lui aussi à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, en leur proposant un accompagnement au quotidien. Cette étude présente les disparités départementales de ces différents segments de la prise en charge et tente de les synthétiser à travers la construction d'une typologie des départements. Quatre configurations des modes de prise en charge de la maladie mentale à l'échelle départementale sont ainsi mises en évidence selon l'importance et la nature des différents segments de l'offre proposée.

2004

Bourdais-Mannone, C., Bourcier, G., Provost, D., et al. (2004). "Le décloisonnement des dispositifs sanitaires, du médico-social et social, quelle place, quel rôle pour la psychiatrie ? Des bases législatives aux systèmes d'information." Pluriels : la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale(48-49): 6-9.

Le décloisonnement des dispositifs sanitaires et médicosociaux pose en lui-même trois questions de fond : En quoi le dispositif est-il cloisonné ? Quels sont les points communs entre ces dispositifs ? Quelles sont les solutions au décloisonnement ? Comment la psychiatrie se positionne dans ce dispositif ?

Coldefy, M., Debaux, F. et Lepoutre, R. (2004). "La santé mentale en France aujourd'hui : quels besoins, quelles réponses, quelles institutions et structures d'accueil ?
La santé mentale en France aujourd'hui : quels besoins, quelles réponses, quelles institutions et structures d'accueil ?" Technologie et Santé (54).

Ce numéro dresse un état des lieux de la santé mentale en France aujourd'hui. Le sujet est traité en trois parties : les besoins et la demande de soins en santé mentale ; les réponses et l'organisation de l'offre de soins ; les institutions et structures médicales et associatives au service des patients

Levasseur, G., Bataillon, R. et Samzun, J. L. (2004). "Baromètre des pratiques en médecine libérale : Synthèse des résultats "prise en charge de problèmes de santé mentale en médecine générale"". http://www.urml-bretagne.com/99_up99load/2_docupload1/8229_01.pdf

Dans un contexte où la prise en charge des problèmes de santé mentale évolue et d'une insuffisance de l'offre en psychiatrie, l'Urml a mené une enquête par questionnaire auprès de

120 généralistes représentatifs des généralistes bretons pour : décrire les " problèmes de santé mentale " rencontrés en médecine générale ; dire la réponse proposée par les généralistes à ces problèmes et les difficultés rencontrées ; analyser les façons dont la prise en charge généraliste/psychiatre/psychologue s'articule pour ces pathologies. Ce document présente une synthèse des résultats. Il aborde tout d'abord la coopération entre le médecin généraliste et ses partenaires habituels pour ces pathologies : professions auxquelles le médecin généraliste recoure, critères de choix de ses correspondants, opinion des généralistes sur les relations avec les psychiatres, difficultés ressenties de communication avec les psychiatres, recours à des avis spécialisés, demandes d'avis spécialisés. Il renseigne également sur l'opinion des médecins sur l'adéquation de leur formation initiale à la prise en charge de ces problèmes, et les thèmes qui leur semblent prioritaires pour la formation continue. De nombreuses informations sont également fournies sur les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques de leurs patients, sur les antécédents médicaux et biographiques de ces mêmes malades (ALD dont ALD pour motifs psychiatriques, maladies chroniques, hospitalisation dont hospitalisation en psychiatrie, consommation de psychotropes, problèmes d'alcoolisme, événements marquants de vie, nouveau patient ou patient déjà connu), puis sur la consultation (motif principal, plaintes des patients, contenu, durée, diagnostic des difficultés prédominantes et diagnostic posé, dépistage du risque suicidaire ou d'état dépressif, niveau de difficulté de la consultation), puis sur les suites de la consultation (adressage, besoin de conseil et demande ou non demande de ces conseils, prescriptions effectuées, durée des prescriptions, recours aux psychothérapie)

La sectorisation psychiatrique

2017

Klopp, S. (2017). "Loi santé 2015 de liquidation du secteur : vers une déshumanisation à marche forcée de la psychiatrie." Cahiers de la Santé Publique et de la Protection Sociale (Les)(25): 13-15.

La loi santé votée en 2015 a rassuré un certain nombre d'organisations dont le syndicats des psychiatres des hôpitaux (SPH), parce qu'elle a réaffirmé formellement le secteur psychiatrique. Cet article démontre que ce n'est forcément le cas à la relecture du rapport Laforcade qui devait préparer le volet "psychiatrie" de la loi, mais qui n'a été publié qu'après l'adoption de la loi.

Lopez, A. et Turan-Pelletier, G. (2017). "Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960". Paris IGAS
http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article651

Un Français sur trois est susceptible de souffrir de troubles mentaux au cours de sa vie. Le dispositif de soins psychiatriques s'est profondément transformé depuis la circulaire fondatrice de 1960 sur la sectorisation, qui visait à développer les soins ambulatoires par une équipe pluridisciplinaire responsable de la prise en charge de tous les patients de son territoire. Ce modèle dit « sectorisé » n'est qu'une partie du dispositif de soins qui comprend également les professionnels libéraux, les cliniques privées et quelques établissements de service public non sectorisés. Depuis 1960, le nombre de lits a été fortement réduit, cependant que les soins ambulatoires se sont développés et diversifiés ; parallèlement, la part des établissements privés lucratifs a augmenté. Au terme de ses travaux portant spécifiquement sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins (et non sur les pratiques des professionnels), la mission propose de nouvelles perspectives afin de garantir un égal accès de tous à des soins psychiatriques de qualité.

Pascal, J. C., Coldefy, M., Guelfi, J. D. et al. (2017). "Le secteur de psychiatrie". [In: Manuel de psychiatrie. 3e édition.], Issy les Moulineaux : Elsevier Masson**:** 762-765.

> Depuis 25 ans, de nombreux rapports suivis de plans de santé ont tenté d'améliorer le dispositif de soins psychiatriques...La politique de secteur a été à l'origine d'un bond en avant pour la psychiatrie publique française (extrait).

2016

Beigbeder, J. D., Cozic, J. Y. et Kammerer, F. (2016). "Considération sur le secteur psychiatrique." Lettre De Psychiatrie Française (La)(240): 3-6.

2013

Sauleau, E. A., Lefevre, H. et Handschumacher, P. (2013). "Approche géographique du recours aux soins en santé mentale." Journal de Gestion et d'Economie Médicales **31**(7-8): 499-516.

> La sectorisation psychiatrique, conception territoriale et démographique de l'organisation des soins, vise par l'implantation des structures de prise en charge hors de l'hôpital, à faciliter l'accès aux soins. Ses directives ont été suivies de manière inégale. L'intérêt est alors de pouvoir identifier les facteurs de "rugosité de l'espace" qui sous-tendent les hétérogénéités voire les inégalités qui affectent la distribution de l'offre et le recours aux soins. Il s'agit d'identifier les liens entre la variabilité spatiale du recours aux structures et les typologies géographiques communales (construites par des techniques d'analyse de données résumant des variables démographiques ou des variables mesurant l'éloignement aux services), les données individuelles des patients, les caractéristiques liées à la structure. Le recours aux soins est le rapport entre le nombre de patients résidant dans une commune et un nombre attendu de patients. Ce rapport dépend ensuite des covariables dans un modèle généralisé addictif. Certaines des variables sont systématiquement incluses (autocorrélation spatiale). Cette méthodologie est appliquée à un centre hospitalier spécialisé accueillant 7350 patients par an. Les variations du recours aux soins s'expliquent essentiellement par la pathologie des patients mais peu par la typologie des communes de résidence, la densité en médecins généralistes ou psychiatres libéraux. La réflexion actuelle sur les missions de la psychiatrie montre l'importance de repenser l'organisation de l'offre des soins et de mieux prendre en compte sa globalité. Notre méthode est une aide efficace mais doit être complétée par d'autres analyses, notamment d'aménagement du territoire. (Résumé auteur).

2012

Henckes, N. (2012). Quel statut pour la maladie mentale dans la société française ? Cahiers Français La santé, quel bilan ? (369)

> Malgré leur omniprésence, les maladies mentales demeurent mal connues quant à leurs mécanismes et leurs définitions nourrissent d'âpres débats. Une même âpreté caractérise la contestation de la place occupée en France par la psychanalyse, suite au nouvel essor des neurosciences. La politique territoriale de la maladie mentale et sa prise en charge enregistrent aussi des évolutions, les découpages de la sectorisation psychiatrique étant contestés au profit de réseaux plus larges mieux accordés aux bassins de population. On

constate par ailleurs une prise en compte accrue des malades psychiatriques dans les politiques sociales et sanitaires, et cet article insiste enfin sur le statut de la maladie mentale, devenue aujourd'hui un vecteur privilégié de la souffrance et de la conflictualité sociale ;

2011

Coldefy, M., LeFur P., Lucas-Gabrielli, V., et al. (2010). "Dotation des secteurs psychiatriques en perspective avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie libérales d'Île-de-France". http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1812.pdf

Cinquante ans après l'introduction en France de la politique de sectorisation en matière de lutte contre les maladies mentales, les secteurs psychiatriques, unités de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique, se caractérisent par d'importantes disparités. Celles-ci concernent tant les moyens humains, matériels et financiers que l'engagement dans l'atteinte des objectifs de la politique de sectorisation. Cette étude décrit les disparités existant entre les secteurs de psychiatrie générale et analyse leur impact sur le recours aux soins des assurés auprès des généralistes et des psychiatres libéraux sur une base expérimentale en région Île-de-France. Une typologie des secteurs de psychiatrie adulte a été réalisée. Elle différencie les secteurs selon trois facteurs : la dotation en équipement et les moyens en personnel en fonction de la taille de la population résidente, la nature de l'offre et la gamme de soins et services fournis, ainsi que le recours aux soins. Cette typologie permet de dépasser les clivages entre secteurs psychiatriques bien dotés et sous-dotés et fournit une analyse fine du fonctionnement et du degré d'achèvement de la politique de sectorisation en France, notamment en termes de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein. Nous mettons en évidence un phénomène de substitution dans les secteurs de psychiatrie qui peuvent être considérés comme sous ou moins biens dotés que les autres, entre la psychiatrie publique et la prise en charge par des médecins généralistes

Coldefy, M., Le Fur, P., Lucas-Gabrielli, V., et al. (2010). "Sectorisation et soins au long cours." Santé Mentale(149): 34-39.

Ce bilan de la sectorisation met en perspective la difficulté des soignants à déployer des prises en charge cliniques complexes pour assurer un suivi au long cours de qualité. Cinquante ans après la circulaire de 1960 mettant en place la politique de sectorisation psychiatrique, force est de constater que si le secteur psychiatrique constitue un cadre organisationnel ou fonctionnel commun, la réalité des pratiques organisationnelles, la diversité de l'engagement vers une psychiatrie communautaire comme celle des moyens humains, matériels et financiers mis à disposition des secteurs, font que ces derniers se caractérisent par une importante disparité. À la demande du conseil scientifique de la CNAMTS portant sur la problématique de la démographie médicale en psychiatrie, l'IRDES a réalisé une étude visant à rendre compte des disparités entre secteurs de psychiatrie adulte, portant ainsi un regard sur le degré d'achèvement de cette politique territoriale pionnière de sante Line typologie des secteurs de psychiatrie adulte a ainsi été réalisée, s'appuyant sur les données des rapports d'activité des secteurs, mais aussi sur des données environnementales sur l'offre sanitaire et sociale et la population couverte Les secteurs sont ainsi classes selon leur niveau de dotation et leur plus ou moins grand engagement dans les objectifs de la sectorisation.

Hardy-Bayle, M. C., Reboul, G., Milleret, G., et al. (2011). "Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ?" Pluriels(92-93): 15.

http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-548.pdf

L'objectif de ce numéro est de faire un état des lieux sur la coopération entre médecins généralistes et les secteurs de psychiatrie. Le premier article est une synthèse du rapport du Pr Hardy-Baylé (CH André Mignot à Versailles) comportant un panorama national et international ainsi que des recommandations de bonnes pratiques. Figurent également une enquête d'un médecin généraliste à Marseille, sur les relations entre médecine générale et psychiatrie au sein du dixième arrondissement de Marseille, ainsi qu'un article la sur santé mentale et médecine générale en Côte d'or. Suivent des témoignages illustrant des pratiques de terrain.

2010

Coldefy, M., Le Fur, P., Lucas-Gabrielli, V., et al. (2010). "Dotation des secteurs psychiatriques en perspective avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie libérales d'Île-de-France". http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1812.pdf

Cinquante ans après l'introduction en France de la politique de sectorisation en matière de lutte contre les maladies mentales, les secteurs psychiatriques, unités de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique, se caractérisent par d'importantes disparités. Celles-ci concernent tant les moyens humains, matériels et financiers que l'engagement dans l'atteinte des objectifs de la politique de sectorisation. Cette étude décrit les disparités existant entre les secteurs de psychiatrie générale et analyse leur impact sur le recours aux soins des assurés auprès des généralistes et des psychiatres libéraux sur une base expérimentale en région Île-de-France. Une typologie des secteurs de psychiatrie adulte a été réalisée. Elle différencie les secteurs selon trois facteurs : la dotation en équipement et les moyens en personnel en fonction de la taille de la population résidente, la nature de l'offre et la gamme de soins et services fournis, ainsi que le recours aux soins. Cette typologie permet de dépasser les clivages entre secteurs psychiatriques bien dotés et sous-dotés et fournit une analyse fine du fonctionnement et du degré d'achèvement de la politique de sectorisation en France, notamment en termes de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein. Nous mettons en évidence un phénomène de substitution dans les secteurs de psychiatrie qui peuvent être considérés comme sous ou moins biens dotés que les autres, entre la psychiatrie publique et la prise en charge par des médecins généralistes

Coldefy, M., Le Fur, P., Lucas-Gabrielli, V., et al. (2010). "Sectorisation et soins au long cours." Santé Mentale (149): 34-39.

Ce bilan de la sectorisation met en perspective la difficulté des soignants à déployer des prises en charge cliniques complexes pour assurer un suivi au long cours de qualité. Cinquante ans après la circulaire de 1960 mettant en place la politique de sectorisation psychiatrique, force est de constater que si le secteur psychiatrique constitue un cadre organisationnel ou fonctionnel commun, la réalité des pratiques organisationnelles, la diversité de l'engagement vers une psychiatrie communautaire comme celle des moyens humains, matériels et financiers mis à disposition des secteurs, font que ces derniers se caractérisent par une importante disparité. À la demande du conseil scientifique de la CNAMTS portant sur la problématique de la démographie médicale en psychiatrie, l'IRDES a réalisé une étude visant à rendre compte des disparités entre secteurs de psychiatrie adulte, portant ainsi un regard sur le degré d'achèvement de cette politique territoriale pionnière de sante Line typologie des secteurs de psychiatrie adulte a ainsi été réalisée, s'appuyant sur les

données des rapports d'activité des secteurs, mais aussi sur des données environnementales sur l'offre sanitaire et sociale et la population couverte Les secteurs sont ainsi classes selon leur niveau de dotation et leur plus ou moins grand engagement dans les objectifs de la sectorisation.

2009

Coldefy, M., Le Fur, P., Lucas-Gabrielli, V., et al. (2009). "Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation." Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(145): 8.
http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes145.pdf

Cinquante ans après l'introduction en France de la politique de sectorisation en matière de lutte contre les maladies mentales, les secteurs psychiatriques, unités de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique, se caractérisent par d'importantes disparités. Celles-ci concernent tant les moyens humains, matériels et financiers que l'engagement dans l'atteinte des objectifs de la politique de sectorisation. Afin de rendre compte de ces disparités, une typologie des secteurs de psychiatrie adulte a été réalisée, qui propose une classification selon trois facteurs : la dotation en équipement et les moyens en personnel en fonction de la taille de la population résidente, la nature de l'offre et la gamme de soins et services fournis, ainsi que le recours aux soins. Cette typologie, qui permet de dépasser les clivages entre secteurs psychiatriques bien dotés et sous-dotés, offre une analyse plus fine du fonctionnement et du degré d'achèvement de la politique de sectorisation en France, notamment en termes de développement des alternatives à hospitalisation à temps plein.

2008

Torres, D. (2008). "Réflexions à propos des pratiques sectorielles en psychiatrie et de leur évaluation." Actualité et Dossier en Santé Publique (64).

La psychiatrie française est organisée en secteurs. La population d'un territoire peut avoir recours à une équipe soignante pluridisciplinaire qui prend en charge la prévention, les soins et le suivi des pathologies mentales. Qu'en est-il 40 ans après la politique de sectorisation ? Cette politique de secteur a-t-elle été mise en place ou bien la politique de santé mentale en France est-elle restée hospitalo-centrée plutôt que développée en réseaux dans la cité en s'appuyant sur la continuité des soins ?

2007

Coldefy, M. et Lepage, J. (2007). "Les secteurs de psychiatrie générale en 2003
Les secteurs de psychiatrie générale en 2003." Série Etudes - Document de Travail - Drees(70).

La prise en charge publique en santé mentale se fonde sur une sectorisation géographique. En 2003, la France (métropole et DOM) est ainsi divisée en 817 secteurs de psychiatrie générale, soit, en moyenne, un secteur pour 56 100 habitants âgés de plus de 20 ans. La majorité (55%) des secteurs sont rattachés à un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie (ex-CHS), 37% à un établissement public de santé non spécialisé (CH ou CHR), 8% à un établissement privé de santé spécialisé participant au service public et financé, comme les établissements publics, par dotation globale. L'hôpital de rattachement n'est pas toujours

situé géographiquement dans le secteur : ce n'est le cas que pour 46% d'entre eux. Cette situation nécessite une organisation spécifique des secteurs éloignés de l'établissement de rattachement, en matière d'équipes mais aussi d'activité intra-hospitalière et peut avoir des conséquences sur les pratiques de ces secteurs

Le Fur. P., Lorand, S., Lucas-Gabrielli, V., et al. (2007). "Evolution en 1993 et 2003 des caractéristiques des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale". [In: La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques]. Masse, G. et Coldefy, M., Paris : La documentation française

Les évolutions de la prise en charge en psychiatrie sectorisée s'accompagnent-elles d'un renouvellement des patients hospitalisés à temps plein dans les secteurs de psychiatrie générale ? Leurs pathologies et leurs caractéristiques socioéconomiques se sont-elles modifiées ou sont-elles restées comparables à celles observées antérieurement ? C'est à ces questions que les auteurs de ce chapitre ont cherchés à répondre en mobilisant les données issues des enquêtes nationales sur la population prise en charge par les établissements ayant une activité de psychiatrie. Ces enquêtes ont été réalisées selon une méthodologie comparable en 1993, 1998 et 2003. Les premières analyses présentées dans ce dossier portent sur 27 923 patients de plus de 20 ans pris en charge à temps complet le 23 janvier 2003 dans les secteurs de psychiatrie générale de métropole (résumé d'auteur)

Robert D. (2007). "Évaluer l'activité en psychiatrie : un essai de typologie des parcours de soins." Santé Publique (3)

Évaluer l'activité psychiatrique sectorisée est un enjeu contemporain, mais rendu complexe par la diversité des pathologies et des organisations structurelles de soin. Un recueil de données existe depuis plus de 15 ans, insuffisamment exploité. Le Département d'Information Médicale a tenté une analyse typologique des trajectoires de soins des patients. Cette analyse montre que les éléments de prédictibilité de la charge en soins ne tiennent pas tant à la pathologie qu'à l'organisation des services qui la prennent en charge

2006

Masse, G. et Vigneron, E. (2006). "Territorialité et santé mentale." Gestions Hospitalières(461): 730-737.

La sectorisation, initiée par la circulaire du 15 mars 1960, avait pour objet de tenir compte des données sociodémographiques et des critères de proximité. Il s'agissait notamment d'organiser les moyens de réponse aux grands enjeux de santé. Sur ce point, le champ de la psychiatrie était en avance ; cependant, sans remettre en cause les progrès qu'elle a permis de réaliser, la sectorisation n'a pas réussi à prendre en compte les variations des besoins des populations, ni les habitudes de déplacement des populations.

2004

Coldefy, M. (2004). "Les secteurs de psychiatrie générale en 2000." Série Etudes - Document de Travail - Drees(42)

Les résultats présentés sont issus de l'exploitation des Rapports des Secteurs de psychiatrie générale de 2000. Le rapport de secteur a été modifié en 2000 et la périodicité du recueil a

également été modifiée (recueil désormais réalisé tous les trois ans). Ce rapport fournit des informations sur : le personnel médical et non médical, l'équipement des secteurs en services et structures d'accueil, l'accessibilité aux structures et services pour les usagers, l'organisation de la réponse à certains problèmes (urgences, situations difficiles), la pratique des équipes dans la prise en charge des patients, les soins organisés en intersectorialité, la file active et ses modalités de prise en charge. Les données des rapports de secteur constituent une enquête exhaustive auprès des secteurs de psychiatrie générale.

Coldefy, M. et Salines, E. (2004). "Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités." Etudes et Résultats(342)

Les résultats présentés sont issus de l'exploitation des rapports de secteur de psychiatrie générale de l'année 2000. Les données de cette enquête, désormais réalisées tous les trois ans, portent sur le personnel médical et non médical, l'équipement des secteurs en services et structures d'accueil, l'accessibilité pour les usagers aux structures et aux services, l'organisation de la réponse à certains problèmes (urgences, situations difficiles), la pratique des équipes dans la prise en charge des patients, les soins organisés en intersectorialité, la file active et ses modalités de prise en charge.

Coldefy, M. et Salines, E. (2004). "Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolutions et disparités." Etudes et Résultats(341)

Les résultats présentés sont issus de l'exploitation des Rapports Annuels des Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de 2000. Le rapport annuel de secteur fournit des informations sur : le personnel médical et non médical, l'équipement des secteurs en services et structures d'accueil, la file active et ses modalités de prise en charge. Il s'agit d'une enquête exhaustive auprès des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Mordelet, P., Fessler, J. M., Graindorge, E., et al. (2004). "La psychiatrie en mutation." Cahiers Hospitaliers(206): 4-15.

Ce dossier réunit des contributions - sur la psychiatrie communautaire et les conditions de réforme et de modernisation du service public de psychiatrie ; - sur la place du secteur psychiatrique dans la nouvelle planification sanitaire ; - sur l'accroissement du recours aux soins pour troubles mentaux en France (selon une étude de la DREES) ; - sur les représentations de la maladie mentale dans la population.

2003

Coincon, Y. et Cazenave, B. (2003). "Les SROSS de troisième génération et la pédopsychiatrie." Santé mentale.(490): 4-7.

La sectorisation a été au cours des trente dernières années le moteur d'une transformation profonde de l'organisation de la psychiatrie française. La pédopsychiatrie, portée par ce mouvement, s'est organisée pour prodiguer des soins individualisés aux patients, de plus en plus nombreux, qui s'adressaient à elle. Dans le même temps, les psychiatres et leurs collaborateurs ont participé activement à la reconnaissance du fait psychique par le corps social, qui aujourd'hui fait pression pour qu'ils soient partout où une souffrance psychique s'exprime ou pourrait le faire.

2002

Coldefy, M. et Bousquet, F. (2002). "Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999." Etudes et Résultats(163)

Les secteurs psychiatriques se caractérisent encore en 1999 par une grande diversité de leurs activités et de leurs moyens. Le rapport de la file active à la population couverte par les secteurs, qui s'élève en moyenne à 19 patients pour 1 000 habitants, varie de 10 à 38. La densité de lits et places va de 1 à 6, celle des praticiens de 1 à 4 et celle des infirmiers de 1 à 5. Une typologie, construite à partir des données d'activité, distingue cinq groupes de secteurs, avec l'existence d'un lien fort entre activité et moyens en personnels. Les secteurs du premier groupe, spécialisés dans les consultations en centre médico-psychologique, accueillent moins de patients, mais offrent des prises en charge plus médicalisées que la moyenne. Le groupe 2 regroupe des secteurs surtout spécialisés dans l'intervention en unité d'hospitalisation somatique. Ils accueillent 35 % de patients de plus que les autres secteurs et assurent surtout une prise en charge plus fréquente des urgences. Un tiers de leurs patients ne sont toutefois vus qu'une seule fois dans l'année. Les secteurs du groupe 3 sont spécialisés dans l'hospitalisation à temps plein. Ils ont moins réduit que les autres leurs capacités d'hospitalisation à temps plein depuis 1993, et bénéficient d'un taux important d'équipement et de personnels peu qualifiés. Le groupe 4 comprend un nombre réduit de secteurs qui développent des structures d'accueil surtout tournées vers l'insertion et la réadaptation. Ils bénéficient d'une présence médicale importante associée à une forte présence de psychologues et de personnels socio-éducatifs. Le groupe 5 peut enfin être qualifié de « généraliste », avec une structure d'activité proche de la moyenne et un encadrement infirmier important. Encore largement tourné vers l'hospitalisation, il a néanmoins reconverti, entre 1993 et 1999, des lits d'hospitalisations vers des places dans des formes alternatives.

2000

Guilmin, A., Parayre, C. et Boisguerin, B. (2000). "Bilan de la sectorisation psychiatrique." Collection Statistiques - Document De Travail - Drees(2)

La sectorisation psychiatrique structure aujourd'hui l'organisation des soins dans la presque totalité du dispositif public de psychiatrie. La reconnaissance législative de la politique de sectorisation psychiatrique a eu lieu en 1985. 15 ans après, ce rapport établit un premier constat et s'efforce, avec les données disponibles, de mettre en évidence les tendances actuelles. La première partie présente des données de cadrage sur l'ensemble du dispositif de soins, sur les publics concernés et les besoins : prévalence des troubles de santé mentale, recours aux soins, perception de la maladie mentale. La seconde partie est directement centrée sur la sectorisation psychiatrique, présentant les principales caractéristiques de l'offre de soins et des clientèles en psychiatrie générale et infanto-juvénile.

La prise en charge de la santé mentale

Les modes de prise en charge en psychiatrie

Trois grands modes de prise en charge en psychiatrie adulte, mobilisés ou non de façon exclusive, peuvent être distingués : l'ambulatoire, le temps complet et le temps partiel.

- **L'ambulatoire** définit l'ensemble des prises en charge qui ne font pas intervenir l'hospitalisation. Le plus souvent, les malades sont vus dans le cadre de consultations en centre médico-psychologique (CMP). Les CMP sont des unités d'accueil et de coordination des soins. Ils organisent toutes les actions extrahospitalières des équipes soignantes en les articulant avec les unités d'hospitalisation, en termes de prévention, de diagnostic et de soins, et d'interventions à domicile ou en institutions substitutives au domicile (structures médico-sociales, établissements pénitentiaires…). La psychiatrie de liaison, c'est-à-dire les soins ou interventions en unités d'hospitalisation somatique de médecine, chirurgie, obstétrique, constitue la seconde grande modalité de prise en charge ambulatoire.
- **La prise en charge à temps complet** se compose quasi-exclusivement de l'hospitalisation à temps plein. Elle s'effectue dans des lieux de soins où les patients sont placés sous surveillance 24 heures sur 24. Elle est réservée aux situations aiguës et aux malades les plus atteints, qui requièrent des soins intensifs. Les autres modes de recours aux soins à temps complet prennent place tant à l'hôpital qu'en dehors, principalement dans les structures suivantes : centres de postcure, hospitalisation à domicile, appartement thérapeutique, accueil familial thérapeutique.
- **Les prises en charge à temps partiel** se font au sein de structures hospitalières, plus ou moins médicalisées, ne donnant pas lieu à hébergement, à l'exception de l'hôpital de nuit. Parmi elles : l'hôpital de jour prodigue des soins polyvalents et intensifs durant la journée et une surveillance médicale de nuit ; les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) et ateliers thérapeutiques dispensent des activités thérapeutiques et occupationnelles ayant pour but de favoriser la reconstruction de l'autonomie et la réadaptation sociale, ou l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale[21].

PARCOURS DE SOINS EN PSYCHIATRIE

Études d'ensemble

2019

Anap (2019). Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale. Tome 2 : retour d'expériences. Paris Anap
http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-tome-2-retour-dexperiences/

Cette publication analyse le retour de six territoires ayant expérimenté la mise en œuvre d'un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale. Elle illustre et complète de façon concrète les méthodes et outils présentés dans le Tome 1 publié fin 2016. Chaque acteur peut ainsi s'approprier la démarche à travers des réalisations.

Béliard, A. et Eideliman, J.-S. (2019). "Familles et handicaps mentaux ou psychiques." Savoir/Agir **47**(1): 73-82.
https://www.cairn.info/revue-savoir-agir-2019-1-page-73.htm

« Sociologie du handicap » ? Que peut bien avoir à dire la sociologie sur ce phénomène a priori biomédical ? Plus largement, que nous apprennent concrètement les recherches dans ce domaine ? Et pourquoi est-il possible d'affirmer qu'elles constituent aujourd'hui un enjeu majeur pour les personnes dites « handicapées » ou « en situation de handicap » ? C'est à ces questions que tente de répondre ce numéro. Pour ce faire ont été réunis un ensemble de

[21] Coldefy, M. et Nestrigue, C. (2015). "La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011." Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(206)

travaux récents recouvrant des dimensions de la question du handicap aussi variées que possible (dimensions politique, juridique, scolaire, familiale, questions de l'accès à l'emploi, etc.) et apportant un éclairage indispensable sur ce que signifie être (dit) « handicapé·e » aujourd'hui. Chacune à sa manière, ces recherches montrent aussi à quel point le traitement de cette question est traversé par des contradictions et de nombreux paradoxes. À quel point, par conséquent, il est urgent d'y réfléchir en mobilisant les savoirs accumulés par les sciences sociales, trop longtemps considérées en ce domaine comme simple supplément d'âme.

Camelot, G. et Terrier, G. (2018). "L'habitat inclusif : un progrès pour la santé mentale ?" Sante Publique **30**(6): 829-832.
https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-6-page-829.htm

Les personnes en situation de handicap psychique ont souvent des difficultés à investir un logement. Dans certaines situations, l'habitat individuel peut être un vecteur d'isolement tandis qu'un cadre collectif en institution peut se révéler trop contraignant. C'est dans cette optique que se sont développées des formes alternatives d'habitats regroupés.L'appellation d'« habitats inclusifs » comprend les maisons relais, pensions de famille, résidences accueil et familles gouvernantes. Le projet des structures, mis en œuvre par les hôtes, intègre la lutte contre l'exclusion sociale afin de s'ouvrir à la cité. Il offre la possibilité aux personnes de s'autonomiser dans le respect de leurs capacités, favorisant ainsi leur rétablissement. Lors de la conception des projets, le cadre doit être pensé pour s'adapter au besoin de contenance des locataires, mais il faut prendre garde à ne pas privilégier des règles de fonctionnement trop strictes. Le gouvernement français s'est engagé à promouvoir le développement de l'habitat inclusif dans les prochaines années. L'émergence rapide de projets doit se faire dans des conditions qui garantissent leur pérennité. Pour cela, il est nécessaire que les projets respectent l'autonomie des personnes.

Durand, B. (2019). "De l'hôpital psychiatrique vers la Maison d'Accueil Spécialisé." Pratiques en santé mentale **65**(1): 4-10.
https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2019-1-page-4.htm

Au début, seul existait l'hôpital psychiatrique, descendant du vieil asile, pour répondre à toutes les problématiques psycho-sociales. Et puis la loi de 75, véritable révolution a créé le secteur médico-social pour prendre en compte les conséquences sociales des troubles. Le « divorce » entre les champs fut douloureux et peut-être qu'il n'est toujours pas assumé totalement. Petit historique :

Fernandes, S., Fond, G., Zendjidjian, X., et al. (2019). "The Patient-Reported Experience Measure for Improving quality of care in Mental health (PREMIUM) project in France: study protocol for the development and implementation strategy." Patient Preference and Adherence **13**: 165-177.
https://www.dovepress.com/the-patient-reported-experience-measure-for-improving-quality-of-care--peer-reviewed-fulltext-article-PPA

Mesurer la qualité et la performance des soins de santé est un défi majeur pour améliorer l'efficacité d'un système de santé. L'expérience du patient est une mesure importante de la qualité des soins de santé, et l'utilisation de mesures de l'expérience rapportée par le patient (PREM) est recommandée. Les objectifs de ce projet sont de développer des banques de PREM évaluant la qualité des soins de santé dispensés aux patients adultes souffrant de troubles psychiatriques (schizophrénie, trouble bipolaire et dépression) et de valider le test adaptatif informatisé (CAT) à l'appui de l'utilisation courante des PREM ; d'analyser la mise

en œuvre et l'acceptabilité du CAT parmi les patients, les professionnels et les autorités de santé.

Fernández, V. M., Castrien, A. et Lagier, F. (2019). "Le CMP pensé comme une équipe mobile." L'information psychiatrique **95**(4): 251-254.
https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-4-page-251.htm

De par sa place spécifique dans le travail de secteur, ses missions, sa philosophie du soin, son histoire et les changements profonds qu'il a su accompagner et anticiper, de par son organisation toute collective, le CMP (centre médicopsychologique) est une équipe mobile. Mobile parce que mobilisé, mobilisable, attentif à l'évolution de son environnement, des besoins parfois nouveaux qui émergent. Le CMP est inscrit dans une histoire, il est né du mouvement politique qui a transformé la psychiatrie asilaire en une psychiatrie ancrée dans la cité en démocratisant l'accès au soin. Comment accorder cette histoire avec la rhétorique actuelle de « l'aller vers » ? Nous aborderons des questions issues de notre travail d'équipe au quotidien, un travail de réflexion qui nécessite de solides fondations pour pouvoir être suffisamment mobile.

Henckes, N. (2019). "Équipes mobiles en santé mentale : quelle mobilité dans quel système de santé mentale ?" L'information psychiatrique **95**(4): 245-250.
https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-4-page-245.htm

Cet article propose quelques réflexions sur les enjeux de la mobilité dans les pratiques contemporaines de santé mentale. Après avoir suggéré de rechercher les raisons du succès contemporain des expériences d'équipes mobiles dans les idéaux sociaux dont elles sont porteuses, il emprunte à la sociologie des sciences les notions d'infrastructure et de « mobile immuable » pour discuter à la fois la nature et l'extension de ce qui peut être mobile dans les soins en santé mentale.

Kannas, S. et Pastour, N. (2019). "Un demi-siècle de développement des équipes mobiles en psychiatrie : constats et perspectives." L'information psychiatrique **95**(4): 237-243.
https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-4-page-237.htm

RésuméL'équipe ÉRIC (Équipe rapide d'intervention de crise) a été créée en 1994. Il s'agit d'une équipe mobile d'urgence et de crise fonctionnant 24 h/24, 7 j/7, centrée sur l'alternative à l'hospitalisation psychiatrique et l'inclusion active de l'entourage du patient (famille et réseau social). Lors de sa création et bien après, cette équipe, unique en France, a fait l'objet de nombreuses critiques de la part des professionnels de la psychiatrie. En 2018, beaucoup d'équipes mobiles existent en France, mais très peu sur la thématique de l'urgence et sur ce mode d'organisation, tandis que de nombreuses équipes similaires ont émergé dans de nombreux pays. C'est pourquoi il a paru intéressant d'établir un état des lieux de cette question, tant en France qu'à l'international, et de réfléchir à l'origine et l'évolution des idées, des services de santé mentale, de la psychiatrie en général, ou d'autres paramètres, qui ont poussé ou freiné au contraire leur développement.

Lang, J. P., Jurado, N., Herdt, C., et al. (2019). "[Education care in patients with psychiatric disorders in France: Psychoeducation or therapeutic patient education?]." Rev Epidemiol Sante Publique **67**(1): 59-64.

CONTEXT: Psychoeducation and therapeutic patient education can be effectively included in treatments for patients with psychiatric disorders. These two effective educational therapies have the common purpose of improving disorder-related morbidity, compliance with

treatment and patients' quality of life. While they have different methods of application, both teach patients to play an active role in their own care. However, it is still critical to combine them for care of patients with psychiatric and addiction disorders in a manner that allows for specificity. To do this, the differences between psychoeducation and therapeutic patient education must be considered, and their potential for the management of patients with psychiatric and addiction disorders must be determined. METHODS: In our article, we review the literature concerning therapeutic education programs for patients and discuss the literature based on the experiences of psychiatrists trained in these therapies. RESULTS: Despite rather nonrestrictive guidelines, and after reviewing numerous studies, we found that psychoeducation seems to be rarely used in psychiatry. The use of therapeutic patient education programs for psychiatric patients has doubled in four years but still accounts for less than 4% of validated programs in France. Only 154 programs were developed in 1175 public psychiatric facilities in 2016. Therapeutic patient education has a legal framework and recommendations, which make it suitable for inclusion in care and in the training of care providers. The rigor in the development of therapeutic patient education programs and the requirement for training and financial support reinforce the need for their establishment in healthcare institutions. As such, they could help to modify professional practices and the culture of care in mental health fields. CONCLUSION: There is a place for therapeutic patient education in psychiatry as it provides a real benefit for patients. It could modify care practices and costs, and is suitable for patients with psychiatric or addiction disorders by helping them play an active role in their care, thereby improving treatment outcomes and quality of life.

2018

Cnam (2018). La santé mentale. In : Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2019 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. Paris : Cnam
https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2018-et-2019/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2018.php

Cour des Comptes (2018). Prise en charge de la psychiatrie en établissements de santé. Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018., Paris : Ministère chargé de la santé**:** 122-125

L'offre de soins en psychiatrie occupe un champ large, puisqu'elle touche tant au sanitaire, au médico-social, qu'aux soins de ville. Les dépenses, France entière, remboursées par l'assurance maladie au titre des maladies psychiatriques et de consommation de psychotropes, incluant les soins de ville (30%), les hospitalisations (48%) et les prestations en espèces (22%), ont atteint 22,5 Md€ en 2015, tous régimes confondus. Cette fiche se concentre sur les soins psychiatriques dispensés en établissements de santé. Sur ce champ, les crédits d'assurance maladie consacrés à la psychiatrie se décomposant en une dotation annuelle de financement (DAF) et un objectif quantifié national (OQN), se sont élevés à près de 9,7 Md€ en 2017.

Gandré, C., Gervaix, J., Thillard, J., Mace, J. M., Roelandt, J. L. et Chevreul, K. (2018). "Geographic variations in involuntary care and associations with the supply of health and social care: results from a nationwide study." BMC Health Serv Res **18**(1): 253.

BACKGROUND: Involuntary psychiatric care remains controversial. Geographic disparities in

its use can challenge the appropriateness of the care provided when they do not result from different health needs of the population. These disparities should be reduced through dedicated health policies. However, their association with the supply of health and social care, which could be targeted by such policies, has been insufficiently studied. Our objectives were therefore to describe geographic variations in involuntary admission rates across France and to identify the characteristics of the supply of care which were associated with these variations. METHODS: Involuntary admission rate per 100,000 adult inhabitants was calculated in French psychiatric sectors' catchment areas using 2012 data from the national psychiatric discharge database. Its variations were first described numerically and graphically. Several factors potentially associated with these variations were then considered in a negative binomial regression with an offset term accounting for the size of catchment areas. They included characteristics of the supply of care (public and private care, health and social care, hospital and community-based care, specialised and non-specialised care) as well as adjustment factors related to epidemiological characteristics of the population of each sector's catchment area and its level of urbanization. Such variables were extracted from complementary administrative databases. Supply characteristics associated with geographic variations were identified using a significance level of 0.05. RESULTS: Significant variations in involuntary admission rates were observed between psychiatric sectors' catchment areas with a coefficient of variation close to 80%. These variations were associated with some characteristics of the supply of health and social care in the sectors' catchment areas. Notably, an increase in the availability of community-based private psychiatrists and the capacity of housing institutions for disabled individuals was associated with a decrease in involuntary admission rates while an increase in the availability of general practitioners was associated with an increase in those rates. CONCLUSIONS: There is evidence of considerable variations in involuntary admission rates between psychiatric sectors' catchment areas. Our results provide lines of thoughts to reduce such variations, in particular by supporting an increase in the availability of upstream and downstream care in the community.

Gandré, C., Gervaix, J., Thillard, J., Mace, J. M., Roelandt, J. L. et Chevreul, K. (2018). "Thirty-day Readmission Rates and Associated Factors: A Multilevel Analysis of Practice Variations in French Public Psychiatry." J Ment Health Policy Econ **21**(1): 17-28.

BACKGROUND: Inpatient psychiatric readmissions are often used as an indicator of the quality of care and their reduction is in line with international recommendations for mental health care. Research on variations in inpatient readmission rates among mental health care providers is therefore of key importance as these variations can impact equity, quality and efficiency of care when they do not result from differences in patients' needs. AIMS OF THE STUDY: Our objectives were first to describe variations in inpatient readmission rates between public mental health care providers in France on a nationwide scale, and second, to identify their association with patient, health care providers and environment characteristics. METHODS: We carried out a study for the year 2012 using data from ten administrative national databases. 30-day readmissions in inpatient care were identified in the French national psychiatric discharge database. Variations were described numerically and graphically between French psychiatric sectors and factors associated with these variations were identified by carrying out a multi-level logistic regression accounting for the hierarchical structure of the data. RESULTS: Significant practice variations in 30-day inpatient readmission rates were observed with a coefficient of variation above 50%. While a majority of those variations was related to differences within sectors, individual patient characteristics explained a lower part of the variations resulting from differences between sectors than the characteristics of sectors and of their environment. In particular, an increase in the mortality rate and in the acute admission rate for somatic disorders in sectors' catchment area was associated with a decrease in the probability of 30-day readmission. Similarly, an increase in

the number of psychiatric inpatient beds in private for-profit hospitals per 1,000 inhabitants in sectors' catchment area was associated with a decrease in this probability, which also varied with overall sectors' case-mix characteristics and with the level of urbanisation of the area. DISCUSSION: The extent of the variations and the factors associated with it question the adequacy of care and suggest that some of them may be unwarranted. Our findings should however be interpreted in consideration of several limits inherent to data quality and availability as we relied on information from administrative databases. While we considered a wide range of factors potentially associated with variations in 30-day readmissions, our model indeed only explained a limited part of the variations resulting from differences between sectors. IMPLICATIONS FOR HEALTH POLICIES: Our findings underscored that practice variations in psychiatry are a reality that merits the full attention of decision makers as they can impact the quality, equity and efficiency of care. A specific data system should be established to monitor practice variations in routine to promote transparency and accountability. IMPLICATIONS FOR FURTHER RESEARCH: Few associations were found between variations in 30-day inpatient readmissions and the supply of care. The routine collection of detailed organizational characteristics of health care providers at a national level should be supported to facilitate additional research work, both in France and in other contexts.

Gandré, C., Gervaix, J., Thillard, J., Mace, J. M., Roelandt, J. L. et Chevreul, K. (2018). "Understanding geographic variations in psychiatric inpatient admission rates: width of the variations and associations with the supply of health and social care in France." BMC Psychiatry **18**(1): 174.

BACKGROUND: Inpatient care accounts for the majority of mental health care costs and is not always beneficial. It can indeed have detrimental consequences if not used appropriately, and is unpopular among patients. As a consequence, its reduction is supported by international recommendations. Varying rates of psychiatric inpatient admissions therefore deserve to draw attention of researchers, clinicians and policy makers alike as such variations can challenge quality, equity and efficiency of care. In this context, our objectives were first to describe variations in psychiatric inpatient admission rates across the whole territory of mainland France, and second to identify their association with characteristics of the supply of care, which can be targeted by dedicated health policies. METHODS: Our study was carried out in French psychiatric sectors' catchment areas for the year 2012. Inpatient admission rates per 100,000 adult inhabitants were calculated using data from the national psychiatric discharge database. Their variations were described numerically and graphically. We then carried out a negative binomial regression to identify characteristics of the supply of care (public and private care, health and social care, hospital and community-based care, specialised and non-specialised care) which were associated with these variations while adjusting our analysis for other relevant factors, in particular epidemiological differences. RESULTS: Considerable variations in inpatient admission rates were observed between psychiatric sectors' catchment areas and were widespread on the French territory. Institutional characteristics of the hospital to which each sector was linked (private non-profit status, specialisation in psychiatry and participation to teaching activities and to emergency care) were associated with inpatient admission rates. Similarly, an increase in the availability of community-based private psychiatrists was associated with a decrease in the inpatient admission rate while an increase in the capacity of housing institutions for disabled individuals was associated with an increase in this rate. CONCLUSIONS: Our results advocate for a homogenous repartition of health and social care for mental disorders in lines with the health needs of the population served. This should apply particularly to community-based private psychiatrists, whose heterogeneity of repartition has often been underscored.

Guirimand, N., Mazereau, P. et Leplege, A. (2018). Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social : décloisonner & coordonner les parcours de vie et de soin, Nîmes : Champ social éditions

La notion de parcours de vie impose une transformation profonde des modalités d'organisation du secteur médico-social, sanitaire, éducatif ou d'accès aux structures de droit commun. Lorsqu'il s'agit de suivre et d'accompagner des personnes en situation de handicap ou de dépendance, ainsi que des malades chroniques, elle implique de définir avec les usagers leur projet de vie. En conséquence, ce travail impulse une dynamique d'élaboration et de prise de décision à la croisée de plusieurs secteurs. Accompagner les personnes en situation de handicap ou malades chroniques dans l'élaboration de leur parcours de vie, favoriser l'accessibilité aux services de droit commun, les aider à s'autonomiser et à trouver des réponses à leurs besoins et attentes, implique la mise en œuvre de dispositifs innovants en matière d'éducation thérapeutique, d'inclusion scolaire et péri-scolaire, mais aussi de soutien à la parentalité pour les familles les plus vulnérables. La pluralité des modalités de mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique et de dispositifs sanitaires et médico-sociaux d'accompagnement rend difficile la lecture des services proposés à la fois pour les usagers et pour les agents impliqués dans leur mise en œuvre. Si de manière consensuelle, la pluridisciplinarité est reconnue comme indispensable, la coopération entre les intervenants, elle, est essentielle. Pourtant cette coopération nécessite d'être pensée et analysée dans sa complexité, c'est-à-dire au point d'intersection entre les intérêts et les enjeux des agents à et pour cette pratique éducative, les moyens dont ils disposent pour sa mise en œuvre, sa temporalité (hospitalisation de jour, moyen séjour, stage intensif), les lieux d'exercice (service hospitalier, pôle de santé, domicile du patient, etc.). La coordination des parcours de vie appelle donc une exploration multidimensionnelle : sociologique, psychologique, philosophique, politique et anthropologique approfondie de toutes ces dimensions. Cet ouvrage tente d'apporter des éléments de compréhension en interrogeant, dans un même mouvement, les mécanismes implicites et explicites de la collaboration interprofessionnelle, les questions de l'inclusion sociale et scolaire, de l'éducation thérapeutique des jeunes en situation de handicap, ainsi que les transformations identitaires des acteurs qui coopèrent à la construction des parcours de vie.

Haliday, H. (2018). "Quelles sont les limites des nouveaux courants en santé mentale ? Le cas de la santé mentale communautaire et de l'empowerment." L'information psychiatrique **94**(10): 835-840.
https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-10-page-835.htm

Nous proposons dans cet article d'étudier le courant de la santé mentale dite « communautaire » (SMC) et son corollaire, l'empowerment des usagers. Après avoir présenté les caractéristiques principales de la SMC, nous revisiterons la notion d'empowerment pour montrer qu'elle possède du fait de son contexte d'émergence des limites amenant à repenser sa transférabilité du monde anglo-saxon à la culture française. Nous esquisserons l'hypothèse d'une troisième voie dans les relations entre usagers et professionnels qui ne serait ni paternaliste ni centrée sur le pouvoir d'agir en vue de remettre, dans un contexte d'instabilité profonde du soin psychique en France, la clinique des institutions au centre des préoccupations du système de santé mentale.

Leboyer, M., Llorca, P.-M., Durand-Zaleski, I., et al. (2018). Psychiatrie : l'état d'urgence, Paris : Fondation fondamental Paris : Institut Montaigne Paris : Fayard

Les troubles psychiatriques concernent 12 millions de Français chaque année. Il suffit d'égrener le nom des pathologies concernées : dépressions, troubles bipolaires, autisme,

schizophrénie, pour prendre conscience qu'elles nous concernent tous, de près ou de loin. Or, face à ces drames humains, un silence assourdissant persiste, qui dit beaucoup de la perception de la psychiatrie dans notre pays. Celle-ci se situe aux confluents de la méconnaissance, des amalgames, des préjugés, du déni, de la honte. Cet ouvrage ausculte l'organisation des soins en psychiatrie qui, en cinquante ans, est passée d'un idéal d'égalité, sur l'ensemble du territoire, à un dédale dans lequel plus personne ne se retrouve, même les acteurs les plus impliqués. Il constate que le système craque de toutes parts et engendre de la souffrance pour les malades, leurs proches et les équipes médicales. Ce livre, rédigé en lien avec des associations de patients, entend dresser un diagnostic de la situation de la psychiatrie française (organisation des soins, inégalités sociales et territoriales, enjeux économiques, recherche), bâti sur les études, les récits des patients, de leurs familles et des soignants. Le système de soins en psychiatrie souffre, mais il recèle d'incroyables richesses humaines, d'initiatives et d'espoirs. Les auteurs entendent contribuer ainsi à la mutation de la psychiatrie en France pour qu'elle entre de plain-pied dans ce siècle porteur de découvertes majeures, afin de mieux comprendre et soigner les maladies psychiatriques.

Meidani, A. et Alessandrini, A. (2018). Parcours de santé parcours de genre, Toulouse : Presses universitaires du midi

Qu'est ce qui relève du genre dans les parcours de santé? Qu'est-ce qui relève des questions de santé dans les parcours de genre ? C'est à cette double interrogation que tente de répondre ce livre collectif. Très longtemps, la question de la santé et du genre a été cantonnée à trois points, fondamentaux mais dépassables : la santé reproductive pour les femmes, la santé sexuelle pour les minorités sexuelles et la santé psychiatrique pour les minorités de genre. C'est dire le poids des catégories de santé sur les catégories de genre, l'influence de la chirurgie ou de la psychiatrie pour distinguer les corps sains et les corps malsains, donc abjects. Aujourd'hui encore, penser les masculinités et les féminités en contexte de santé apparais comme un " angle mort " de la recherche et lorsque, timidement, le genre surgit, c'est en réalité des catégories de sexe dont il est question. Des hommes et des femmes qui, vous le verrez dans ces pages, n'expérimentent bien évidemment pas le mène rapport au corps et par conséquent pas le même rapport à la santé, à la médecine, au soin. Mais c'est d'un glissement encore plus significatif qu'il s'agit : au-delà des catégories de sexe, pouvons-nous interpréter les parcours de santé en matière de genre, de registres de masculinités, de féminités... ? À travers la cancérologie, l'âge, le travail, les transidentités, la gestation pour autrui ou la bariatrie, ce livre offre des pistes interprétatives face à l'entrelacs des notions de genre et de santé. Grâce à sa dimension fortement pluridisciplinaire (sociologie, psychologie, psychiatrie, communication, philosophie, anthropologie), cet ouvrage déplace les frontières entre études de santé et études de genre en proposant des mises en écho disciplinaires et thématiques.

Toulemonde, F. et Boisguerin, B. (2018). Les établissements de santé : édition 2018, Paris : Drees
http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2018

L'édition 2018 de cet ouvrage détaille, pour l'année 2016, les capacités et l'activité des hôpitaux et cliniques, ainsi que leurs disciplines spécifiques, et décrit leur personnel, médical et non médical. Des éléments de cadrage économique, financier et juridique complètent le panorama. Cette nouvelle édition s'enrichit d'une présentation synthétique des indicateurs permettant d'apprécier la qualité des soins et la sécurité des patients des établissements de santé. Ces indicateurs sont mis à disposition par la Haute Autorité de santé (HAS).

Villani, M. et Kovess-Masfety, V. (2018). "[Peer support programs in mental health in France: Status

report and challenges]." Encephale **44**(5): 457-464.

OBJECTIVES: Recovery is a process through which people experiencing mental illness learn to live with their disorder and reach social insertion and citizenship. This positive approach focuses on a person's competencies and strengths rather than on the symptoms. Within this philosophy, peer support has been unevenly developing in mental health services worldwide with roots in the South-American social programs for homeless people and in the American recovery circles in the field of addiction. Therapeutic efficiency of peer support has been proven by several studies including a control group, as being at least as good as traditional services and even better in some specific areas such as reduction of need for emergency services and ability to reach "difficult" patients. The integration of former psychiatric services users in mental health services can take several forms, from the participation to scientific research studies to the direct involvement in a professional team at mental health facilities. In this context, our research aims to sum up the situation in France in comparison with other countries. METHODS: We conducted a worldwide literature review in English and in French on peer support experiences and policies in mental health services, using medical and psychological databases (PsycInfo, PsycArticles, SantePsy, Cairn, Medline, Wiley Interscience and PubPsych) on a recent period: 2005-2016. In total, 32 relevant scientific papers have been included in our research. In some cases, we have also used official reports, blogs, Internet sites, and mass media articles when they were relevant. RESULTS: Our results show that this movement has been long to develop in France, with controversies having been raised since the beginning on the role that peers should play and confusion with existing social integration programs in the associative sector. Drawing inspiration from the Canadian model, a recent "peer mentor" initiative has been analyzed after 2 years of existence: many benefits for services users such as the optional aspect of this care process, a more authentic therapeutic relationship, a less normative frame, an active partnership, and a more optimistic philosophy aiming to make "small steps" towards improvement have been reported. Health professionals and peer mentors themselves have found benefits during the process. However, several limits such as difficulties to find a place with regards to the psychiatric team and difficulties to take advantage of the peer specificity, resulting in a significant attrition of the number of peer mentors, could be observed. A few other important initiatives focused on social insertion and using the help of professional peer support have been developed in recent years, but they seem to have encountered the same issues about positioning themselves both in terms of day-to-day integration in the professional environment and in the job title given by institutions which rarely corresponds to their experience and specificity. In addition, it remains difficult to obtain reliable information, as only a few papers have been published on this matter. Also, while some evaluation studies are currently being carried out, independent quantitative studies of the few running programs seem to lack in this field. CONCLUSIONS: In our presentation, taking into account the difficulties that were raised in French programs and the lessons of practical experiences at work in other countries, we propose recommendations for larger and more effective implementations of peer support programs in France. As this new kind of care is emerging and seems promising in terms of benefits for not only the users but also the peer supporters and the teams of health professionals, we also insist on the need for a systematic scientific and objective evaluation of the programs.

2017

Badjadj, L. et Chan, Chee, C. (2017). "Prise en charge des troubles de l'humeur dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie entre 2010 et 2014 en France métropolitaine. Analyse des données du RIM-P." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(10): 178-185.

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/10/index.html

Introduction : l'objectif de l'étude était de décrire la prise en charge des patients atteints de troubles de l'humeur dans les établissements de santé ayant une activité autorisée en psychiatrie en France métropolitaine, à partir de la base nationale de Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P). Méthodes : ont été incluses dans l'analyse toutes les personnes hospitalisées ou prises en charge en ambulatoire dans des établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie entre 2010 et 2014 et pour lesquelles un trouble bipolaire (TB : codes CIM-10 F30 et F31) ou un trouble dépressif (TD : codes CIM-10 F32 à F39) a été noté en diagnostic principal ou associé. Résultats : entre 2010 et 2014,1 684 663 et 446 867 patients ont été pris en charge, respectivement, pour TD et TB dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie. En 2014, les taux de prise en charge pour TD étaient de 564,8 pour 100 000 personnes, plus élevés chez les femmes (698,3 vs 421,5 chez les hommes). Ils ont peu varié au cours de la période étudiée. En 2014, les taux de prise en charge pour TB étaient de 157,1 pour 100 000 personnes (190,3 chez les femmes et 120,8 chez les hommes). Une augmentation annuelle de 2,6% a été observée chez les hommes (p=0,01) et de 3,4% chez les femmes (p<0,001) entre 2010 et 2014. Pour les TB comme pour les TD, les taux les plus élevés étaient retrouvés chez les hommes et les femmes âgés de 50 à 54 ans. Chez les hommes comme chez les femmes, des taux de prise en charge supérieurs de 20% au taux national ont été observés en Bretagne et Bourgogne-Franche-Comté pour les TD et dans le Sud-Ouest pour les TB. Conclusion : ce travail souligne l'importance de poursuivre la surveillance et la mise en place de stratégies de prévention des troubles de l'humeur, qui constituent un problème majeur de santé publique. Des actions de détection et de prise en charge précoce de ces troubles devraient être développées d'afin d'éviter leur chronicisation et le passage à l'acte suicidaire.

Bec, E., Cayla, F. et Bel, N. (2017). Santé mentale et organisation des soins : dossier documentaire, Toulouse : ORSMIP Montpellier : CREAI-ORS Languedoc Roussillon
https://orsmip.org/dossier-bibliographique-sante-mentale-organisation-soins/

Ce dossier a été élaboré à la demande de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie à partir d'une recherche des différentes publications sur l'organisation des soins en santé mentale en France ou dans d'autres pays. Il permet d'identifier les principales problématiques rencontrées sur cette thématique et les expériences qui se mettent en place pour pouvoir y répondre.

Bourdais, J., Giordano, G., Lemasson, V., et al. (2017). Trapsy : Entre accompagnement médico social du handicap psychique et soins psychiatriques: Etude de trajectoires de malades mentaux en Ile de France. Paris ANAP
http://www.handiplanet-echanges.info/Members/v--sekercioglu_886/rapport-final-trapsy-trajectoires-des-personnes-ayant-des-troubles-psychiques/at_download/PieceJointe0

La recherche TRAPSY menée au sein de la Chaire « Handicap psychique et décision pour autrui » s'inscrit dans la continuité des travaux du programme MEDIPS, conduit depuis 2000, qui combinent la démarche ethnographique et la démarche économétrique pour analyser les conséquences des politiques sociales sur leurs bénéficiaires, en tenant compte des deux dimensions généralement oubliées de l'économie familiale, l'héritage et le travail gratuit, et de la complexité institutionnelle des politiques publiques. Les premières recherches du programme MEDIPS concernaient l'une, la substituabilité ou la complémentarité entre aide familiale et aide professionnelle dans le cas des personnes âgées dépendantes, et l'autre, les échelles territoriales de l'action publique dans le cas des politiques de la dépendance et du handicap. Pour cette troisième recherche, nous avons cherché à saisir l'impact des

transformations du cadre légal, budgétaire et administratif sur les trajectoires des individus soignes en psychiatrie. Plus spécifiquement la question de recherche était : quels effets la diffusion d'une nouvelle catégorie normative, le« handicap psychique », produit-elle sur l'action publique, sur ses promoteurs professionnels et sur ses bénéficiaires ? Plus spécifiquement, quels effets cette nouvelle catégorie, avec les réallocations d'argent public qu'elle entraîne, produit-elle sur la trajectoire des personnes suivies pour des troubles mentaux chroniques et invalidants ?

Chan Chee, C. et Paget, L. M. (2017). "[The psychiatric hospital discharge database (RIM-P): An essential tool for the surveillance of hospitalization after a suicide attempt]." Rev Epidemiol Sante Publique **65**(5): 349-359.

BACKGROUND: Epidemiological surveillance of suicide attempts is essential for monitoring indicator trends in the evaluation of prevention actions. As part of this surveillance, analysis of data from hospitalization for suicide attempts is particularly useful. METHODS: For the first time, data from two national hospital discharge databases, the "Programme de medicalization des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique" (PMSI-MCO) and the " Recueil d'information médicalisée en psychiatrie" (RIM-P) have been analyzed jointly. All patients aged 10 or more hospitalized in 2012 in medicine, surgery or psychiatry departments in metropolitan France have were included. RESULTS: Through 2012, 89,072 patients (62% females and 38% males) totalized 134,051 hospital stays following a suicide attempt, with 93.4% (n=83,196) in medicine or surgery wards and 32.1% (n=28,594) in psychiatry wards (solely or transferred after a stay in medicine or surgery). However, among the patients transferred to psychiatry after hospitalization in medicine or surgery for suicide attempt, 82.4% had no suicide attempt code noted at their discharge from psychiatry. One or more psychiatric diagnoses were observed in 75% of the patients hospitalized for suicide attempt. The most common diagnoses in men and in women were mood disorders (46%), particularly depression (42%; 44% in women and 38% in men). Mental disorders related to alcohol use were noted in more than a quarter of the patients, more frequently in men (37%) than in women (21%). Some diagnoses were rarely noted in medicine or surgery, such as anxiety disorders and disorders of adult personality and behavior. CONCLUSION: Improvement of the epidemiological surveillance of suicide attempts requires a systematic coding of hospitalizations in psychiatry as well as in medicine and surgery. Data from hospitalization in psychiatry yield a more precise identification of psychiatric co-morbidities associated with suicide attempts. The frequent presence of mental problems associated with suicide attempts should encourage clinicians to search for these symptoms systematically as soon as possible after admission of the patient.

Chan Chee, C. et Paget, L. M. (2017). "Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide." Rev Epidemiol Sante Publique **65**(5): 349-359.

Position du problème : La surveillance épidémiologique des tentatives de suicide est primordiale pour le suivi des indicateurs lors de l'évaluation des actions de prévention mises en place. Dans le cadre de cette surveillance, l'analyse des données d'hospitalisation pour tentative de suicide est particulièrement utile. Matériel et méthodes : Pour la première fois, les données nationales du "Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique" (PMSI-MCO) et du Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) ont été analysées conjointement. Toutes les personnes âgées de 10 ans et plus hospitalisées en 2012 en France métropolitaine dans les services de médecine, chirurgie ou psychiatrie suite à une tentative de suicide ont été incluses. Résultats : En 2012,89 072 patients (62% de femmes et 38% d'hommes) ont totalisé 134 051 séjours

hospitaliers suite à une tentative de suicide, dont 93,4% (n=83 196) ont séjourné en médecine ou chirurgie et 32,1% (n=28 594) en psychiatrie (uniquement ou après un séjour en médecine ou chirurgie). Toutefois, parmi les patients transférés en psychiatrie après une hospitalisation en médecine ou en chirurgie pour tentative de suicide, 82,4% n'avaient pas de code de tentative de suicide noté au décours de leur hospitalisation en psychiatrie. Un ou plusieurs diagnostics psychiatriques étaient notés chez 75% des personnes hospitalisées pour tentative de suicide. Chez les hommes comme chez les femmes, les diagnostics les plus fréquents étaient les troubles de l'humeur (46%), en particulier la dépression (42% ; 44% chez les femmes et 38% chez les hommes). Un diagnostic de troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool était noté chez plus d'un quart des patients, plus souvent chez les hommes (37%) que chez les femmes (21%). Certains diagnostics n'étaient pratiquement jamais portés en médecine ou chirurgie, tels que les troubles anxieux et les troubles de la personnalité et du comportement. Conclusion : L'amélioration de la surveillance épidémiologique des tentatives de suicide nécessite un codage systématique des hospitalisations en psychiatrie aussi bien qu'en médecine et chirurgie. L'apport des données en psychiatrie réside dans une identification plus précise des comorbidités psychiatriques associées aux tentatives de suicide. La présence fréquente des pathologies mentales lors des tentatives de suicide doit inciter les cliniciens à rechercher systématiquement ces symptômes dès que possible après l'arrivée du patient.

Du Roscoät, B. et Arcella-Giraux, P. (2017). "Promouvoir la santé mentale : dossier." Santé en Action (La)(439): 8-46.
http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/sommaires/439.asp

La promotion de la santé mentale est définie comme étant « un processus visant à renforcer la capacité des personnes et des collectivités à prendre leur vie en main et à améliorer leur santé mentale. Elle met en œuvre des stratégies qui favorisent les environnements de soutien et la résilience individuelle ». Le dossier central de ce numéro rassemble la contribution de 25 experts, il présente un état des connaissances et passe en revue un certain nombre d'initiatives de terrain pour promouvoir une santé mentale positive, mobilisant tous les acteurs requis : professionnels de la santé, du social, réseaux, services de l'État, collectivités territoriales, associations… sans oublier les citoyens eux-mêmes.

Gandré, C., Gervaix, J., Thillard, J., Mace, J. M., Roelandt, J. L. et Chevreul, K. (2017). "The Development of Psychiatric Services Providing an Alternative to Full-Time Hospitalization Is Associated with Shorter Length of Stay in French Public Psychiatry." Int J Environ Res Public Health **14**(3).

International recommendations for mental health care have advocated for a reduction in the length of stay (LOS) in full-time hospitalization and the development of alternatives to full-time hospitalizations (AFTH) could facilitate alignment with those recommendations. Our objective was therefore to assess whether the development of AFTH in French psychiatric sectors was associated with a reduction in the LOS in full-time hospitalization. Using data from the French national discharge database of psychiatric care, we computed the LOS of patients admitted for full-time hospitalization. The level of development of AFTH was estimated by the share of human resources allocated to those alternatives in the hospital enrolling the staff of each sector. Multi-level modelling was carried out to adjust the analysis on other factors potentially associated with the LOS (patients', psychiatric sectors' and environmental characteristics). We observed considerable variations in the LOS between sectors. Although the majority of these variations resulted from patients' characteristics, a significant negative association was found between the LOS and the development of AFTH, after adjusting for other factors. Our results provide first evidence of the impact of the

development of AFTH on mental health care and will provide a lever for policy makers to further develop these alternatives.

Gandré, C., Gervaix, J., Thillard, J., Mace, J. M., Roelandt, J. L. et Chevreul, K. (2017). "Involuntary Psychiatric Admissions and Development of Psychiatric Services as an Alternative to Full-Time Hospitalization in France." Psychiatr Serv **68**(9): 923-930.

OBJECTIVE: The development of alternatives to full-time hospitalization in psychiatry is limited because consensus about the benefits of such alternatives is lacking. This study assessed whether the development of such alternatives in French psychiatric sectors was associated with a reduction in involuntary inpatient care, taking into account other factors that are potentially associated with involuntary admission. METHODS: Data on whether a patient had at least one involuntary full-time admission in 2012 were extracted from the French national discharge database for psychiatric care. The development of alternatives to full-time hospitalization was estimated as the percentage of human resources allocated to these alternatives out of all human resources allocated to psychiatry, measured at the level of the hospital hosting each sector. Other factors potentially associated with involuntary admission (characteristics of patients, health care providers, and the environment) were extracted from administrative databases, and a multilevel logistic model was carried out to account for the nested structure of the data. RESULTS: Significant variations were observed between psychiatric sectors in rates of involuntary inpatient admissions. A large portion of the variation was explained by characteristics of the sectors. A significant negative association was found between involuntary admissions and the development of alternatives to full-time hospitalization, after adjustment for other factors associated with involuntary admissions. CONCLUSIONS: Findings suggest that the development of alternatives to full-time hospitalization is beneficial for quality of care, given that it is negatively associated with involuntary full-time admissions. The reduction of such admissions aligns with international recommendations for psychiatric care.

Odier, B. (2017). "La description des traitements ambulatoires : vers une typologie." Information Psychiatrique (L') **93**(1): 31-38.

L'auteur cherche à montrer que le choix du mode de description de l'activité ambulatoire a une importance stratégique pour l'avenir de la psychiatrie de secteur. Actuellement, la saisie informatisée des actes, décrits selon une nomenclature standard (grille Edgar) conduit à des calculs de totaux d'actes par secteur. Ces décomptes conduisent à évaluer des volumes d'actes qui peuvent être ventilés par catégorie professionnelle, par type d'actes, plus rarement par diagnostic. Ces décomptes d'actes ne soulignent en rien les caractéristiques structurales des centres médico-psychologiques (CMP). En effet l'activité des CMP se distingue de celle de la psychiatrie de ville par sa structure. Dans un CMP et dans la psychiatrie de ville, les taux d'absentéisme, la fréquence des imprévus et le nombre de situations urgentes accueillies et prises en charge sont sans commune mesure. Curieusement les CMP ne se dotent pas en général d'un outil soulignant ces singularités de leur pratique. La description actuelle du travail dans les CMP dissimule de plus la complexité des différentes « formules de soins » proposées au patient. Définir des « formules de soins » qui bénéficient à des effectifs de patients que l'on peut préciser chaque année permet de nommer les traitements et de rendre plus consistantes les prises en charge effectuées en CMP dont les représentations sont aujourd'hui pulvérisées par leur description en miettes.

Plancke, L. et Amariei, A. (2017). "Les hospitalisations longues en psychiatrie." Rev Epidemiol Sante Publique **65**(1): 9-16.

Position du problème : Les hospitalisations longues en psychiatrie posent problème de par la désocialisation des patients et les coûts qu'elles induisent. Méthodes : Les variables individuelles concernant les personnes hospitalisées de 16 ans et plus résidant dans la région française du Nord-Pas-de-Calais ont été extraites d'une base médico-administrative sur les séjours psychiatriques à temps complet en 2011-2013. Nous avons calculé la part des personnes ayant connu un séjour d'une durée au moins égale à 292 jours durant la période de l'étude. Une analyse bivariée a été réalisée, puis des caractéristiques écologiques (sur l'offre de soins, la défavorisation et la taille des communes de résidence) ont été introduites dans un modèle de régression multiniveaux, en vue d'identifier les facteurs associés à la variabilité des taux d'hospitalisation psychiatrique au long cours. Résultats : Au total, 2,6% des personnes hospitalisées en psychiatrie ont connu au moins un séjour de 292 jours ou plus durant la période d'étude ; les journées en séjours longs représentaient 22,5% des journées d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie. L'analyse bivariée a montré que l'ancienneté dans le dispositif psychiatrique est fortement corrélée au taux d'hospitalisation longue. Dans le modèle multiniveaux, les variables individuelles les plus associées à l'augmentation du risque d'hospitalisation longue sont la dépendance totale (OR=9,0. IC95% : 6,7-12,2), un diagnostic principal de trouble de développement psychologique (OR=9,7. IC95% : 4,5-20,6), de retard mental (OR=4,5. IC95% : 2,5-8,2), de schizophrénie (OR=3,0. IC95% : 1,7-5,2), le fait d'avoir eu une hospitalisation contrainte (OR=1,7. IC95% : 1,4-2,1) et une mesure d'isolement thérapeutique (OR=1,8. IC95% : 1,5-2,1). Les variations de taux d'hospitalisation longue selon le type d'établissement sont très élevées, mais la densité en lits d'hospitalisation ou l'intensité de l'activité ambulatoire des services ne sont pas liés à l'hospitalisation longue. Les habitants d'unités urbaines de petite taille connaissent significativement moins de risque d'hospitalisation longue que ceux des grandes agglomérations. Nous n'avons pas trouvé d'influence de la défavorisation matérielle ou sociale sur les séjours au long cours. Conclusion : L'hospitalisation longue en psychiatrie concerne peu de patients mais représente un cinquième des journées d'hospitalisation à temps complet. Les nouvelles générations de patients sont beaucoup moins exposées au risque de connaître des séjours longs.

Plancke, L., Amariei, A., Flament, C., et al. (2017). "La réhospitalisation en psychiatrie. Facteurs individuels, facteurs organisationnels." Santé Publique **29**(6): 829-836.
https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-6-page-829.htm

Position du problème : La réhospitalisation psychiatrique constitue souvent un critère pour apprécier les effets des traitements médicamenteux, des thérapies ainsi que ceux des changements d'organisation dans le système de soins. Elle est employée pour juger une rechute ou une décompensation. Le but de cette étude est de mesurer les taux de réhospitalisation et rechercher les facteurs individuels et organisationnels qui sont à l'origine de variations significatives. Méthodes : Les réhospitalisations psychiatriques ont été décrites à partir des séjours hospitaliers à temps complet enregistrés dans le Recueil d'informations médicalisé en Psychiatrie (RimP) en 2011 et 2012, concernant des personnes de 18 ans et plus, habitant dans le Nord et le Pas-de-Calais. Des probabilités de réhospitalisation, à différents intervalles de temps, ont été calculées selon la méthode d'analyse de survie de Kaplan-Meier et une analyse multivariée a été menée par le modèle de risques proportionnels de Cox. Résultats : Environ 30 000 personnes majeures ont été hospitalisées à temps complet en services de psychiatrie pendant la période d'étude. La probabilité de réhospitalisation à 24 mois est de 51,6 % (IC95 % : 50,8-52,3 %). Selon les résultats du modèle de Cox, la schizophrénie (F2 – HR = 1,72 – IC95 % : 1,61-1,84 – p < 0,0001) et les troubles de la personnalité (F6 – HR = 1,45 – IC95 % : 1,32-1,58 – p < 0,0001) sont les diagnostics les plus liés à la réhospitalisation. Celle-ci augmente avec la perte d'autonomie et est plus élevée dans les établissements privés non lucratifs (HR = 1,49 – IC95 % : 1,38-1,60 –

p < 0,0001).Conclusion : La réhospitalisation psychiatrique est un événement très fréquent, le risque de sa survenue étant lié non seulement à des facteurs individuels mais également organisationnels.

Robert, M., Leon, C. et Du Roscoat, E. (2017). "Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014." Evolutions(36)
http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/20000.pdf

Ce numéro exploite les données du Baromètre santé 2014 de Santé publique France concernant le suicide. Les résultats confirment l'importance du phénomène suicidaire en population générale et la nécessité d'actions de prévention ciblées et efficaces. En France, la mortalité par suicide et les tentatives de suicide donnant lieu à une hospitalisation sont étudiées à partir de données médico-administratives de surveillance. Les enquêtes barométriques constituent un complément indispensable à ces informations, puisqu'elles apportent des données de prévalences sur les pensées suicidaires et tentatives de suicide, représentatives de la situation en population générale. Elles permettent aussi de caractériser certains profils de vulnérabilité vis-à-vis de ces comportements. L'enquête 2014 montre par exemple que parmi les 15-75 ans interrogés, 4,9% déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année et 7,1% ont fait une tentative de suicide (TS) au cours de leur vie. Autre enseignement : plus de femmes que d'hommes déclarent des pensées suicidaires et des TS au cours de leur vie et les individus les moins favorisés (chômeurs ou inactifs, personnes à faible niveau d'études ou avec des difficultés financières, personnes isolées) sont surreprésentés. Par ailleurs les TS sont plus souvent le fait des jeunes et elles diminuent avec l'âge. Les pensées suicidaires concernent quant à elles davantage les 45-64 ans. L'enquête fait aussi le constat d'une augmentation de ces phénomènes entre 2010 et 2014, la prévalence passant de 4,0% à 4,9% pour les pensées suicidaires et de 0,5% à 0,8% pour les TS. Enfin, seules 53,0% des personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours de l'année en ont parlé à quelqu'un et 42,0% des hommes ayant fait une TS dans l'année ne sont pas allés à l'hôpital et n'ont pas été suivis par un professionnel.

2016

(2016). Les hospitalisations psychiatriques de longue durée, situation dans le Nord - Pas-de-Calais et focus sur la zone de Lens - Hénin-Beaumont. Lille Fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM) Nord - Pas-de-Calais Picardie
www.santementale5962.com/IMG/pdf/rapport_hospitalisations_psychiatriques_de_longue_duree_janvier_2016.pdf

Les hospitalisations psychiatriques de longue durée constituent une situation persistante, même si elles sont considérablement moins nombreuses qu'avant les années 1960. À partir du Recueil médicalisé d'informations en psychiatrie (RimP), les séjours à temps complet de 292 jours et plus ont été étudiés dans le Nord - Pas-de-Calais, avec un focus sur la situation de la zone de proximité de Lens – Hénin-Beaumont durant les années 2011-2013. Ils concernent 2,6% de la population hospitalisée à temps complet en psychiatrie, et représentent 22,5% des journées enregistrées dans la région et la période d'étude. Les analyses statistiques font apparaître de nombreuses variations significatives de ces taux : certaines sont liées à la situation du patient (présenter des troubles du développement psychologique, des troubles psychotiques …), alors que d'autres relèvent plus de l'organisation des soins ou des caractéristiques du lieu de résidence (taille de la commune, défavorisation …). L'étude suggère également l'existence d'une ancienne génération de patients, très désocialisés, et de patients entrés récemment à l'hôpital pour lesquels va être

très rapidement recherchée un retour à domicile ou une place en établissement médico-social. (Résumé de l'éditeur).

(2016). "Qualité des prises en charge et alternatives à l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie : étude de l'association entre la variabilité des critères illustrant la qualité des prises en charge et le niveau de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein." Revue Française Des Affaires Sociales(2): 227-252.

En France, le développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein (AHTP) en psychiatrie reste faible du fait d'une absence de consensus sur son bénéfice. Ce travail cherche à objectiver les variations des critères illustrant la qualité des prises en charge dans les secteurs français de psychiatrie générale et à mettre en évidence un lien éventuel entre ces variations et le niveau de développement des AHTP. Il s'agit d'une étude rétrospective, utilisant des données médico-administratives sur les prises en charge des patients en psychiatrie générale et des données d'enquêtes sur les établissements. Des variations importantes ont été observées pour les critères illustrant la qualité des prises en charge avec des coefficients de variation systématiquement supérieurs à 50%. Les résultats suggèrent que le niveau de développement des AHTP est en partie lié à cette variabilité : il existe en particulier une diminution significative de la durée moyenne de séjour et du taux d'hospitalisation à temps plein des patients pris en charge par le secteur avec le développement des AHTP. Des études complémentaires sont maintenant nécessaires pour approfondir ces premiers résultats.

Aissou, M., Danos, J. P. et Jolivet, A. (2016). Structurer les parcours de soins et de santé : politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé, Bordeaux : LEH Editions

Au cours des cinquante dernières années, le système de santé français a été construit autour de l'hôpital et des spécialités médicales pour les malades en phase aiguë. Ce système souffre d'importants cloisonnements, notamment avec le secteur médico-social ainsi qu'auprès des professionnels de santé de ville. Enfin, l'accès aux soins est loin d'être égalitaire sur le territoire français. Depuis bientôt une dizaine d'années et notamment avec la loi HPST, est apparue une autre manière de structurer notre système de santé. La montée en puissance de la notion de parcours de soins et de santé conduit à repenser notre système de santé et médico-social autour du patient et de ses besoins, dans un périmètre territorialisé. La stratégie nationale de santé intègre le vieillissement de la population et la prédominance des maladies chroniques et la nécessité de l'égalité d'accès aux soins. L'un des axes majeurs de la loi Santé est d'organiser les soins autour des parcours des patients et en garantir l'égal accès. Mais comment mettre en œuvre les nouvelles pratiques impliquées par cette loi inédite ? Cela revient à donner aux soins primaires et au médecin traitant un rôle pivot dans la gestion et l'accompagnement de ce parcours de soins et de santé. « L'organisation des soins doit être simplifiée, décloisonnée, recentrée autour du médecin traitant, articulant les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de parcours. » D'autre part, il s'agit de promouvoir des « prises en charge globales (promotion de la santé, éducation thérapeutique, dépistage, parcours pour maladies chroniques, handicap et perte d'autonomie, prise en charge de l'entourage, recherche coordonnée…) ». Pour beaucoup de professionnels du monde de la santé, il s'agit d'une révolution copernicienne qui implique de penser, d'organiser et d'agir autrement. Le présent ouvrage est conçu comme un mode d'emploi de la loi Santé pour sa partie concernant la structuration des parcours de soins et de santé. Élaboré par des consultants, il offre des méthodologies, des outils et des exemples de pratiques avancées.

Anap (2016). Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale. Méthodes et

outils pour les territoires. Paris Anap: 36.
www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-methodes-et-outils-pour-les-territoires/

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé introduit le concept de parcours comme fondement de l'organisation de la psychiatrie et la santé mentale. Le parcours doit répondre aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques et leurs aidants dans un ancrage territorial. Avec cette publication, l'ANAP propose une méthode et des outils pour permettre aux (nombreux) acteurs concernés de s'engager dans une construction collective des parcours en psychiatrie et santé mentale (résumé de l'éditeur).

ANESM (2016). Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques. Saint-Denis Anesm: 157.
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP-Handicap_psychique-Interactif-Mai_2016.pdf

Le handicap psychique se caractérise par :le caractère variable et intermittent des troubles ; le besoin d'un suivi médical régulier ; des capacités intellectuelles préservées, même si des troubles cognitifs sont souvent associés ; une incapacité, très souvent, de demander de l'aide de la part de la personne ; la stigmatisation liée à la méconnaissance et à la crainte qu'inspire le handicap psychique ; l'isolement et la rupture du lien social. L'ANESM a identifié les pratiques professionnelles à mettre en œuvre dans les établissements et services en vue de favoriser : la valorisation des potentialités des personnes et de leur citoyenneté ; leur inclusion sociale et l'amélioration de leur qualité de vie ; la prise en compte de leurs besoins spécifiques dans les différents domaines de la vie ; la prévention des ruptures de soin et/ou d'accompagnement et la personnalisation de leur parcours.

Benamouzig, D. et Ulrich, V. (2016). "Numéro spécial sur la psychiatrie : Avant-propos." Revue Française Des Affaires Sociales **6**(2): 7-280.
http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-2-page-7.htm

Bourdais, J. (2016). "Les temps longs de l'hospitalisation : enquête ethnographique dans un établissement privé de psychiatrie." Revue Française Des Affaires Sociales(2): 157-178.

Cet article se fonde sur une enquête ethnographique pour comprendre comment les ambiguïtés des politiques de "dés-hospitalisation" en psychiatrie peuvent contribuer à forger des expériences du temps d'hospitalisation. En partant du secteur hospitalier privé, assez peu étudié jusque-là quoique fortement spécialisé dans la prise en charge hospitalière à temps plein, on montrera que l'impression d'accélération du rythme des séjours, qui intéresse les professionnels, peut se combiner avec un allongement du temps d'hospitalisation, connu par les patients. Ce double phénomène invite à s'intéresser aux frontières que les acteurs dessinent entre leur propre hospitalisation et les autres temps sociaux dans lesquels ils sont inscrits.

Dannet, A. et Roelandt, J.-L. (2016). "La santé mentale en France et dans le monde. Dossier." Information Psychiatrique (L') **92**(9): 711-766.

Ce dossier propose une présentation très riche des principales réalisations et objectifs mis à la disposition du citoyen/usager/client que les auteurs ont décidé de continuer à désigner comme étant toujours un patient. Beaucoup de ces propositions ou réalisations sont potentiellement riches et porteuses d'amélioration des parcours de soins. Cependant et pour

prendre un exemple bien connu, il faut rappeler qu'il a fallu beaucoup de temps pour que les promoteurs des programmes de case management mis en place aux États-Unis, s'aperçoivent qu'ils s'étaient trop éloignés des dispositifs psychiatriques classiques à objectifs soignants.

Gandré, C., Thillard, J., Macé, J. M., et al. (2016). "Qualité des prises en charge et alternatives à l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie. Étude de l'association entre la variabilité des critères illustrant la qualité des prises en charge et le niveau de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein." Revue Française Des Affaires Sociales **6**(2): 227-252.
http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-2-page-227.htm

En France, le développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein (AHTP) en psychiatrie reste faible du fait d'une absence de consensus sur son bénéfice. Ce travail cherche à objectiver les variations des critères illustrant la qualité des prises en charge dans les secteurs français de psychiatrie générale et à mettre en évidence un lien éventuel entre ces variations et le niveau de développement des AHTP. Il s'agit d'une étude rétrospective, utilisant des données médico-administratives sur les prises en charge des patients en psychiatrie générale et des données d'enquêtes sur les établissements. Des variations importantes ont été observées pour les critères illustrant la qualité des prises en charge avec des coefficients de variation systématiquement supérieurs à 50 %. Les résultats suggèrent que le niveau de développement des AHTP est en partie lié à cette variabilité : il existe en particulier une diminution significative de la durée moyenne de séjour et du taux d'hospitalisation à temps plein des patients pris en charge par le secteur avec le développement des AHTP. Des études complémentaires sont maintenant nécessaires pour approfondir ces premiers résultats.

Peljak, D. (2016). "Empowerment en santé mentale : pour une évolution du droit sanitaire français." Revue Française Des Affaires Sociales(2): 75-88.

Sous l'influence des normes internationales et du juge, le législateur français a fait évoluer la loi en faveur de l'empowerment des personnes souffrant de troubles mentaux, en modifiant le rapport soignant/soigné : intervention systématique du juge des libertés pour les personnes hospitalisées sous contrainte (qui peuvent également saisir le contrôleur général des lieux de privation de liberté), obligation d'information et d'association du patient au programme de soins, évolution du régime des tutelles, reconnaissance de la notion d'éducation thérapeutique. Cependant, malgré certaines expériences très intéressantes et malgré les évolutions juridiques récentes en faveur de l'empowerment individuel, l'arsenal juridique français est largement limité aux questions d'hospitalisation sous contrainte, de tutelle et de libertés individuelles et demeure balbutiant au regard des expériences de terrain d'empowerment collectif. L'auteur souligne la nécessité de faire encore évoluer le droit codifié français par une reconnaissance législative ou réglementaire des structures visant à déstigmatiser la maladie et à mieux coordonner les acteurs de terrain (maisons de santé, conseil locaux de santé mentale.) ou en rendant plus perméables certaines frontières juridiques (voir séparation entre le sanitaire et le médico-social).

Zhu, J. M., Singhal, A. et Hsia, R. Y. (2016). "Emergency Department Length-Of-Stay For Psychiatric Visits Was Significantly Longer Than For Nonpsychiatric Visits, 2002–11." Health Affairs **35**(9): 1698-1706.
http://content.healthaffairs.org/content/35/9/1698.abstract

Despite increases in the use of emergency department (EDs) for mental health care, there

are limited data on whether psychiatric patients disproportionately contribute to ED crowding. We conducted a retrospective analysis using a national database of ED visits in the period 2002–11 to describe trends in median and ninetieth-percentile length-of-stay for patients with psychiatric versus nonpsychiatric primary diagnoses. Psychiatric patients who visited the ED were transferred to another facility at six times the rate of nonpsychiatric patients. Median lengths-of-stay were similar for psychiatric and nonpsychiatric patients among those who were admitted to the hospital (264 versus 269 minutes) but significantly different for those who were admitted for observation (355 versus 279 minutes), transferred (312 versus 195 minutes), or discharged (189 versus 144 minutes). Overall, differences in ED length-of-stay between psychiatric and nonpsychiatric patients did not narrow over time. These findings suggest deficiencies in ED capacity for psychiatric care, which may necessitate improvements in both throughput and alternative models of care.

2015

Bauduret, J. F.(2015). Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale - Première approche. Paris Anap
http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/les-parcours-des-personnes-en-psychiatrie-et-sante-mentale-premiere-approche/

La notion de « parcours en psychiatrie et santé mentale » est récente et elle est peu encore usitée. L'Anap a voulu mettre en exergue cette dimension du « prendre soin », qui implique aussi bien les patients eux-mêmes, les familles, les aidants, les soignants du sanitaire et du médico-social et les acteurs de l'environnement social. Ce travail a pu se faire en identifiant 5 portes d'entrée dans le parcours, qui impliquent et interrogent l'ensemble des acteurs : L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ; Les hospitalisations inadéquates ; L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ; L'accès aux soins somatiques ; La prévention et la gestion des situations de crise. Partant de cette approche, plusieurs constats ont été réalisés, dont par exemple : La régulation séparée des secteurs sanitaire, médico-social et social est une entrave à la visibilité des parcours ; La non-demande de nombreux patients ; Le handicap psychique est une réalité encore méconnue des professionnels du sanitaire et médico-social ; La faiblesse des outils de mesure fait obstacle à une objectivation du service rendu. Des propositions ont été élaborées qui permettent aussi bien de tenir compte de la complexité des problématiques, que d'aider au questionnement concret des acteurs. Ce document est complété par les outils créés lors de l'accompagnement des ARS pilotes (résumé de l'éditeur).

Gobillot, C. et Claudel, H. (2015). "Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) : une solution de facilité ? Étude descriptive rétrospective réalisée aux urgences du Centre hospitalier Le Vinatier." Information Psychiatrique (L') **91**(4): 339-347

La loi du 5 juillet 2011 introduit de nouvelles pratiques dont la possibilité d'hospitaliser un patient sans son consentement, en cas de péril imminent, sans demande d'un tiers et avec un seul certificat médical : il s'agit des soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI). Si l'admission en soins psychiatriques en l'absence de tiers et en cas de péril imminent est décrite dans la littérature, son utilisation et ses conséquences potentielles sont peu interrogées. (introd.).

Hardy-Bayle, M. C. (2015). Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique. Versailles Centre de Preuves en Psychiatrie et en Santé Mentale

http://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2015/11/Rapport_donnees_preuves_ameliorer_parcours_soins_vie_handicap_psychique_201509.pdf

Ce rapport met l'accent sur comment améliorer le parcours de soin et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique. Selon le cahier des charges établi, il présente l'état de l'art sur la base de l'analyse des données de la littérature (établir un état de l'art hiérarchisé intégrant l'ensemble des données utiles à l'amélioration des pratiques), interpréter ces données à la lumière de la pertinence clinique, et confronte ces données à l'état réel des pratiques.

Lin, E., Or, Z., Coldefy, M., et al. (2015). Medical practice variations in mental health and addictions care. In : Medical Practice Variations., Berlin : Springer Verlag: 1-41.
http://link.springer.com/referencework/10.1007/978-1-4899-7573-7

This chapter provides an overview of the practice variations in care delivery for mental health and addictive disorders and some of the system-level funding and structural factors that contribute to such variation. Practice variations are described for five populations, along with their expected clinical picture and service needs : Children and adolescents, The elderly, Severe mental illness, Mild/moderate illness, Substance use disorders. These variations occur in a system-level climate which has been transformed over the past decades because of a fundamental change in how appropriate care is defined. Specifically, Western countries have been shifting from institutional to more community-based care – a process labeled "deinstitutionalization." National differences in how services are funded and organized in light of deinstitutionalization are described. Pending gold-standard outcome indicators such descriptions allow more in-depth examination of what the potential drivers for system change are and how different funding and structure configurations might be compared and evaluated.

2014

Coldefy, M. (2014). "Analyser le recours aux soins psychiatriques à partir du système d'information sur les établissements de santé : intérêts et limites." Série Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees(129): 31-35.
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt129.pdf

Coldefy, M. et Nestrigue, C. (2014). "L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale." Questions d'Economie de la Santé (202): 1-8.
http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/202-l-hospitalisation-au-long-cours-en-psychiatrie-analyse-et-determinants-de-la-variabilite-territoriale.pdf

Les hospitalisations au long cours en psychiatrie – d'un an ou plus, en continu ou non, et associées à une présence en hospitalisation l'année précédente – ont concerné près de 12 700 patients en 2011. Si ce poids est faible dans la file active – 0,8 % des patients pris en charge en établissements de santé –, il représente en revanche un quart des journées d'hospitalisation et un quart des lits. Quand une indication thérapeutique ne l'impose pas et dans un contexte tant de réduction des capacités d'hospitalisation que de durée moyenne de séjour et de développement des soins ambulatoires en psychiatrie, le maintien prolongé à l'hôpital interroge. À partir du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) et de nombreuses bases de données médico-administratives, cette étude vise à répondre à plusieurs questions : quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés au long cours

en psychiatrie ? Comment expliquer la variabilité territoriale du recours à ce type d'hospitalisation ? Quel est le rôle joué par l'organisation de l'offre de soins, de l'offre médicosociale et du contexte socio-économique dans ces disparités ?

Demailly, L. é. (2014). Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée. Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014. Lille Université de Lille 1**:** 86.
www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/RAPPORT%20FINAL_19_01_2015.pdf

Le programme analysé dans le présent rapport consiste à l'embauche, sur CDD renouvelables, d'ex–usagers de la psychiatrie, de personnes ayant eu ou ayant encore des troubles psychiques, rétablis ou en voie de rétablissement (suivant les termes officiels du programme), au nombre initial de 29, dans des services de psychiatrie publique, après qu'elles aient été stagiaires un an et qu'elles aient suivi parallèlement une formation de huit semaines (un DU de médiateur de santé pair à Paris VIII). Le programme a été financé, pour ce qui en est de la formation, par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et les quinze établissements hospitaliers concernés, pour les emplois, par trois Agences Régionales de Santé (Ile de France, Nord Pas de Calais et Provence-Alpes- Côte-d'Azur) et, pour ce qui est de la recherche évaluative qualitative, par la Direction générale de la santé. Le programme, selon ses promoteurs, devait en principe, après la phase expérimentale, être étendu par vagues successives à d'autres régions voire généralisé. Les MSP sont actuellement embauchés dans les hôpitaux sur statut d'adjoint administratif (catégorie C de la fonction publique). Le programme expérimental est dirigé par le CCOMS (Centre collaborateur OMS France pour la santé mentale), qui a pour objectif, au-delà de la création d'une nouvelle profession, la transformation des pratiques et des représentations des équipes de psychiatrie publique [d'après l'introduction].

Funk, M., Benradia, I. et Roelandt, J.-L. (2014). "Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale." L'information psychiatrique **90**(5): 331-339.
https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-5-page-331.htm

Les troubles mentaux touchent des centaines de millions de personnes. Lorsqu'ils ne sont pas traités, ces troubles engendrent un énorme tribut de souffrances, d'invalidité et de perte économique. Pourtant, malgré le potentiel de traiter avec succès les troubles mentaux, seule une petite minorité de ceux qui en ont besoin reçoivent le traitement le plus élémentaire. L'intégration des services de santé mentale dans les soins primaires est le moyen le plus viable de réduire l'écart de traitement et s'assurer que les personnes présentant un problème de santé mentale reçoivent les soins dont elles ont besoin. Dès 2001, l'Organisation mondiale de la santé a recommandé d'intégrer le traitement des troubles mentaux au niveau des soins primaires. Depuis, l'OMS a produit des outils et des guides afin d'accompagner et orienter les pays pour intégrer les soins des troubles mentaux à un système de soins primaires holistique, centré sur la personne.

Giordano, G., Neuberg, S. et Weber, F. d. (2014). Parcours de vie, parcours de soins : Évaluer le coût des prises en charge entre services d'accompagnement et secteurs psychiatriques. Paris ENS

Ce rapport fait suite à un projet de recherche inscrit dans le cadre plus large des travaux de l'équipe de la chaire «Handicap psychique et décision pour autrui. Cette recherche appréhende de façon qualitative les trajectoires des personnes souffrant de handicap psychique, accompagnées à la fois par un service médico-social de type SAVS ou SAMSAH, et par le secteur psychiatrique. Les outils médico-administratifs, centrés sur les parcours de soin

des personnes et largement structurés par des questions épidémiologiques, peinent à rendre compte de ces trajectoires. Dans un contexte de forte rationalisation des coûts et de territorialisation de l'action publique, la coordination des dispositifs et la traçabilité des parcours deviennent des enjeux politiques et par conséquent professionnels, importants. La loi 2005 sur le handicap, parce qu'elle a été interprétée comme reconnaissant le handicap psychique, a renforcé un discours politique et administratif critique du cloisonnement des filières sanitaires et sociales incitant à une plus grande coordination.

Hardy-Bayle, M. C. et Younes, N. (2014). "Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ?" Information Psychiatrique (L') **90**(5): 259-371.

L'article présente les données qui établissent l'insuffisante coopération entre les médecins généralistes (MG) et les psychiatres (Psy) et ses effets sur les soins des patients présentant un trouble psychique, à partir des données internationales et des particularités françaises. Il présente ensuite les dispositifs de soins partagés, dédiés à la coopération entre MG et Psy qui ont été développés dans les Yvelines Sud, à partir de l'enquête réalisée en 2000 sur le territoire par le Groupe de coopération sanitaire « RPSM 78 ». L'article expose leur mise en œuvre et leur fonctionnement basé sur des évaluations du dispositif. Les pratiques collaboratives posent la question des critères d'adressage du MG au psychiatre et comment promouvoir les conditions de coopération optimales entre MG et psy en utilisant les courriers échangés comme levier de changement. La recommandation « MG-Psy » secondairement labellisée par la Haute Autorité de la santé et parue en 2011 s'inscrit dans cette démarche. Les leçons tirées de l'expérience valident l'intérêt de développer des soins partagés entre MG et Psy. Les modalités pour y parvenir peuvent se décliner diversement selon les territoires, en tenant compte des organisations et des ressources existantes et des initiatives locales.

2013

Kunitoh, N. (2013). "From hospital to the community: the influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients." Psychiatry Clin Neurosci **67**(6): 384-396.

The aim of the present study is to clarify the influence of deinstitutionalization on discharged long-stay patients based on a review of recently published literature. English-language studies were searched from PubMed and Embase for the years 2000-2012, with the terms 'long-stay' or 'chronic mentally ill' and 'deinstitutionalis(z)ation' or 'community' or 'discharged' in the title and/or abstract. The present study defined long-stay as hospitalization >6 months. A total of 14 articles were identified. The majority of the participants suffered from schizophrenia. The most frequently assessed outcomes were social functioning, psychiatric symptoms and quality of life (QOL)/participant attitudes towards the environment. For social functioning, most of the studies found favorable changes. As regards psychiatric symptoms, stability or at least some improvements were detected. For QOL/participant attitudes towards the environment, positive changes, at least at some time-points, were noted. Significant deterioration was rare in all of the three outcomes. The majority of the participants showed enhancements in social functioning despite the fact that functional impairment is common in persons with schizophrenia, which indicates that even long-stay patients could achieve better functioning by deinstitutionalization. Although the stability in symptoms might be due to continuous schizophrenia course, moving to the community may also lead to improvement. The favorable changes in QOL/participants' attitudes towards the environment are in line with other studies.

Vigneron, E. et Haas, S. (2013). Les séjours longs du court-séjour. Une approche territoriale. Paris Fehap

Ce travail réalise une observation approfondie des séjours longs en MCO, de leur nombre, proportion et répartition selon les disciplines, établissements et territoires. Son premier résultat est de faire émerger des caractéristiques inattendues, particulièrement stimulantes au regard des présupposés associés à la notion de séjour long en milieu hospitalier. Naturellement, le cheminement de cette étude conduit à s'interroger sur la construction des bornes hautes qui, aujourd'hui, sont une composante discrète mais importante du fonctionnement de la tarification à l'activité (T2A). Il y a lieu de souligner à cette occasion que la T2A a été longtemps, et demeure pour une large part encore, une tarification à la durée moyenne de séjour. Le caractère adapté de ce mode de tarification pour de nombreuses activités hospitalières est aujourd'hui en débat dans le cadre des travaux du « pacte de confiance ». Par une approche territoriale, l'étude développe ensuite des analyses sur la dimension plus globale des parcours de soins et d'accompagnement des patients, le séjour long pouvant constituer également un clignotant de difficultés tant internes qu'externes aux établissements de santé publics, privés non lucratifs et de statut commercial, selon leurs activités, implantations et environnements.

2012

Azema, B., Clerget, F. (2012). "Le continuum de santé des personnes en situation de handicap psychique : étude réalisée dans les Pyrénées-Orientales." Informations CREAI Languedoc Roussillon (234)

Le CREAI LR a été missionné pour conduire des travaux de concertation ayant pour objet la proposition d'indicateurs de santé pertinents permettant de rendre compte de l'accès aux soins des personnes présentant des besoins de santé mentale, de leur parcours de vie et de la question des aidants. Ces travaux ont été conduits de manière participative durant les mois d'avril à juin 2010 dans le département des Pyrénées-Orientales qui a été retenue comme territoire de santé d'étude. Le présent rapport constitue un état des élaborations conduites dans les groupes de travail. Il est complété de quelques éléments de la littérature sur les thématiques qui ont pu être abordées au fil des débats. (RA)

Belkacem, M, D., Bled, D., Bosque, C., et al. (2012). Quelle place pour les conseils locaux de la santé mentale dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques ? Mémoire EHESP de Module Interprofessionnel (MIP. Rennes : EHESP

L'évolution des rapports sociaux et des droits des citoyens a progressivement modifié le regard porté par la société sur les personnes fragiles ou souffrant de handicaps psychiques. Cette transformation leur concédant des droits nouveaux vise à les inscrire au centre des dispositifs censés leur venir en aide, en qualité d'acteurs à part entière. Les Conseils locaux de Santé Mentale (CLSM), peu nombreux, sans cadre juridique affirmé, sont le plus souvent portés par la volonté des élus locaux, mais aussi par des professionnels de la psychiatrie. Ces structures répondent souvent à des besoins dans les champs de la santé, la sécurité publique ou l'insertion dans la cité. Elles rassemblent des élus locaux, des professionnels, mais aussi des usagers et des associations représentatives. Faute de moyens et de critères indiscutables, les CLSM ne bénéficient pas encore d'évaluations fiables et généralisées. Les incitations publiques actuelles ont pour objectif de favoriser leur développement. Quand elles fonctionnent bien, ces structures souples, ouvertes à la diversité des acteurs et des

problématiques locales garantissent la place et la pluralité d'identité des partenaires. Cependant, la question se pose de la nécessité ou non de généraliser les CLSM, au risque de réduire les moyens octroyés aux dispositifs existants, ou de normaliser inutilement cette approche originale de soutien aux personnes en difficultés psychosociales. (R.A.)

Berthe, J. (2012). La coopération, un moyen d'améliorer la prise en charge de la santé mentale sur le territoire : l'exemple des centres hospitaliers de Charles-Perrens et de Cadillac. Master EHESP Pilotage des politiques et des actions en santé publique - PPASP.

Les centres hospitaliers de Charles-Perrens et de Cadillac sont éloignés de quarante kilomètres sur le département Girondin. Ils se partagent avec le CH de Libourne la prise en charge de la santé mentale sur le territoire de santé Bordeaux-Libourne. Les secteurs définis par la circulaire du 15 mars 1960 ainsi que la contrainte économique qui pèse sur les établissements de santé ne permettent plus d'assurer une prise en charge optimale des patients souffrant de troubles psychiatriques sur le territoire. La coopération s'est ainsi imposée, entre les deux établissements, comme un levier permettant, par différents mécanismes, d'améliorer la prise en charge de la santé mentale sur la zone. Au travers de la mise en œuvre de conventions spécifiques dans les domaines des urgences, de l'addictologie et des adolescents, le CHCP et Cadillac souhaitent optimiser la prise en charge des patients psychiatriques. Par l'instauration de systèmes permettant de mutualiser certaines de leurs ressources, ils souhaitent coordonner leur prise en charge pour lisibiliser et fluidifier le parcours de soins de leurs patients respectifs. Au vu des objectifs finaux développés et attendus par les deux partenaires, une coopération plus formelle, allant au-delà de simples conventions n'est certainement pas à écarter pour l'avenir. (R.A.)

Coldefy, M., Nestrigue, C. et Or, Z. (2012). Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie. Les rapports de l'Irdes ; 1896. Paris IRDES
http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1896.pdf

Malgré des sources riches et de mieux en mieux renseignées, la production de connaissances sur les populations suivies en psychiatrie bute encore sur la complexité d'utilisation des données. Cette étude vise à vérifier dans quelle mesure les sources de données actuelles - la Statistique annuelle des établissements (SAE), mais également les plus récentes, le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) et les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY) - permettent l4analyse de la diversité des pratiques en psychiatrie. Cette étude de faisabilité porte ainsi sur deux pathologies traceuses, la dépression et la schizophrénie, pathologies majeures dans la prise en charge psychiatrique. Elle mobilise les données du Rim-P 2010. Après un rapide panorama de l'état des connaissances en matière de variabilité des pratiques, nous présentons le Rim-P, ses concepts et définitions, et étudions son exhaustivité et la qualité du chaînage des séjours et actes pour un même patient. Nous faisons ensuite le point sur l'identification possible des patients pris en charge pour troubles dépressifs et schizophréniques à travers l'analyse de leurs épisodes et parcours de soins, ainsi que sur les limites et biais du Rim-P pour observer les disparités des prises en charge. Enfin, nous suggérons des pistes d'analyse des disparités des pratiques en psychiatrie en proposant des indicateurs mobilisables, des échelles d'analyse pertinentes ainsi que des facteurs potentiellement explicatifs de ces disparités.

2011

Denes, D., Gohier, B. et Richard-Devantoy, S. (2011). "Les unités médico-psychiatriques : les soins partagés en santé mentale." Santé Publique(6): 167-174.

Cet article décrit le fonctionnement d'une unité hospitalière originale, couplant approche somatique et psychiatrique sous rubrique générique d'une Unité Médico-Psycho-Sociale (UMPS) implantée au sein du CHU d'Angers depuis 1996. L'intérêt de la structure est de proposer une approche pluridisciplinaire, somatique et psychiatrique dans un même lieu de soins. Ce type d'unité, fondée sur un fonctionnement mixte et à binôme confirmé est peu représenté, tant en France qu'à l'étranger. La fréquence de la co-morbidité somatique et organique conduit pourtant à les considérer comme une réponse innovante aux difficultés rencontrées lors de ces prises en charge

2010

Coldefy, M. (2010). De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France. Paris Université de Paris 1 Panthéon Sorbonne, Université de Paris 01. Ecole Doctorale de Géographie. FRA. **Thèse de doctorat de géographie**
http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/TheseMagaliColdefyAsileVille.pdf

Le développement de la psychiatrie française est fortement marqué territorialement, depuis les grandes structures asilaires du XIXe siècle à la politique de sectorisation, qui a inscrit la désinstitutionalisation (soit la fermeture de lits d'hospitalisation et l'ouverture de structures implantées dans la communauté) dans un cadre territorial. Le développement des services de santé mentale au plus proche du lieu de vie du patient, dans le sillage de la désinstitutionalisation, est un processus avec de nombreuses implications géographiques. Malgré la forte dimension spatiale des politiques de soins en santé mentale en France, le champ de la recherche de la géographie des soins psychiatriques est très peu développé en France, comparé aux autres pays occidentaux. Cette recherche analyse, tout d'abord, la localisation des services de santé mentale du XIXe siècle à nos jours, démontrant l'extrême difficulté d'achever les ambitions politiques initiales de la politique de sectorisation. Les critères administratifs, économiques et sociaux, ainsi que des pratiques d'exclusion, ont souvent dépassé les objectifs cliniques. En combinant approches qualitatives, analyses à l'échelle nationale et locale, cette recherche propose une lecture spatiale de l'histoire de la psychiatrie française institutionnelle et ouvre un large champ de recherches potentielles en France (Résumé d'auteur).

2009

Petitjean, F. (2009). "The Sectorization System in France." International Journal of Mental Health **38**(4): 25-38.
http://www.jstor.org/stable/41345300

[Since the 1960s, French public mental health services have been organized in sectors, with each sector team providing mental health care for a mean population of 54,000 inhabitants. This organization is aimed at providing continuity of care for patients from an identified area. The reduction in the number of hospital beds has been more progressive in France than in the United States and other European countries. In 2000, there were 9.4 beds for 10,000 inhabitants over 20 years old. The sectorization system has shown its efficacy in terms of access to care and continuity of care for severe mental illness. It is now challenged by a growing demand expressed by society in a context of restricted funding and by the difficulties generated by a programmed decrease in the number of psychiatrists. The last mental health program published by the Ministry of Health in 2005 identified the areas in

which improvement must be made and gave precise figures for resources to be provided to achieve those aims.]

2008

Green, C. A., Polen, M. R., Janoff, S. L., et al. (2008). "Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness: STARS study results." Psychiatr. Rehabil. J **32**(1): 9-22.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18614445

OBJECTIVE: Recommendations for improving care include increased patient-clinician collaboration, patient empowerment, and greater relational continuity of care. All rely upon good clinician-patient relationships, yet little is known about how relational continuity and clinician-patient relationships interact, or their effects on recovery from mental illness. METHODS: Individuals (92 women, 85 men) with schizophrenia, schizoaffective disorder, affective psychosis, or bipolar disorder participated in this observational study. Participants completed in-depth interviews detailing personal and mental health histories. Questionnaires included quality of life and recovery assessments and were linked to records of services used. Qualitative analyses yielded a hypothesized model of the effects of relational continuity and clinician-patient relationships on recovery and quality of life, tested using covariance structure modeling. RESULTS: Qualitative data showed that positive, trusting relationships with clinicians, developed over time, aid recovery. When "fit" with clinicians was good, long-term relational continuity of care allowed development of close, collaborative relationships, fostered good illness and medication management, and supported patient-directed decisions. Most valued were competent, caring, trustworthy, and trusting clinicians who treated clinical encounters "like friendships," increasing willingness to seek help and continue care when treatments were not effective and supporting "normal" rather than "mentally ill" identities. Statistical models showed positive relationships between recovery-oriented patient-driven care and satisfaction with clinicians, medication satisfaction, and recovery. Relational continuity indirectly affected quality of life via satisfaction with clinicians; medication satisfaction was associated with fewer symptoms; fewer symptoms were associated with recovery and better quality of life. CONCLUSIONS: Strong clinician-patient relationships, relational continuity, and a caring, collaborative approach facilitate recovery from mental illness and improved quality of life

2007

(2007). La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques, Paris : La documentation française
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_mentale_2007-2.pdf

Cet ouvrage collectif dresse un état des lieux de la prise en charge de la santé mentale en France, à partir des données statistiques disponibles Ces dernières sont en effet nombreuses en France, mais elles sont dispersées et parfois difficilement accessibles. Pour la première fois, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques-(Drees) rassemble et met à disposition des données issues de différentes sources, contribuant à améliorer la connaissance de l'offre de soins des professionnels, des patients pris en charge en psychiatrie (4e de couverture)

Brun-Rousseau, H. (2007). La prise en charge des patients hospitalisés au long cours dans la région

d'Aquitaine : les apports d'un système d'information régionalisé. Partie 2 : Santé mentale. . Paris : La documentation française.

Duhamel, B. (2007). Les "inadéquations" d'hospitalisation au long cours en psychiatrie : stratégie d'établissement et actions institutionnelles autour de l'exemple de l'EPSM Montperrin. Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital. Rennes : EHESP

Les établissements publics de santé mentale rencontrent depuis de nombreuses années deux problèmes majeurs corrélés : un phénomène de tension quant à la gestion des lits d'hospitalisation complète réputés insuffisants et une augmentation constante des "séjours longs" considérés pour beaucoup comme des "inadéquations" d'hospitalisation liées au manque ou à l'absence de réponses sociales et/ou médico-sociales adaptées à des patients atteints d'un handicap psychique. Les "inadéquations" d'hospitalisation au long cours en psychiatrie constituent une problématique aux multiples facettes dont la résolution passe par des phases d'identification, d'évaluation des besoins, de réflexion quant à ses enjeux stratégiques et de proposition en terme d'amélioration de la qualité des prises en charge dispensées dans un contexte donné. Les réponses apportées par les EPSM face à la question des "inadéquations" d'hospitalisation sont donc toutes différentes et très dépendantes de leur environnement, de leur histoire, de leur organisation et de leur projet d'établissement. Qu'il s'agisse de développer des solutions d'amont ou d'aval aux hospitalisations complètes, les établissements hospitaliers ont l'occasion à travers ce chantier d'ouverture au champ médico-social de re-questionner leur organisation de l'offre de soins pour tendre à une inscription pérenne dans le champ de la santé mentale déployé en réseaux de santé et filières de soins. Il en va donc des missions et de la responsabilité du directeur d'hôpital que de transformer la "contrainte" des hospitalisations "inadéquates" en opportunité de repositionnement stratégique de son établissement sur son territoire de santé. (R.A.).

Robert, D. (2007). "Évaluer l'activité en psychiatrie : un essai de typologie des parcours de soins." Santé Publique(3): 203-215.

Évaluer l'activité psychiatrique sectorisée est un enjeu contemporain, mais rendu complexe par la diversité des pathologies et des organisations structurelles de soin. Un recueil de données existe depuis plus de 15 ans, insuffisamment exploité. Le Département d'Information Médicale a tenté une analyse typologique des trajectoires de soins des patients. Cette analyse montre que les éléments de prédictibilité de la charge en soins ne tiennent pas tant à la pathologie qu'à l'organisation des services qui la prennent en charge

Verdoux, H. (2007). "The current state of adult mental health care in France." Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci **257**(2): 64-70.

Since the 1960s, French public mental health services are organised in "sectors", each sector catering for a mean population of 54,000 inhabitants. Although this organisation was aimed at insuring equal access to care whatever the place of residence, there are still huge disparities in number of staff and bed resources from one sector to another. The reduction in the number of hospital beds started later in France than in most other European countries, and was really effective in the 1990s. In 2000, there were 9.4 beds for 10,000 inhabitants aged over 20 years. Hospital-based care has still an overwhelming importance, and is associated with a marked under-development of community services and lack of sheltered housing for the most disabled patients. With more than 13,000 registered psychiatrists in France, the density of psychiatrists is one of the highest in the world. However, French psychiatry has currently to face a structural crisis due to the reduction in public health budgets, as well as to the reduction of 30% in the number of French psychiatrists over the

next two decades. The numerous national programmes aimed at renovating French mental health services, published over the last decade, have not yet kept their promises.

2006

Eudier, F., Gault, S., Batt-Moillo, A., et al. (2006). "Diminution des répétitions suicidaires grâce à une réorganisation des soins psychiatriques dans un service d'accueil-urgences : étude de deux cohortes." Presse Médicale (La): 759-763.

Résultats d'une étude visant à évaluer l'impact d'une nouvelle organisation des soins psychiatriques, dans un service d'accueil-urgences (SAU), sur la répétition des tentatives de suicide (TS). Celle-ci a été réalisée sur la base d'un suivi de deux cohortes de suicidants admis au SAU du centre hospitalier et universitaire de Rennes pendant l'année 1994 et l'année 2000

Kannas, S. (2006). Aspects de l'articulation entre sanitaire, médico-social et social en psychiatrie et en santé mentale (Patients adultes). Mémoire ENSP de Module Interprofessionnel (MIP**).** Rennes : EHESP

Depuis les années 1970, le secteur sanitaire et les secteurs social et médico-social répondent à des logiques et à des organisations distinctes, sur les plans juridique, financier et aussi culturel. La psychiatrie souffre tout particulièrement du défaut d'articulation entre ces différents secteurs, dans la mesure où elle se situe précisément entre "tentation médicale" et "tentation sociale" (G Swain). En quoi l'articulation entre les champs sanitaire, médico-social et social en psychiatrie et en santé mentale, peut-elle impacter la prise en charge du patient, les financements, les identités professionnelles des différents acteurs et leurs représentations ? Ce cloisonnement met en difficulté l'institution psychiatrique dans la mesure où une part non négligeable de personnes hospitalisées le sont à temps complet et au long cours en psychiatrie alors qu'elles relèveraient en réalité d'un autre mode de prise en charge, en établissement médico-social ou à domicile avec un suivi psychiatrique. L'expression "hospitalisations inadéquates" tend à qualifier ce phénomène. La prise en charge dont ont besoin ces patients suppose des compétences sociales et éducatives, et non pas exclusivement sanitaires. Par ailleurs, leur présence réduit les capacités d'hospitalisation pour les patients aigus. Le problème des hospitalisations inadéquates se pose particulièrement dans le département de l'Eure, où le taux de patients adultes stabilisés encore hospitalisés à défaut de solutions alternatives s'élèverait à 40% environ, soit un pourcentage bien supérieur à la moyenne nationale (28%). L'Eure souffre en effet d'une démographie médicale défavorable, d'un nombre insuffisant de places dans les établissements sociaux et médico-sociaux, d'une réticence de ces structures à accueillir des patients en souffrance psychique et d'une méconnaissance réciproque entre professionnels du secteur sanitaire et des secteurs social et médico-social. Quel est le degré d'identification du problème par les acteurs dans l'Eure ? Quelles sont les possibilités et la réalité de réponses aux inadéquations en psychiatrie dans ce département ? Ce phénomène semble n'être que partiellement identifié par les acteurs rencontrés dans l'Eure (psychiatres, DDASS, ARH, Conseil Général de l'Eure, direction du CHS de Navarre). Leur définition de l'inadéquation n'est pas homogène, selon qu'ils considèrent par exemple le motif ou la durée de l'hospitalisation. Cependant, une amorce de réponse est apportée depuis quelque temps, sous l'impulsion de dispositions juridiques récentes, dont la loi du 11 février 2005, le Programme Régional de Santé Publique - volet Santé Mentale et le SROS 3. Les réponses apportées sur le terrain se font essentiellement à l'initiative des pouvoirs publics. Ainsi, la DDASS a-t-elle lancé un appel à projet pour la création de trois MAS, dont une dédiée aux

patients en souffrance psychique. Le CHS s'est pour sa part engagé dans une diversification des compétences professionnelles (éducateurs spécialisés, aides médico-psychologiques) au service des patients stabilisés présents au long cours dans ses murs. Afin d'améliorer l'articulation entre sanitaire, social et médico-social et d'apporter des réponses au problème des hospitalisations inadéquates, il semblerait souhaitable de développer et diversifier les alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie, d'informer et former les personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux, de mettre en œuvre des réseaux, des coopérations et des partenariats entre les champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et de créer une unité spécialisée pour les patients au long cours au moment de la réorganisation des établissements en vue de la constitution des pôles. (R.A.).

2005

Coldefy, M. (2005). "Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France." Etudes Et Résultats(443)

La prise en charge de la santé mentale en France relève à la fois des secteurs libéral, hospitalier et médico-social. Au 1er janvier 2004, la France compte près de 14 000 psychiatres en exercice (libéraux ou salariés), soit 22 psychiatres pour 100 000 habitants. Le secteur hospitalier propose 59 625 lits d'hospitalisation complète et 26 418 places en hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, soit 140 lits ou places pour 100 000 habitants. Le secteur médico-social participe lui aussi à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, en leur proposant un accompagnement au quotidien. Cette étude présente les disparités départementales de ces différents segments de la prise en charge et tente de les synthétiser à travers la construction d'une typologie des départements. Quatre configurations des modes de prise en charge de la maladie mentale à l'échelle départementale sont ainsi mises en évidence selon l'importance et la nature des différents segments de l'offre proposée

Demailly, L. et Bresson, M. (2005). Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques : rapport final

Malgré la volonté affichée des professionnels comme des politiques, la majorité des fonctionnements dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques restent fortement cloisonnés. Le premier objectif de ce rapport est de comprendre de manière fine quelles sont actuellement les formes que prennent les résistances au décloisonnement, les refus de coordination ou de coopération, leur ampleur et leurs causes. Le second objectif concerne, à l'inverse, les facteurs qui favorisent le décloisonnement et la globalité d'une prise en charge coordonnée. Les deux premiers chapitres de ce rapport définissent le champ de l'étude quant à sa délimitation conceptuelle et sa délimitation géographique. Les chapitres suivants présentent les résultats selon les angles d'analyse choisis : mode de coordination, mode de collaboration, réseaux informels et coopérations fragmentaires, existence de dispositifs passerelles (dispositifs interstitiels, polyvalents ou dispositifs réseaux), participation des usagers

2004

Cougnard, A., Kalmi, E., Desage, A., et al. (2004). "Pathways to care of first-admitted subjects with psychosis in South-Western France." Psychol. Med **34**(2): 267-276.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14982132

BACKGROUND: A limited number of studies have assessed the pathways to care of patients with first-episode psychosis. The aim of the study was to describe the pathways to care of subjects with psychosis between onset of psychosis and first admission, and to examine the demographic and clinical factors influencing access to care. METHOD: Number and type of helping contacts since onset of first psychotic symptoms were assessed using multiple sources of information in 86 subjects with psychosis first-admitted in two hospitals of South-Western France. Characteristics independently associated with long delays between onset of symptoms and first helping contact, first treatment and first admission were explored using logistic regressions. RESULTS: Twelve per cent of subjects were first admitted without any previous helping contact. The patients were seen by a median of two helpers (maximum 7). For most patients (70%), the first helping contact was a health care professional, and the same proportion of patients had a first contact with a GP or a psychiatrist. The type of first contact was not predicted by demographic or clinical characteristics. Subjects with poor pre-morbid functioning or at-risk behaviour were more likely to have a delayed access to care. CONCLUSIONS: The delay in access to care may not be totally attributed to inadequate management by health professionals, but may be a characteristic of the disease itself, at least in part independent of the organization of the health system

Etiemble, J. (2004). Une expertise collective pour promouvoir le dépistage précoce des troubles mentaux de l'enfant. Revue Française des Affaires Sociales
Psychiatrie et santé mentale - Innovations dans le système de soins et de prise en charge, Paris : Ministère de la santé**:** 15-33.

Une expertise collective de l'INSERM, réalisée à la demande de la CANAM en 2001-2002, présente une analyse exhaustive des données épidémiologiques, neurobiologiques et cliniques sur les troubles suivants : autisme, hyperactivité, troubles obsessionnels compulsifs, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles du comportement alimentaire, schizophrénie. L'objectif de cette expertise était de définir les modalités d'un repérage ou dépistage précoce des signes d'appel permettant de poser sans délai un diagnostic et de mettre en place les prises en charge et préventions adaptées à chacun des troubles. Répondant en cela à leurs attentes, les recommandations issues de cette expertise sont largement reprises par les associations de familles de jeunes patients. Cette expertise a mis l'accent sur : l'évolution des concepts définissant les troubles mentaux comme anomalies des processus développementaux et de la plasticité cérébrale ; la prise en compte des interactions entre facteurs génétiques et facteurs environnementaux dans la constitution des troubles ; l'apport des nouveaux outils tels que l'imagerie morphologique et fonctionnelle pour objectiver les anomalies ; la nécessité de comprendre la maturation normale du cerveau et les interactions entre ses différentes régions impliquées dans les fonctions cognitives et émotionnelles. Cette vaste mise à jour pluridisciplinaire des connaissances intégrant la compréhension des fonctions mentales s'inscrit bien dans une démarche transversale indispensable aux recherches futures

2003

Benetier, M. P. (2003). Les patients en hospitalisation complète en psychiatrie en Aquitaine : admissions du 1er au 14 octobre 2000 : caractéristiques du séjour hospitalier et de la prise en charge d'amont et d'aval. ERMS-ARH

À partir des résultats d'une enquête réalisée en Aquitaine auprès des établissements aquitains disposant de lits d'hospitalisation en psychiatrie, pour l'année 2000, cette étude

décrit le profil des patients admis en hospitalisation complète, leur adéquation à la structure en amont et en aval de l'hospitalisation, d'évaluer les difficultés signalées par les professionnels de santé pour la prise en charge hospitalière de ces patients.

Ravelo De Tov, A. (2003). "Le réseau promotion en santé mentale des Yvelines sud." Revue Hospitalière De France(492): 42-45.

Tout acteur du système de santé est animé d'une conviction forte : qu'il participe directement ou indirectement à l'amélioration de l'état de santé de la population, notion vaste et complexe ouvrant sur un champ qui comporte des aspects multiples, prévention, éducation, soins, réhabilitation, recherche. La santé mentale est très représentative de cette approche multidimensionnelle : la politique de secteur a été une modalité d'action technique et politique tout à fait novatrice. Elle s'est cependant, au fil du temps, enfermée et peut-être isolée sur une position défensive, cloisonnée, fermée aux autres acteurs de la santé mentale. La politique de réseau voudrait introduire de nouvelles relations et liens entre professionnels pour mieux coordonner l'action et améliorer l'accès aux soins. Une telle ambition trouve une application privilégiée en santé mentale. L'hôpital peut-être un acteur dans cette refonte progressive de l'offre de soins psychiatrique

2001

(2001). Itinéraires des déprimés : réflexions sur leurs trajectoires en France : rapport d'experts et document de synthèse.
www.sfmu.org/upload/consensus/re_depression%20itin.pdf

Basé sur une revue de la littérature rigoureuse, ce rapport est le résultat de la réflexion d'un groupe d'experts (psychiatres, enseignants, médecins omnipraticiens) sur la dépression , qui concerne près de 3 millions de personnes en France (Credes, 1996). L'objectif de cette étude était double : analyser l'itinéraire des déprimés et leur trajectoire en France ; proposer des recommandations pour améliorer la prise en charge des déprimés

Schizophrénie et dépression : une grande hétérogénéité des parcours

Dépression et schizophrénie : définitions et épidémiologie

La dépression est un trouble caractérisé de l'humeur résultant de l'interaction de multiples facteurs psychologiques, biologiques et socio-environnementaux. Elle se distingue de la déprime par la durée et l'intensité des symptômes, la souffrance induite et le retentissement sur le fonctionnement dans la vie quotidienne. La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues en France : 3 millions de personnes en seraient affectées. Concernant le parcours de soins des personnes atteintes de dépression, elles recourent tout d'abord au médecin généraliste (21 %), puis aux psychiatres (13 %) et psychologues libéraux (7 %)[22]. Néanmoins si le recours aux établissements de santé est moindre[23], la dépression constitue le premier motif de recours aux soins des établissements psychiatriques. Parmi les 1,5 millions d'adultes suivis en psychiatrie en 2011 dans les établissements de santé français, près d'un sur cinq l'était pour dépression. Si la prise en charge des patients restait peu connue, la mise en place en 2007 du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) permet désormais de pallier à ce manque.

La schizophrénie est un trouble psychiatrique sévère et très invalidant appartenant à la catégorie des psychoses délirantes chroniques. Débutant généralement à l'adolescence, elle se caractérise par une rupture de contact avec le monde environnant, un retrait de la réalité et une perte autistique. Ses principales manifestations sont des délires, des hallucinations visuelles ou auditives, des perturbations du cours de la pensée et de l'affectivité à long terme… Avec le temps, elle devient chronique et entraîne un handicap psychologique majeur. Elle touche 1 à 2 % de la population en France, soit environ 400 000 personnes[24]. La prise en charge de la schizophrénie est très différentes d'un établissement de santé à l'autre, car les phases de cette maladie réclament une large gamme de modalités de prise en charge : depuis l'hospitalisation à temps plein aux différentes prises en charge à temps partiel ou en ambulatoire[25].

2018

Gigonzac, V., Delézire, P., Khireddine-Medouni, I., et al. (2018). "La dépression dans la population active occupée en France en 2017. Baromètre santé 2017." Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH)(32-33): 645-652.

Objectifs : décrire la prévalence de la dépression chez les actifs occupés en France métropolitaine et étudier les associations entre l'exposition à certains facteurs professionnels et la dépression, à partir des données du Baromètre santé 2017. Méthodes : les données étudiées concernent 14 520 actifs occupés. Les épisodes dépressifs caractérisés (EDC) ont été mesurés à l'aide du questionnaire standardisé CIDI-SF. La prévalence des EDC a été décrite notamment selon la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité. Des régressions logistiques multivariées ont été effectuées pour tester l'association entre les facteurs professionnels étudiés (expositions à des facteurs psychosociaux au travail et évènements professionnels indésirables) et l'EDC. Résultats : le taux de prévalence d'EDC parmi les actifs occupés était de 8,2%. Les femmes présentaient une prévalence deux fois plus élevée que les hommes (11,4% vs 5,3%). Les taux de prévalence étaient significativement différents chez les hommes selon le secteur d'activité. Les secteurs les plus touchés étaient l'hébergement et la restauration ainsi que les activités financières et d'assurance. Quel que soit le sexe, les facteurs professionnels étudiés étaient associés à un risque plus élevé de présenter un EDC. Discussion-conclusion : cette étude apporte un nouvel éclairage sur la dépression dans la population active française. Le milieu du travail étant un

[22] Coldefy, M. et Nestrigue, C. (2013). "La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé." Questions d'Economie de la Santé (Irdes)((191)
[23] [23] Lamboy, B., Leon, C. et Guilbert, P. (2007). "Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005." Rev Epidemiol Sante Publique **55**(3)
[24] [24] HAS (2007). Guide affection de longue durée n° 23 schizophrénies. Saint-Denis : HAS
[25] [25] Coldefy, M. et Nestrigue, C. (2015). "La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011." Questions d'Economie de la Santé (Irdes)()(206)

environnement favorable pour développer des actions de promotion et de prévention en santé mentale, ces résultats devraient permettre d'orienter des actions de prévention notamment dans les secteurs d'activité les plus touchés.

Jestin, E., Launay, J. d., Cestera, P., et al. (2018). "Repérer l'épisode dépressif caractérisé en médecine générale." Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques **14**(4): 187-191.

Les médecins généralistes sont en première ligne pour la prise en charge de la dépression mais le repérage des patients concernés est parfois complexe. Le test à deux questions d'Arroll est recommandé pour ses très bonnes performances pour le repérage des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) en soins premiers dans différents pays anglo-saxons. Mais ce test, dont l'utilisation était recommandée par l'ANAES dès 2002, n'a pas encore été validé en français. Son utilisation permettrait de mieux repérer les EDC, préalable à la mise en place de démarches diagnostique et thérapeutique adaptées. L'objectif de notre étude était de mesurer les qualités métrologiques du test à deux questions d'Arroll traduit en français, dans le repérage de l'EDC en médecine générale.

Linder, A., Widmer, D., Fitoussi, C., et al. (2018). "Les médecins généralistes face à la « dépression chronique ». Représentations et attitudes thérapeutiques." Revue Française Des Affaires Sociales(4): 239-258.
https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-4-page-239.htm

Partant du constat que les représentations d'une maladie influent sur la prise en charge que les médecins en proposent, une équipe de recherche multidisciplinaire s'est intéressée aux représentations et à la prise en charge de la dépression chronique par les médecins généralistes, au moyen de focus groups. Dans un premier temps, nous présentons les types de patients qui sont décrits par les médecins généralistes lorsqu'est évoquée la dépression chronique. Dans un second temps, nous nous intéressons aux savoir-faire et aux savoir-être qui sont déployés par les généralistes pour faire face à ces situations complexes. Enfin, nous interrogeons la place qu'occupent les antidépresseurs dans la prise en charge de cette maladie. Il apparaît que la prise en charge proposée par les généralistes relève davantage d'un cadre conceptuel de médecine générale – qui pourrait s'appliquer à différents troubles psychiques ou psychosomatiques – que d'une compréhension spécifique de la dépression chronique.

2017

ANSM (2017). État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, Saint-Denis : ANSM

Une diminution modérée de la consommation des benzodiazépines est observée en France depuis ces trois dernières années. Bien que le niveau en 2015 soit le plus bas que l'on ait observé depuis 2000, le nombre de français consommant une benzodiazépine reste encore trop élevé, en particulier chez les plus de 65 ans. Aussi, il demeure nécessaire de continuer à mobiliser l'ensemble des professionnels de santé et de renforcer l'information des patients sur les risques liés aux benzodiazépines tout en gardant à l'esprit que, bien utilisées, elles sont des médicaments indispensables dans l'arsenal thérapeutique.

Filipovic-Pierucci, A., Samson, S., Fagot, J. P., et al. (2017). "Estimating the prevalence of depression associated with healthcare use in France using administrative databases." BMC Psychiatry **17**(1): 1.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28049496

BACKGROUND: Quantitative indicators are needed in order to define priorities, plan policies and evaluate public health interventions in mental health. The aim of this study was to assess the contribution of a large and exhaustive French national administrative database to study and monitor treated depression by comparing the prevalence and characteristics of the population using significant healthcare resources for depression as identified by different estimation methods and sources and to discuss the advantages and drawbacks of these methods. METHODS: This study included the French population covered by the main health insurance scheme in 2012 (Regime general, 86% of the insured French population). Data were extracted from the French health insurance claim database (SNIIRAM), which contains information on all reimbursements, including treatments and hospital stays in France. The following distinct sources of the SNIIRAM were used to select persons with depression: diagnoses of long-term or costly conditions, data from national hospital claims and data concerning all national health insurance reimbursements for drugs. RESULTS: In 2012, we included 58,753,200 individuals covered by the main health insurance scheme; 271,275 individuals had full coverage for depression; 179,470 individuals had been admitted to a psychiatric hospital and 66,595 individuals admitted to a general hospital with a diagnosis of depression during a 2-year timeframe and 144,670 individuals had more than three reimbursements for antidepressants during the study year (with a history of hospitalisation for depression during the past 5 years). Only 16% of individuals were selected by more than one source. CONCLUSIONS: We propose an algorithm that includes persons recently hospitalised for depression, or with a history of hospitalisation for depression and still taking antidepressants, or with full coverage for depression as a specific long-term or costly condition, yielding a prevalence estimate of 0.93% or 544,105 individuals. Changes in the case selection methodology have major consequences on the frequency count and characteristics of the selected population, and consequently on the conclusions that can be drawn from the data, emphasizing the importance of defining the characteristics of the target population before the study in order to produce relevant results.

HAS (2017). Guide affection de longue durée n° 23 schizophrénies : actualisation. Saint-Denis : HAS.
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_565630/fr/ald-n23-schizophrenies

Nestrigue, C., Coldefy, M. et Mousques, J. (2017). "Une hétérogénéité des hospitalisations pour dépression liée aux parcours de soins en amont." Questions d'Economie de la Santé (228)
http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/228-une-heterogeneite-des-hospitalisations-pour-depression-liee-aux-parcours-de-soins-en-amont.pdf

Selon l'Enquête santé européenne (EHIS-ESPS), la prévalence estimée de la dépression en France est de 7 %, soit près de 4 millions de personnes âgées de 15 ans ou plus. En 2012-2013, 200 000 primo-hospitalisations pour un épisode dépressif ont été recensées dans les établissements de santé (Sniiram apparié aux données hospitalières). Ces épisodes hospitaliers sont décrits à travers une typologie en 9 classes. Celles-ci mettent en évidence l'hétérogénéité des prises en charge, la fréquence des hospitalisations en service de médecine plutôt qu'en psychiatrie et leur caractère souvent « non programmé ». Ainsi, 1 primo-hospitalisé sur 10 n'a pas eu de suivi en ambulatoire avant cet épisode hospitalier, surtout parmi les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), les jeunes et les personnes très âgées. Un psychiatre a été consulté par 3 patients hospitalisés sur 10 et plus de la moitié des patients a eu une délivrance d'antidépresseurs en amont de l'hospitalisation. L'analyse se concentre ensuite sur 5 classes afin d'étudier le parcours de soins des patients à travers les recours en ambulatoire aux médecins généralistes et aux psychiatres le semestre précédant l'hospitalisation.

OMS (2017). Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates, Genève : OMS
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf

This booklet provides latest available estimates of the prevalence of depression and other common mental disorders at the global and regional level, together with data concerning the consequences of these disorders in terms of lost health. Reliable, up-to-date estimates of the proportion of a general population affected by different diseases or health conditions is a key ingredient of effective health policy, planning and evaluation.

Pisarik, J., Rochereau, T. et Celant, N. (2017). "État de santé des Français et facteurs de risque. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale 2014." Questions d'Economie de la Santé)(223)
http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/223-etat-de-sante-des-francais-et-facteurs-de-risque.pdf

Près d'un tiers de la population métropolitaine âgée de 15 ans ou plus déclare que son état de santé est assez bon, mauvais ou très mauvais, d'après les premiers résultats de l'Enquête santé européenne EHIS-ESPS 2014, menée auprès des ménages ordinaires (hors institution). Près de 40 % évoquent un problème de santé chronique et un quart une limitation dans les activités du quotidien. Ces indicateurs d'état de santé varient fortement selon les catégories socio-professionnelles, au détriment des catégories défavorisées, en particulier les ménages d'ouvriers non qualifiés. Presque une femme sur dix et un homme sur vingt présentent des symptômes dépressifs, qui s'accentuent à partir de 75 ans, et touchent particulièrement les ménages d'employés. Avec 7 % de personnes concernées, la France se situe dans la moyenne européenne. Parmi les facteurs de risque, l'excès de poids concerne 46 % de la population métropolitaine, le surpoids 31 % et l'obésité 15 %, soit moins que la plupart des autres pays européens participant à l'enquête. En revanche, 28 % des personnes fument, dont 22 % quotidiennement, soit un taux de fumeurs supérieur à la moyenne des pays européens. Ces deux facteurs de risque varient fortement selon les catégories socio -professionnelles, au détriment, notamment, des ménages d'ouvriers.

Quantin, C., Collin, C., Frerot, M., et al. (2017). "[Study of algorithms to identify schizophrenia in the SNIIRAM database conducted by the REDSIAM network]." Rev Epidemiol Sante Publique **65 Suppl 4**: S226-S235.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28576380

BACKGROUND: The aim of the REDSIAM network is to foster communication between users of French medico-administrative databases and to validate and promote analysis methods suitable for the data. Within this network, the working group "Mental and behavioral disorders" took an interest in algorithms to identify adult schizophrenia in the SNIIRAM database and inventoried identification criteria for patients with schizophrenia in these databases. METHODS: The methodology was based on interviews with nine experts in schizophrenia concerning the procedures they use to identify patients with schizophrenia disorders in databases. The interviews were based on a questionnaire and conducted by telephone. RESULTS: The synthesis of the interviews showed that the SNIIRAM contains various tables which allow coders to identify patients suffering from schizophrenia: chronic disease status, drugs and hospitalizations. Taken separately, these criteria were not sufficient to recognize patients with schizophrenia, an algorithm should be based on all of them. Apparently, only one-third of people living with schizophrenia benefit from the longstanding disease status. Not all patients are hospitalized, and coding for diagnoses at the hospitalization, notably for short stays in medicine, surgery or obstetrics departments, is not

exhaustive. As for treatment with antipsychotics, it is not specific enough as such treatments are also prescribed to patients with bipolar disorders, or even other disorders. It seems appropriate to combine these complementary criteria, while keeping in mind out-patient care (every year 80,000 patients are seen exclusively in an outpatient setting), even if these data are difficult to link with other information. Finally, the experts made three propositions for selection algorithms of patients with schizophrenia. CONCLUSION: Patients with schizophrenia can be relatively accurately identified using SNIIRAM data. Different combinations of the selected criteria must be used depending on the objectives and they must be related to an appropriate length of time.

2016

Fagot, J. P., Cuerq, A., Samson, S., et al. (2016). "Cohort of one million patients initiating antidepressant treatment in France: 12-month follow-up." Int J Clin Pract **70**(9): 744-751.

AIMS: Previous studies have shown that the recommended minimum 6-month period for antidepressant treatment is actually observed for only a minority of patients. The objectives of this study were to characterise patients with newly prescribed antidepressant treatment in France and identify factors possibly associated with insufficient duration of treatment or the occurrence of certain events such as sick leave, hospitalisations and suicide attempts. METHODS: Data were extracted from the French health insurance database (SNIIRAM) and the national hospitalisation database (PMSI) for patients covered by the main French health insurance scheme representing 75% of the French population. Patients were included if they had a newly prescribed antidepressant in 2011, but no prior psychiatric diagnosis identified in the databases and no significant psychiatric medication (such as antipsychotic or mood stabiliser) in 2009-2010. RESULTS: A total of 998 710 patients (2% of the overall population), with a mean age of 50 years and 66% of females, initiated an antidepressant in 2011, which was prescribed by a general practitioner in 89% of cases. Five generic names, including three selective serotonin reuptake inhibitors, accounted for 75% of first prescriptions. Only one reimbursement was observed for 40% of patients. Treatment duration was less than 6 months for more than 80% of patients, more frequently for low income earners, and varied according to age, gender and region. The median time lag between first visit and antidepressant initiation was 27 days. Hospitalisation related to a psychiatric disease over the following 12 months was observed for 3% of patients. CONCLUSION: Duration of treatment and follow-up were both insufficient for the majority of French patients initiating antidepressant treatment in 2011, which may reflect poor quality of care for people with mood or anxiety disorders, possibly because of overdiagnosis and inappropriate drug treatment, or poor adherence and side effects, or poor follow-up.

Kennedy, S. H., Lam, R. W., McIntyre, R. S., et al. (2016). "Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments." Can J Psychiatry **61**(9): 540-560.

BACKGROUND: The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) conducted a revision of the 2009 guidelines by updating the evidence and recommendations. The scope of the 2016 guidelines remains the management of major depressive disorder (MDD) in adults, with a target audience of psychiatrists and other mental health professionals. METHODS: Using the question-answer format, we conducted a systematic literature search focusing on systematic reviews and meta-analyses. Evidence was graded using CANMAT-defined criteria for level of evidence. Recommendations for lines of

treatment were based on the quality of evidence and clinical expert consensus. "Pharmacological Treatments" is the third of six sections of the 2016 guidelines. With little new information on older medications, treatment recommendations focus on second-generation antidepressants. RESULTS: Evidence-informed responses are given for 21 questions under 4 broad categories: 1) principles of pharmacological management, including individualized assessment of patient and medication factors for antidepressant selection, regular and frequent monitoring, and assessing clinical and functional outcomes with measurement-based care; 2) comparative aspects of antidepressant medications based on efficacy, tolerability, and safety, including summaries of newly approved drugs since 2009; 3) practical approaches to pharmacological management, including drug-drug interactions and maintenance recommendations; and 4) managing inadequate response and treatment resistance, with a focus on switching antidepressants, applying adjunctive treatments, and new and emerging agents. CONCLUSIONS: Evidence-based pharmacological treatments are available for first-line treatment of MDD and for management of inadequate response. However, given the limitations of the evidence base, pharmacological management of MDD still depends on tailoring treatments to the patient.

Li, R., Ma, X., Wang, G., et al. (2016). "Why sex differences in schizophrenia?" Journal of translational neuroscience **1**(1): 37-42.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29152382

Clinical observation shows that men and women are different in prevalence, symptoms, and responses to treatment of several psychiatric disorders, including schizophrenia. While the etiology of gender differences in schizophrenia is only partially understood, recent genetic studies suggest significant sex-specific pathways in the schizophrenia between men and women. More research is needed to understand the causal roles of sex differences in schizophrenia in order to ultimately develop sex-specific treatment of this serious mental illness. In the present review, we will outline the current evidence on the sex-related factors interaction with disease onset, symptoms and treatment of schizophrenia, and discuss the potential molecular mechanisms that may mediate their cooperative actions in schizophrenia pathogenesis.

ONS (2016). Recueil numérique sur la thématique du suicide. Paris Observatoire National du Suicide.
http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recueil_numerique_suicide27012016.pdf

Ce recueil numérique propose une sélection bibliographique sur la thématique du suicide. Il est composé de références à des ouvrages, des études et des rapports, d'une part, et à des articles scientifiques, d'autre part. Il comporte également d'autres types d'informations en lien avec le suicide : des colloques, des sites Web institutionnels et associatifs et des émissions de radio et de télévision.

ONS (2016). Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. Paris Observatoire National du Suicide
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons

Avec près de 10 000 décès par an et plus de 200 000 tentatives, les conduites suicidaires restent une préoccupation majeure en France. Face à ces chiffres préoccupants, l'Observatoire national du suicide, créé en 2013, poursuit sa réflexion pour mieux comprendre et prévenir ce fléau de santé publique. Dans ce deuxième rapport, l'Observatoire s'attache à mettre en lumière les données et les actions de prévention, menées à un niveau national comme local, par les pouvoirs publics comme par les

associations. Il fait aussi le point sur les connaissances récentes concernant le rôle joué par les facteurs de risque et de protection du suicide. Il propose, enfin, les dernières statistiques disponibles et un suivi des recommandations énoncées dans le premier rapport. Celles-ci sont complétées par de nouvelles perspectives et pistes de réflexion. Paru en novembre 2014, le premier rapport avait établi un état des lieux des connaissance sur le suicide en décrivant les systèmes d'information, le programme national d'actions ainsi que les interventions auprès de populations spécifiques comme les personnes en milieu carcéral ou les agriculteurs. Il avait aussi permis d'identifier les zones d'ombre en matière de recherche, ce qui a conduit au lancement d'un appel à recherche en février 2015.

Quantin, C., Roussot, A., Besson, J., et al. (2016). "Étude des algorithmes de repérage de la dépression dans le SNIIRAM par le réseau REDSIAM." Revue Française des Affaires Sociales **2016**(2): 201-225.

2015

APA (2015). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3e édition. American Psychiatric Association.
https://www.guidelinecentral.com/summaries/practice-guideline-for-the-treatment-of-patients-with-major-depressive-disorder-third-edition/#section-date

Coldefy, M. et Nestrigue, C. (2015). "La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011." Questions d'Economie de la Santé (206)
http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/206-la-variabilite-de-la-prise-en-charge-de-la-schizophrenie-dans-les-etablissements-de-sante-en-2011.pdf

La schizophrénie, trouble psychique sévère et invalidant, touche 1 à 2 % des adultes en France, soit environ 400 000 personnes (HAS, 2007). Ses caractéristiques en font non seulement une des pathologies psychiatriques les plus lourdes en termes de souffrance pour les personnes qui en sont atteintes et leur entourage mais aussi la plus coûteuse pour la société : apparition précoce, évolution souvent chronique, fréquence des hospitalisations, intensité des soins, taux élevé d'incapacité et maintien dans l'emploi difficile. À partir des données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), cette étude a pour but d'apporter des connaissances sur cette population et sa prise en charge au sein des établissements de santé français. Après une présentation de la patientèle suivie en établissement de santé, sont observées les différences de prises en charge entre établissements. Ces dernières sont d'autant plus variées que les phases de cette maladie complexe réclament une large gamme de modalités de prises en charge : depuis l'hospitalisation à temps plein aux différentes prises en charge à temps partiel et en ambulatoire.

2014

Cnam (2014). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2015. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie. Paris : Cnam
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2015.pdf

Gidding, L. G., Spigt, M. G. et Dinant, G. J. (2014). "Stepped collaborative depression care: primary

care results before and after implementation of a stepped collaborative depression programme." Family Practice **31**(2): 180-192.
http://fampra.oxfordjournals.org/content/31/2/180.abstract

Background. Numerous intensive research projects to assess the effects of stepped collaborative care (SCC) for depressed patients have been reported in primary care, yet it is unclear how SCC is sustained in usual care. Objective. To assess how SCC for depression is actually being used and how it performs in usual primary care by studying medical data that are routinely collected in family practice, outside the research setting. Methods. Retrospective before and after comparison of electronic medical records (EMR) regarding the implementation of an SCC depression programme in a large primary care organization from 2003 to 2012. Depression care parameters included prevalences, minimal interventions, Beck Depression Inventory-2 (BDI-2), antidepressants, referrals to psychologists and psychiatrists and primary health care consumption. Results. After programme implementation, differentiation between levels of depression severity increased, more patients were treated with minimal interventions and more patients were monitored with BDI-2. These effects occurred in both nonseverely and severely depressed patients, although they were larger for patients registered as nonseverely depressed. Antidepressant prescription rates and referral rates seemed not to have been influenced by the SCC programme. Health care consumption of the depressed patients increased significantly. Conclusions. The depression care parameters changed to a different extent and at a different pace than after previous implementation initiatives. Future research should identify whether SCC uptake in primary care is best enhanced by intensive external guidance or by making care providers themselves responsible for the implementation. Analyses of EMR can be valuable in monitoring the implementation effects, especially after research projects are completed

HAS (2014). Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. Note de cadrage. Saint-Denis HAS**:** 36.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-ladulte-prise-en-charge-en-premier-recours-note-de-cadrage

Cette note de cadrage vise à présenter le projet d'actualisation des Recommandations de bonne pratique « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire » publiées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES-devenue la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2002. Cette actualisation est une autosaisine de la HAS. L'objectif de cette recommandation est d'améliorer le repérage, le diagnostic, et la prise en charge initiale d'un épisode dépressif caractérisé.

OMS (2014). Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Genève Editions de l'OMS**:** 93.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf

C'est la première fois que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie un rapport en la matière. Ce document rassemble les connaissances acquises dans le domaine afin de faciliter l'action immédiate. Il vise à accroître la prise de conscience du véritable enjeu de santé publique que représentent le suicide et les tentatives de suicide et à faire figurer la prévention du suicide en meilleure place dans les priorités mondiales de santé publique. Il a pour objectif d'encourager les pays à développer ou renforcer leurs stratégies globales de prévention du suicide selon une approche multisectorielle de la santé publique.

Watzke, B., Heddaeus, D., Steinmann, M., et al. (2014). "Effectiveness and cost-effectiveness of a guideline-based stepped care model for patients with depression: study protocol of a cluster-randomized controlled trial in routine care." BMC Psychiatry **14**(1): 230.

https://doi.org/10.1186/s12888-014-0230-y

Depression is a widespread and serious disease often accompanied by a high degree of suffering and burden of disease. The lack of integration between different care providers impedes guideline-based treatment. This constitutes substantial challenges for the health care system and also causes considerable direct and indirect costs. To face these challenges, the aim of this project is the implementation and evaluation of a guideline-based stepped care model for depressed patients with six treatment options of varying intensity and setting, including low-intensity treatments using innovative technologies.

2013

Chevreul, K., Charrier, N. et Durand-Zaleski, I. (2013). "Le coût de la schizophrénie : revue de la littérature internationale." Encephale (L') **39**(Suppl. 1): S49-S56.

Schizophrenia represents a major burden for patients, their families, healthcare systems and societies. The objective of this literature review is to document the economic burden of schizophrenia. The literature search was performed using the MEDLINE-PUBMED database and the following keywords: schizophrenia and cost, burden of disease, qaly or price. The grey literature search was performed using several databases (e.g. Banque de Données en Santé Publique) and the Google Scholar(®) web search engine. The studies that met the following criteria were included: published since 1998, written in English or French, studied OECD countries and presented costs data that were given in monetary terms. The costs data identified in the literature were classified into the following five main categories: cost for healthcare system, cost for social and medico-social system (medico-social system is a French specificity), cost for prison and legal systems, cost of informal care given by family, and cost associated with productivity losses. To improve comparability, costs were reported as a percentage of health care expenditures and as a per-ten-thousand of GDP (gross domestic product).Among the 201 articles identified as potentially relevant to the topic, nine were included in the literature review. Schizophrenia health care costs ranged from four (Ireland) to 140000 of GDP (Spain). Hospital care was the main health care cost driver but ranged from 19 (USA) to 92% (Belgium) demonstrating a great variability in treatment patterns. The costs for social and medico-social system ranged from 1.3 (Korea) to 13.80000 of GDP (USA) and the costs of informal caregivers ranged from 1.2 (Australia) to 12.70000 of GDP (Spain). The productivity losses associated with unemployment ranged from 6.2 (Australia) to 21.30000 of GDP (USA). The productivity losses associated with premature mortality ranged from less than 0.01 (Canada) to 3.850000 (Ireland). Among others factors, such as targeted population, the choice of valuation method between "Friction costs" and "Human Capital" could account for the heterogeneity of estimates. Median health care costs of schizophrenia represented 1.1% of total national health care expenditures. Productivity losses associated with morbidity constituted the major cost burden of schizophrenia. Valuation method, costs items, target populations and prevalence rates differed widely from study to study. Furthermore, the burden attributable to loss of quality of life was not estimated in the studies. Cost-of-illness studies of schizophrenia provide information about its burden on society. The external validity of such studies however is poor and justifies country-specific data collection.

Cnam (2013). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2014. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie. Paris : Cnam http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2014.pdf

Coldefy, M. et Nestrigue, C. (2013). "La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé." Questions d'Economie de la Santé (191)
http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/191-la-prise-en-charge-de-la-depression-dans-les-etablissements-de-sante.pdf

Les pathologies psychiatriques et les psychotropes représentent 22,6 milliards de dépenses, soit 16 % des dépenses totales de santé en 2011 (Cnamts, 2013). La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues en France, 3 millions de personnes en seraient affectées (Inpes, 2007). C'est le médecin généraliste auquel recourent le plus les personnes atteintes de dépression (21 %), devant les psychiatres (13 %) et psychologues libéraux (7 %). Et même si le recours aux établissements de santé pour dépression est moindre (10 % de personnes consultant - Inpes, 2007), la dépression constitue le premier motif de recours aux soins des établissements ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Parmi les 1,5 million d'adultes suivis en psychiatrie en 2011 dans les établissements de santé français, près d'un sur cinq l'est pour dépression. Si la prise en charge de ces patients restait peu connue, la mise en place en 2007 du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), utilisé ici, permet de pallier ce manque et d'apporter un premier éclairage national sur le sujet.

Fakra, E., Belzeaux, R., Pringuey, D., et al. (2013). "[Mixed states and schizophrenia]." Encephale **39 Suppl 3**: 139-144.

Because of their compilation of contrasted symptoms and their variable clinical presentation, mixed episodes have been withdrawn from the DSM. However, mixed states question not only the bonds between depression and mania, but also the distinction between bipolar disorders and schizophrenia. Indeed, doubts about the dichotomy introduced by Kraepelin between bipolar disorders and schizophrenia is as old as the nosolgy itself, as attest the later works of this author revealing his hesitations on his own classification. But findings here reviewed issued from recent technical advances, particularly in the imaging and genetic fields, offer a better understanding of the boundaries between these two disorders. Yet, when confronted to an acute episode, clinicians may find it challenging to distinguish a mixed state from a schizophrenic relapse. Indeed, there is no pathognomonic manifestation allowing to retain a diagnosis with confidence. The physician will therefore have to identify a pattern of signs, which will orient his assessment with no certainty. Thus, negative rather than affective or psychotic symptomatology appears to be useful in discriminating schizophrenia (or schizoaffective) disorders from mixed mania. However, a conclusion during this acute stage appears in definitive a formal exercise, first because the final diagnosis will only be ascertained once the symptoms are amended, and second because, according to our classifications, a mood episode, including mania and mixed mania, can be observed without ruling out the diagnosis of schizophrenia

Lelievre, F., Bournot, M. C., Tallec, A., et al. (2013). La prise en charge de la dépression en médecine générale dans les Pays de la Loire. Panel en médecine générale - 2010-2012 - Pays de la Loire; 5. Nantes ORS Pays de la Loire
https://www.santepaysdelaloire.com/ors/publications/la-prise-en-charge-de-la-depression-en-medecine-generale-dans-les-pays-de-la-loire-ndeg

La dépression est une pathologie fréquente en médecine générale. Selon le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, la majorité des praticiens des Pays de la Loire prennent en charge chaque semaine des patients pour un état dépressif. Différents aspects de leur pratique dans ce domaine apparaissent liés aux questions de disponibilité et de proximité des professionnels spécialisés en santé mentale. 80

% des médecins généralistes des Pays de la Loire considèrent en effet que l'accès à ces professionnels est difficile ou plutôt difficile sur leur zone d'exercice. Ce constat fait écho à des densités régionales en psychiatres et en psychologues très inférieures à la moyenne nationale, avec des situations particulièrement tendues dans les départements de Mayenne, Sarthe et Vendée.

Sinnema, H., Franx, G., Spijker, J., et al. (2013). "Delivering stepped care for depression in general practice: results of a survey amongst general practitioners in the Netherlands." Eur J Gen Pract **19**(4): 221-229.

BACKGROUND: Revised guidelines for depression recommend a stepped care approach. Little is known about the implementation of the stepped care model by general practitioners (GPs) in daily practice. OBJECTIVES: To evaluate the performance of Dutch GPs in their general practice regarding important elements of the stepped care model (identification, severity assessment and stepped care treatment allocation) shortly before the revised Dutch multidisciplinary guideline for Depressive Disorders was published. METHODS: Data was collected through a self-report questionnaire sent to 500 randomly selected GPs. Multivariate logistic regression analyses were employed to investigate whether GP-related characteristics were associated with GPs' self-reported performance. RESULTS: The study involved 194 GPs (response rate: 39%). Responses indicated that 37% paid systematic attention to depression identification, 33% used a screening instrument, and 63% determined the severity of newly diagnosed depression, generally without using an instrument. Most GPs (72%) indicated to allocate stepped care treatment to the majority of their patients newly diagnosed with depression. However, more than 40% indicated to start with antidepressants, either alone or in combination with psychotherapy. Assessing the severity of newly diagnosed depression and clinical experience were positively associated with allocating stepped care treatment. Structural collaboration with mental health professionals was positively associated with assessing severity. CONCLUSION: Delivering stepped care for depression in daily general practice could be further improved. Collaboration with mental health professionals and routine severity assessment of diagnosed depression are positively associated with allocating stepped care.

2012

Beck, F. et Guignard, R. (2012). "La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population." Santé de l'homme (La)(421): 43-45.

En population générale, selon le Baromètre santé de l'Inpes, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois apparaît stable entre 2005 et 2010. En revanche, la part de personnes qui présentent des troubles dépressifs mais qui n'ont pas utilisé les services d'un organisme, n'ont pas consulté un professionnel de la santé ou suivi une psychothérapie, a nettement baissé, passant de 63% en 2005 à 39% en 2010.

Dumesnil, H., Cortaredona, S., Cavillon, M., et al. (2012). "La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville." Etudes Et Résultats (Drees)(810)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-prise-en-charge-de-la-depression-en-medecine-generale-de-ville

Les deux tiers des médecins déclarent être confrontés fréquemment à des états dépressifs de leurs patients. Neuf sur dix s'estiment efficaces dans la prise en charge de la dépression et les trois quarts ont suivi une formation sur cette prise en charge. Les stratégies de prise en

charge de la dépression et leurs déterminants ont fait l'objet d'une enquête réalisée fin 2011 dans le cadre du panel de médecins généralistes de ville. La majorité des participants perçoivent les psychothérapies comme un traitement à part entière de la dépression et les jugent efficaces. Mais ils soulignent plusieurs freins à leur accès : coût, délais de rendez-vous, réticence des patients. Dans la prise en charge de la dépression, les médecins prescrivent rarement une psychothérapie seule, même dans les cas d'intensité légère, lors desquels elle est particulièrement recommandée. Deux tiers d'entre eux proposent des antidépresseurs, associés par près de la moitié des prescripteurs à une psychothérapie. Les choix de traitement semblent être influencés par les caractéristiques démographiques et personnelles des médecins et les caractéristiques sociodémographiques des patients, plus particulièrement lors de dépressions d'intensité légère.

Zeidler, J., Slawik, L., Fleischmann, J., et al. (2012). "The costs of schizophrenia and predictors of hospitalisation from the statutory health insurance perspective." Health Econ Rev **2**(1): 9.

BACKGROUND: The aim of the study was to determine the costs of treating schizophrenia from the perspective of the statutory health insurance, as well as the identification of predictors of hospitalisation of formerly stable schizophrenia patients. METHODS: Claims data for the years 2004-2006 were analysed. Patients who did not have to be treated in a hospital as a result of an ICD diagnosis F20 both in the year 2005 as well as also in 2006 were defined as stable patients. In contrast, those patients who had to be treated in a hospital in 2006 because of a diagnosis of schizophrenia were defined as unstable. In addition to the overall healthcare costs, the costs specific to schizophrenia were also analysed. Also, based on binary logistic regression analysis, predictors for hospital treatment were determined. RESULTS: 8497 stable and 1449 unstable patients were identified. The schizophrenia specific costs for stable patients were euro 1605 and the overall costs were euro 4029 in 2006, respectively. Unstable patients had indication-specific costs amounting to euro 12864 and overall health care costs of euro 16824. For unstable patients, the costs of hospital treatment were identified as being a substantial cost area. Predictors for a higher probability of hospital treatment were: female patients, at least one rehabilitation measure, at least one stay in hospital in 2004, and being co-morbid with substance abuse. In contrast, older patients, who were treated with concomitant medications, and if they received a continuous drug therapy in all quarters of a year had a lower probability of hospitalisation. In addition, an increased number of visits to a doctor reduced the probability of hospitalisation. The variable 'depot medication' were close to significance and the variable 'inability to work lasting more than six weeks' had, in contrast, no significant influence. CONCLUSIONS: The schizophrenia specific and overall health care costs of unstable patients were clearly higher than was the case with stable patients and mainly determined by inpatient hospital treatment. A range of potential predicting factors which can be extracted from routine claims data have a positive or negative influence on the probability of treatment in hospital.

2011

Caldas de Almeida, J. M. et Killapsy, H. (2011). Long-term mental health care for people for severe mental disorders. Bruxelles : Commission européenne.
http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf

Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Rodriguez, A., et al. (2011). "Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents." Psychiatr Serv **62**(2): 152-161.

OBJECTIVE: This study described use of services for a major depressive episode and determined factors associated with use in Spain, a country with universal access to care and a relatively low prevalence of depression. METHODS: Data were from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). ESEMeD-Spain was a cross-sectional, general population survey conducted with a representative sample of noninstitutionalized adults (N=5,473). The Composite International Diagnostic Interview was used, and 12-month use of services for a major depressive episode, types of services used, and receipt of minimally adequate treatment were assessed. RESULTS: Among the 247 respondents with a major depressive episode in the past 12 months, 59% reported any use of past-year services for their disorder; of this group, 76% reported receipt of any active treatment (from a health care or mental health professional). Among respondents with severe depression, 31% used no services. A higher likelihood of service use was found among those who were unemployed or too disabled to work (OR=4.9, CI=1.3-19), who had moderate depression symptoms (OR=3.2, CI=1.1-9.0), and who had one mental disorder comorbid with depression (OR=2.9, CI=1.2-7.0) or two or more such comorbid disorders (OR=4.1, CI=1.9-8.9). In the active treatment group, only 31.2% received treatment that was minimally adequate. CONCLUSIONS: There is a need in Spain to increase use of services for a major depressive episode, especially among certain population groups, such as women, and to improve adequacy of treatments. The role of specific factors, such as availability of services and of professionals, deserves further research.

2010

Abel, K. M., Drake, R. et Goldstein, J. M. (2010). "Sex differences in schizophrenia." Int Rev Psychiatry **22**(5): 417-428.

Evidence suggests sex differences in schizophrenia reflect differences in both neurodevelopmental processes and social effects on disease risk and course. Male:female incidence approximates 1.4:1 but at older onset women predominate. Prevalence differences appear smaller. Men have poorer premorbid adjustment and present with worse negative and less depressive symptoms than women, which may explain their worse medium term outcome according to a range of measures. Substance abuse is a predominantly male activity in this group, as elsewhere. Findings of sex differences in brain morphology are inconsistent but occur in areas that normally show sexual dimorphism, implying that the same factors are important drivers of sex differences in both normal neurodevelopmental processes and those associated with schizophrenia. There are sex differences in antipsychotic responses but sex-specific endocrine effects on illness and response to antipsychotics are potentially complex. Oestrogen's role as an adjunctive medication is not yet clear due to methodological differences between the few randomized controlled trials. Services that are sensitive to differences in gender can better meet their patients' specific needs and potentially improve outcome.

Briffault, X., Morvan, Y., Rouillon, F., et al. (2010). "[Factors associated with treatment adequacy of major depressive episodes in France]." Encephale **36 Suppl 2**: D59-72.

INTRODUCTION: Level of treatment inadequacy amongst people suffering from a major depressive episode (MDE) remains an important issue in the literature. Moreover, from a public health perspective, it's important to know how this situation can be improved. AIM OF THE STUDY: The objective of this study was to identify which factors are associated with adequate treatment for depression in France. A More specific objective was to investigate if being adequately treated is associated with the type of health care professionals consulted

and, furthermore, to test the specific effect of providers taking sociodemographic and clinical variables into account. METHOD: This study was carried out from the data of the Health Barometer 2005, a random survey on various health topics. Thirty thousand five hundred and fourteen individuals from 12 to 75 years old were interviewed by telephone from October 2004 to February 2005. Depressive disorders were assessed by a standardized tool (CIDI-SF) according to the classification of the DSM-IV (16,883 individuals had answered the questions of mental health: 60% of the individuals aged 15 or older). RESULTS: Levels of treatment adequacy are higher for women, more severe disorders, and for people living in Paris or Central Eastern regions. They are lower for students. Significant differences were found between types of professionals and levels of treatment adequacy. They are higher for psychiatrists than for psychologists and psychotherapists and higher than for general practitioners. Lowest levels of adequate treatment were found for depressed people who used services without considering this recourse being for "mental health reasons". There are also some significant differences in sociodemographic and clinical patient characteristics between health care professionals. The population of depressed people consulting without "mental health reasons" is older and less educated. The population of depressed people consulting a psychiatrist suffers from more severe disorders and is more educated than those consulting a general practitioner. The population of depressed people consulting a psychologist or a psychotherapist is younger and more educated. Taking sociodemographic and clinical variables into account, the probability of receiving an adequate treatment increases when using specialized care only, or conjointly with the primary care sector. To be retired and to be yet another "inactive" is associated with better treatment adequacy, as is living in Mediterranean, Paris or Central Eastern regions. Severe MDE also increases the probability of being adequately treated. DISCUSSION: Levels of treatment adequacy differ between health professionals, even when sociodemographic characteristics of their patients and the severity of their disorders are controlled; specialized care, in particular when associated with primary care use of services, is correlated with the highest rates of adequate treatments, and should therefore be recommended. Geographical areas are associated with adequation of treatments, but not with use of healthcare systems. This suggests that disparities in the organization of the healthcare systems and in the collaboration between professional might exist in the different areas.

Briffault, X., Morvan, Y., Rouillon, F., et al. (2010). "[Use of services and treatment adequacy of major depressive episodes in France]." Encephale **36 Suppl 2**: D48-58.

INTRODUCTION: Though depressive disorders are major problems of public health, general population data about use of services and treatment adequacy are scarce in France. The literature suggests that the percentage of people suffering from mental disorders who are adequately treated is low. AIM OF THE STUDY: The objective of this study was to estimate the 12-month use of services in the French general population suffering from major depressive episodes (MDE) and levels of treatment adequacy. METHOD: This analysis was conducted on data from the Health barometer 2005, an epidemiological survey concerning several health topics. Thirty thousand five hundred and fourteen individuals from 12 to 75 years old were interviewed by telephone from October 2004 to February 2005. Depressive disorders were assessed by a standardized tool, the CIDI-SF, according to DSM-IV classification. RESULTS: The mental health questions were answered by 16,883 individuals; i.e. by 60% of individuals aged 15 or older. One year prevalence of MDE was 7.8%. In this group, 58.2% used services in a 12-month period, though only 21% of the service users received adequate treatment. Amongst those who used services, 2/3 consulted health care professionals (i.e. 1/3 of people presenting a MDE). The remaining percentage - 21.4% - of people presenting a MDE used psychotropic drugs without mentioning any use of services for mental health problems. The vast majority of individuals with MDE who used services (34.6%

of those with MDE) consulted a professional trained to treat depression (general practitioner, psychiatrist, psychologist and psychotherapist). Only a small proportion (19.9%) of those consulting a professional went to a non-specialist professional as well; and even less (6%) consulted only a non-specialist professional. Amongst trained professionals, most consultations (61%, or 21.1% of the MDE group) concern general practitioners; another 38.4% (13.3% of the MDE group) involved psychiatrists; and 27.8% (9.6% of the MDE group) went to psychologists or psychotherapists. Amongst the psychologists and psychotherapists, most consultations were with psychologists (74.1%). The proportion with adequate treatment differed according to the type of professional. Consulting a general practitioner is associated with the lowest levels of adequate treatment (37.2%, and for general practitioners only, 21.5%). Consulting a psychiatrist is associated with higher proportions of adequate treatment (65.1%, and for consulting a psychiatrist only, 60.7%). Consulting both a general practitioner and a psychiatrist is associated with the highest levels of adequate treatment (79.7%). Antidepressants (ATD) are used far more frequently than psychotherapy (PT): 33.4% of individuals with MDE used ATD, and among the latter, 58.4% had also used anxiolytic drugs (AXL). Finally, 26.9% of the MDE group used AXL, 7.5% without any use of ATD. For PT, 10.8% used PT, and 8.1% used PT and ATD. DISCUSSION: Improving use of professionals and treatment adequacy are two primary objectives from a public health perspective. Since most adequately treated people used an antidepressant therapy (90%), and only 30% a PT, use of psychotherapeutic approaches might be improved. Moreover, levels of treatment adequacy are very low in people presenting an MDE who did not consult for "mental health reasons". Improving the recognition of symptoms of depression might contribute to better treatment adequacy.

HAS (2010). La prise en charge d'un trouble dépressif récurrent ou persistant. Vivre avec un trouble dépressif - Guide patient (ALD n°23). Guides patient
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/troubles_depression_web.pdf

Ce guide a pour objectif d'informer le patient admis en ALD, au titre d'un trouble dépressif récurrent ou persistant, sur les principaux éléments du traitement et du suivi. Il fournit également plusieurs sources d'informations complémentaires. Ce guide est remis par le médecin traitant et peut constituer un support de dialogue.

Lambert, M., Karow, A., Leucht, S., et al. (2010). "Remission in schizophrenia: validity, frequency, predictors, and patients' perspective 5 years later." Dialogues in clinical neuroscience **12**(3): 393-407.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20954433

In March 2005, the Remission in Schizophrenia Working Group (RSWG) proposed a consensus definition of symptomatic remission in schizophrenia and developed specific operational criteria for its assessment. They pointed out, however, that the validity and the relationship to other outcome dimensions required further examination. This article reviews studies on the validity, frequency, and predictors of symptomatic remission in schizophrenia and studies on patients' perspectives. These studies have demonstrated that the RSWG remission criteria appear achievable and sustainable for a significant proportion of patients, and are related to a better overall symptomatic status and functional outcome and, to a less clear extent, to a better quality of life and cognitive performance. However, achieving symptomatic remission is not automatically concurrent with an adequate status in other outcome dimensions. The results of the present review suggest that the RSWG remission criteria are valid and useful. As such, they should be consistently applied in clinical trials. However the lack of consensus definitions of functional remission and adequate quality of

life hampers research on their predictive validity on these outcome dimensions. Future research should therefore search for criteria of these dimensions and test whether the RSWG remission criteria consistently predict a "good" outcome with respect to functioning and quality of life.

Morin, T. (2010). "Mesurer statistiquement la dépression : enjeux et limites." Série Sources Et Méthodes - Document De Travail - Drees(9): 45.
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource-method09.pdf

Le terme de dépression associé à un état physique ou psychique de l'être humain est resté longtemps réservé à un usage spécialisé avec peu de répercussions hors du champ de la psychiatrie. Les années 70 voient la dépression émerger comme une « question de société ». Aujourd'hui, elle constitue un objet d'étude relativement neuf, encore en construction, soumis à controverses et disputé par différentes disciplines scientifiques ; notamment en termes de contours conceptuels. Pour autant, dans ce contexte, plusieurs outils statistiques permettent de mesurer la prévalence et le degré de la dépression. Ce document se propose de décrire les principaux outils statistiques de mesure de la dépression. Il s'agit d'analyser dans quelles perspectives ils sont élaborés, en quoi ils se distinguent les uns des autres et quelles sont les limites et enjeux sous-jacents.

Petitjean, F. (2010). "Les schizophrènes et le secteur." La Lettre du psychiatre(6): 2.
https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/16300.pdf.

2009

Chan Chee, Beck, F. Sapinho, D. et al. (2009). La dépression en France. Enquête Anadep 2005. Collection Etudes Santé. Saint-Denis INPES
http://inpes.santepubliquefrance.fr/nouveautes-editoriales/2009/la-depression-en-france.asp

Cet ouvrage s'appuie sur une enquête en population générale mise en œuvre par l'INPES et qui repose sur des indicateurs internationaux validés. Face aux difficultés épidémiologiques à cerner un phénomène tel que la dépression, les auteurs présentent en détail les méthodes et leurs limites, avant d'explorer les différents facteurs sociodémographiques associés à la dépression, ainsi que le recours au soin suscité par cette pathologie. Outre la volonté de renforcer les connaissances en termes de prévalence et de facteurs associés, cette enquête met également l'accent sur les représentations et les attitudes de la population générale face à la dépression. L'ouvrage dresse ainsi un état des lieux des opinions et perceptions du public pour accompagner la mise en place d'une politique de santé publique plus efficace, car mieux comprise (Résumé d'auteur).

Gasquet, I., Chartier, F., Techerny, L. S., et al. (2009). "Étude Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) France : étude observationnelle à 36 mois d'une cohorte de patients schizophrènes ambulatoires traités par antipsychotiques." Rev Epidemiol Sante Publique **57**(1): 25-32.

La prise en charge au long cours des patients schizophrènes suivis en ambulatoire demeure insuffisamment documentée. L'étude prospective européenne Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) apporte des informations sur une cohorte de patients schizophrènes suivis pendant trois ans. Méthodes : Il s'agit d'une étude d'observation prospective menée chez des patients souffrant de schizophrénie. Les patients devaient être traités par olanzapine ou un autre antipsychotique laissé au choix du prescripteur. Les

patients inclus étaient suivis en ambulatoire avec un suivi de trois ans. Les données recueillies comportaient les caractéristiques démographiques et cliniques des patients, ainsi que les caractéristiques de la maladie. La sévérité a été évaluée par la mesure de l'échelle d'impression clinique globale (CGI). Les paramètres d'efficience du traitement ont été le taux d'arrêt de traitement ainsi que, dans la population analysable, le taux de rémissions et de rechutes. Résultats : Les résultats présentés sont ceux de la cohorte française, constituée de 933 patients (62% d'hommes) recrutés entre mars et décembre 2001. L'âge moyen était de 37,1+/-11,5 ans. Le délai moyen entre le diagnostic et l'entrée dans l'étude était de 8,0+/-9,3 ans. Un quart des patients avaient un emploi rémunéré, moins d'un tiers vivaient en couple et la moitié habitaient un logement indépendant. Le score de CGI lors de l'entrée dans l'étude était de 4,5+/-1,0. Le taux d'arrêt de traitement antipsychotique a été de 42%. Une rémission (score de CGI=3 pendant 6 mois, sans hospitalisation) a été observée chez 63% des patients et 49% des patients ont présenté une rechute (survenue d'une hospitalisation ou aggravation du score CGI atteignant 4 ou plus) au cours des trois ans de suivi. Une tentative de suicide est survenue chez 60 patients (proportion cumulée de 7%). Conclusions : Les résultats confirment l'impact important des troubles schizophréniques. L'identification des facteurs de risque associés à l'interruption du traitement devrait permettre une meilleure prise en charge individuelle des patients

HAS (2009). Affections psychiatriques de longue durée. Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte. Guide médecin. Guides ALD.**:** 39.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/gm_ald23_troubles_depressifs_webavril2009.pdf

L'objectif de ce guide médecin est d'expliciter la prise en charge optimale des seuls patients dépressifs admis dans le cadre de l'ALD 23 : "Affections psychiatriques de longue durée". Ce guide se limite aux troubles dépressifs récurrents (après trois épisodes au moins) et aux troubles de l'humeur persistants et sévères (correspondant à un abaissement de l'humeur). Sont exclus : l'épisode dépressif isolé, la réaction dépressive brève, la réaction aiguë à un facteur de stress et la dysthymie légère, ainsi que les troubles dépressifs de l'enfant et de l'adolescent.

McGrath, J. J. et Susser, E. S. (2009). "New directions in the epidemiology of schizophrenia." Med J Aust **190**(4 Suppl): S7-9.

New primary data and systematic reviews have prompted the review of some long-held views about the epidemiology of schizophrenia. The incidence and prevalence of schizophrenia show prominent variation between locations. Males are more likely to develop schizophrenia than females (1.4 : 1). Migrant status, urban birth or residence, and advanced paternal age are associated with an increased risk of developing schizophrenia. Prenatal infection and nutrition are associated with an increased risk of schizophrenia. Individuals with schizophrenia have a 2-3-fold increased mortality risk compared with the general population. This differential mortality gap may have worsened in recent decades. Epidemiology is good for generating candidate exposures but poor at proving them. Cross-disciplinary projects between epidemiology and neuroscience may help us understand the pathways leading to schizophrenia.

NICE (2009). Depression in adults: recognition and management clinical guideline. Londres : National Institute for Health and Care Excellence.
https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/depression-in-adults-recognition-and-management-pdf-975742638037

Passerieux, C., Caroli, F. et Giraud-Baro, E. (2009). "Les personnes atteintes de schizophrénie et la rechute." Encephale (L') **35**(6): 394-399.
http://www.em-consulte.com/article/236550/les-personnes-atteintes-de-schizophrenie-et-la-rec

Dans la schizophrénie, la rechute est fréquente et intéresse plus d'un patient sur deux dans les deux ans qui suivent le premier épisode. Le vécu de la rechute par les patients et leur entourage a cependant été rarement étudié. Pour ce faire, une enquête a été réalisée auprès de 316 patients schizophrènes et de 82 de leurs proches : concernant la dernière rechute, seuls 4 % des patients et 7 % des proches citent spontanément l'arrêt du traitement comme cause de la rechute. Néanmoins, dans près de 40 % des rechutes, le patient reconnaît avoir arrêté ou ralenti son traitement juste avant d'être hospitalisé ; concernant le vécu de l'hospitalisation, 87 % des patients et 86 % des proches estiment que l'hospitalisation a été utile ; concernant la prévention de la rechute, 91 % des patients et 100 % des proches jugent important le faite d'éviter une nouvelle rechute. Cinquante-neuf pour cent des proches ont déclaré qu'il était difficile de vérifier la prise du traitement par le patient. Soixante-douze pour cent des proches ont estimé le traitement injectable rassurant, 69 % qu'il était plus simple qu'un traitement par voie orale. Ces résultats soulignent la sous-estimation du défaut d'observance dans les causes de la rechute et l'importance d'une prise en charge concertée du patient atteint de schizophrénie.

2008

McGrath, J., Saha, S., Chant, D., et al. (2008). "Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality." Epidemiol Rev **30**: 67-76.

Recent systematic reviews have encouraged the psychiatric research community to reevaluate the contours of schizophrenia epidemiology. This paper provides a concise overview of three related systematic reviews on the incidence, prevalence, and mortality associated with schizophrenia. The reviews shared key methodological features regarding search strategies, analysis of the distribution of the frequency estimates, and exploration of the influence of key variables (sex, migrant status, urbanicity, secular trend, economic status, and latitude). Contrary to previous interpretations, the incidence of schizophrenia shows prominent variation between sites. The median incidence of schizophrenia was 15.2/100,000 persons, and the central 80% of estimates varied over a fivefold range (7.7-43.0/100,000). The rate ratio for males:females was 1.4:1. Prevalence estimates also show prominent variation. The median lifetime morbid risk for schizophrenia was 7.2/1,000 persons. On the basis of the standardized mortality ratio, people with schizophrenia have a two- to threefold increased risk of dying (median standardized mortality ratio = 2.6 for all-cause mortality), and this differential gap in mortality has increased over recent decades. Compared with native-born individuals, migrants have an increased incidence and prevalence of schizophrenia. Exposures related to urbanicity, economic status, and latitude are also associated with various frequency measures. In conclusion, the epidemiology of schizophrenia is characterized by prominent variability and gradients that can help guide future research.

Sapinho, D., Chan Chee, C., Briffault, X., et al. (2008). "Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale : apports et limites des outils." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(35-36): 314-317.
http://www.invs.sante.fr/beh/2008/35_36/beh_35_36_2008.pdf

Les prévalences d'épisodes dépressifs majeurs (EDM) en population générale diffèrent selon les enquêtes. La version courte du « Composite International Diagnostic Interview » (CIDI-SF)

a été utilisée à moins d'un an d'intervalle dans deux enquêtes représentatives de la population française de 15 à 75 ans (2004-2005). La méthodologie était identique sauf pour la construction de la prévalence de l'EDM des 12 derniers mois. Les objectifs de cet article sont d'étudier les effets de cette différence méthodologique sur l'estimation de la prévalence et les facteurs associés à l'EDM (résumé d'auteur).

2007

Lamboy, B., Leon, C. et Guilbert, P. (2007). "Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005." Rev Epidemiol Sante Publique **55**(3): 222-

Position du problème : Alors que les troubles dépressifs et leurs prises en charge sont considérés comme des problèmes majeurs de santé publique, peu de données de bonne qualité existent en France en population générale. Objectif : L'objectif de cette étude est de donner une estimation de la prévalence annuelle des troubles dépressifs et le taux de prise en charge des personnes dépressives en population générale, et d'identifier les principales variables sociodémographiques associées à un épisode dépressif et au recours aux soins. Méthode : Cette étude a été réalisée à partir des données du Baromètre Santé 2005, enquête aléatoire par téléphone portant sur plusieurs thèmes de santé effectuée auprès de 30 514 personnes âgées de 12 à 75 ans d'octobre 2004 à février 2005. Les troubles dépressifs ont été évalués à l'aide d'un outil standardisé le CIDIsf selon la classification du DSM-IV auprès des personnes ayant répondu aux questions de santé mentale (sous-échantillon aléatoire de 60% des plus de 15 ans soit un effectif de 16 710). Résultats : Parmi les personnes interrogées, 7,8% ont présenté au moins un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des 12 derniers mois. En majorité, les épisodes dépressifs étaient relativement graves (0,9% d'épisode léger et 2,9% d'épisode isolé) et étaient principalement associés au sexe, à l'âge et au statut matrimonial. Parmi les personnes ayant eu un EDC au cours des 12 derniers mois, seulement 38,3% déclarent avoir eu recours aux soins pour raison de santé mentale et 10,8% à une psychothérapie. L'âge, le niveau d'étude et la gravité des troubles sont les facteurs les plus associés aux recours aux soins. Conclusion : Ces résultats obtenus à partir d'un échantillon aléatoire national de grande taille confirment l'ampleur des troubles dépressifs en population générale et pointe les nombreux problèmes qui entourent la prise en charge de ces malades. Cette étude montre qu'il existe des instruments et des méthodologies permettant d'étudier les troubles psychiques et leur prise en charge en population générale. Elle invite à approfondir l'exploration de cette problématique et à élargir ce type d'investigation à d'autres problèmes de santé mentale. (R.A.).

Passerieux, C., Janvier, D., Younes, N., et al. (2007). "Dépression : quel parcours de soin ? (dossier)." Santé Mentale(116): 25-81.

Quels sont les soins adaptés à chaque phase de la maladie dépressive ? Comment offrir ces soins au plus grand nombre et dans la limite des coûts supportables par la société ? Lorsque l'Organisation mondiale de la santé prévoit qu'en 2020, la dépression sera la 2e cause d'invalidité après les maladies cardio-ischémiques, quelles réponses pourraient offrir la psychiatrie et les réseaux de soins à ces souffrances et comment pourrait-on trouver une organisation pertinente qui placerait véritablement le patient au centre d'une équipe pluridisciplinaire ? Autant de questions auxquelles les auteurs de ce dossier tentent de répondre.

2006

Hautecouverture, S., Limosin, F. et Rouillon, F. (2006). "Épidémiologie des troubles schizophréniques." La Presse médicale **35**(3): 461-468.

La prévalence du trouble schizophrénique en population générale est de 1%, ce qui représente pour la France compte tenu de la classe d'âge concernée environ 400000 malades. Le sex ratio est égal à 1. Le premier accès survient entre 15 et 25 ans chez l'homme, un peu plus tardivement chez la femme. Quatre-vingt-dix pour cent des patients traités pour schizophrénie sont âgés de 15 à 55 ans. L'évolution à court terme est marquée par un taux de rechute après le premier accès estimé entre 20 et 40%. À long terme l'évolution est marquée par une forte surmortalité avec un taux de suicide évalué entre 10 et 20% et une espérance de vie abaissée globalement d'environ 10 ans. Seuls 10% des patients connaîtront une évolution leur permettant une bonne autonomie. L'impact socio-économique est donc considérable avec un coût moyen de la prise en charge estime à 15 000 euros par an. Parmi les facteurs de vulnérabilité à la maladie identifiés, on trouve les facteurs génétiques. Ainsi un apparenté au premier degré d'un patient schizophrène a un risque 5 à 10 fois plus élevé de développer la maladie. Il ne s'agit pas d'une transmission mendélienne simple mais d'une vulnérabilité impliquant l'intervention de plusieurs gènes. Certains facteurs environnementaux ont également été identifiés comme le rôle supposé du virus de la grippe en période gestationnelle (entre le 4e et le T mois de grossesse) chez les mères des futurs malades, ce facteur venant renforcer l'hypothèse neurodéveloppementale de la maladie. Enfin, parmi les facteurs associés, la consommation régulière de cannabis semble jouer un rôle déterminant augmentant d'un facteur 2 le risque de développer la maladie.

2005

Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Jr., Kane, J. M., et al. (2005). "Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus." Am J Psychiatry **162**(3): 441-449.

New advances in the understanding of schizophrenia etiology, course, and treatment have increased interest on the part of patients, families, advocates, and professionals in the development of consensus-defined standards for clinical status and improvement, including illness remission and recovery. As demonstrated in the area of mood disorders, such standards provide greater clarity around treatment goals, as well as an improved framework for the design and comparison of investigational trials and the subsequent evaluation of the effectiveness of interventions. Unlike the approach to mood disorders, however, the novel application of the concept of standard outcome criteria to schizophrenia must reflect the wide heterogeneity of its long-term course and outcome, as well as the variable effects of different treatments on schizophrenia symptoms. As an initial step in developing operational criteria, an expert working group reviewed available definitions and assessment instruments to provide a conceptual framework for symptomatic, functional, and cognitive domains in schizophrenia as they relate to remission of illness. The first consensus-based operational criteria for symptomatic remission in schizophrenia are based on distinct thresholds for reaching and maintaining improvement, as opposed to change criteria, allowing for alignment with traditional concepts of remission in both psychiatric and nonpsychiatric illness. This innovative approach for standardizing the definition for outcome in schizophrenia will require further examination of its validity and utility, as well as future refinement, particularly in relation to psychosocial and cognitive function and dysfunction. These criteria should facilitate research and support a positive, longer-term approach to studying outcome in patients with schizophrenia.

Blin, P., Hanssens, L., Olie, J. P., et al. (2005). "Utilisation des neuroleptiques chez les patients ambulatoires souffrant de schizophrénie." Rev Epidemiol Sante Publique **53**(6): 601-613
L'objectif était de décrire et comparer, entre le secteur public et le secteur privé, l'utilisation des neuroleptiques chez les patients ambulatoires souffrant de schizophrénie. Il s'agit d'une étude transversale menée auprès d'un échantillon aléatoire de 61 psychiatres du secteur public et 116 du secteur libéral, avec recensement pendant un mois de tous les patients ambulatoires adultes souffrant de schizophrénie et traités par neuroleptique. Parmi les patients recensés, chaque psychiatre devait inclure un maximum de 18 (secteur public) ou de 9 patients (secteur libéral). Les analyses statistiques ont été redressées pour tenir compte de l'activité des psychiatres évaluée par le recensement des patients. Les psychiatres ont inclus 934 patients dans le secteur public et 927 dans le secteur libéral. Les patients, comprenant 60,9% d'hommes, étaient âgés en moyenne (+/-écart-type) de 40,1+/-12,1 ans. Les caractéristiques sociales et cliniques des patients étaient globalement moins favorables dans le secteur public que dans le secteur libéral : pas d'activité professionnelle (78,9% vs 65,1%), vie en institution (7,2% vs 3,7%), sous protection légale (35,1% vs 14,5%), toxicomanie (9,6% vs 5,6%). Un neuroleptique atypique était prescrit à 63,0% des patients et un neuroleptique classique à 49,7%, avec une association de neuroleptiques pour 22,0% des patients. Dans les deux secteurs d'activité, les neuroleptiques les plus prescrits étaient l'olanzapine (28,0%) et la rispéridone (18,6%), les doses quotidiennes étant en moyenne plus élevées dans le secteur public. Au moins une modification du traitement neuroleptique (médicament et/ou posologie) était intervenue dans l'année pour 44,9% et 39,2% des patients suivis dans les secteurs public et libéral, respectivement. Les raisons principales de modification du traitement neuroleptique étaient le manque d'efficacité (55,1%) et les problèmes de tolérance (49,8%). Les patients suivis dans le secteur public se distinguent de ceux du secteur libéral, mais pas autant qu'on aurait pu le penser a priori. Dans les deux secteurs d'activité, les neuroleptiques atypiques représentent actuellement la chimiothérapie prépondérante dans le traitement de la schizophrénie chez le patient ambulatoire. La fréquence des modifications de traitement pour des problèmes d'efficacité ou de tolérance témoigne des difficultés d'ajustement du traitement neuroleptique avec l'arsenal thérapeutique actuel.

2004

Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, T., et al. (2004). "The personal impact of schizophrenia in Europe." Schizophr Res **69**(2-3): 125-132.

The personal impact of schizophrenia is poorly described in the scientific literature. The European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs (EPSILON) study compared representative treated prevalence cohorts of patients with schizophrenia in five European countries, to assess unmet needs, impact on caregivers, quality of life, satisfaction with services, symptoms and disability. Of the 404 patients, 79% undertook no work of any kind, and 65% were single. Low quality of life was associated with: anxiety, depression, psychotic symptoms, more previous psychiatric admissions, alcohol abuse, having no reliable friends nor daily contact with family, being unemployed, and having few leisure activities. The most frequently occurring unmet needs among the patients were: daytime activities, company and intimate relationships, psychotic symptoms, psychological distress, and information. The most common worries of relatives were about the patient's health, and their own future, safety and financial position. Psychiatric services were therefore largely ineffective in managing the personal impact of schizophrenia, especially upon work, home and family life. Research, clinical practice and disability policy developments need to address a wider range of consequences of the disorder than

symptoms alone.

2002

Montout, C., Casadebaig, F., Lagnaoui, R., et al. (2002). "Neuroleptics and mortality in schizophrenia: prospective analysis of deaths in a French cohort of schizophrenic patients." Schizophr Res **57**(2-3): 147-156.

OBJECTIVE: The putative role of neuroleptics in the known excess mortality of subjects with schizophrenia remains disputed. The aim of this study was to assess the link between mortality and the class of neuroleptic. METHOD: Causes of death (suicide, cardiovascular, etc.) and exposure to neuroleptics were studied in a cohort of 3474 patients with schizophrenia followed from 1993 to 1997. RESULTS: From 1993 to 1997, 178 patients died. The risk of all-cause death (OR=1.59; 95% CI 1.02-2.50; p=0.04), and suicide (OR=2.22; 95% CI 1.24-3.97; p=0.006) were increased in users of thioxanthenes (alone or associated with other drugs), and increased risk of "other causes" of death was associated with use of atypical neuroleptics (OR=2.06; 95% CI 1.15-3.70; p=0.0016). CONCLUSION: Our findings suggest the existence of association between certain classes of neuroleptics and death, all cause or specific. This could be related to the drug itself or to patient selection.

2001

Moreau, A. et Girier, P. (2001). "La prise en charge des patients dépressifs en médecine générale: psychothérapie et thérapeutique médicamenteuse." Therapeutiques(67): 11-15.

2000

(2000). Schizophrénies en France : données actuelles, Paris : Frison-Roche

Si les ouvrages de méthodologie générale ne manquent pas en épidémiologie, il restait à décrire et à expliquer les schizophrénies à partir de recherches épidémiologiques et cliniques. Les travaux présentés ici sont conformes aux enjeux de la science. Ils permettent de décrire une maladie très invalidante, savoir qui elle touche, quelle est sa mortalité, quel est son territoire... Le second intérêt de ces études, dans la mesure où elles sont explicatives, est de nous présenter des données en rapport avec une causalité et des facteurs de risque, sur l'évolution des patients souffrant de schizophrénies dans le temps, etc. Autant dire que la zone géographique - en l'occurrence la France - ne limite pas l'intérêt de ce livre à un pays, car l'immense dossier constitué enrichit aussi la clinique, même s'il permet l'évaluation d'autres paramètres, et établit des éléments de comparaison inter-pays ou inter-continents

1999

Le Pape, A. et Lecomte, T. (1999). Prévalence et prise en charge médicale de la dépression. France 1996-1997. Rapport Credes. Paris CREDES**:** 106
http://irdes.fr/Publications/Rapports1999/rap1277.pdf

Cette étude a été réalisée à partir des données de l'enquête sur la Santé et la Protection Sociale de 1996 - 1997. Les auteurs analysent la prévalence et la prise en charge médicale de

la dépression selon deux méthodes (la déclaration spontanée et le questionnement) et également selon divers profils socio-économiques (variables géographiques, activité professionnelle, revenu, situation familiale, âge, sexe...)

Le Pape, A. et Lecomte, T. (1999). "Prévalence et prise en charge médicale de la dépression. France 1996-1997." Questions d'Economie de la Santé (Credes)(21)
http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes21.pdf

Cette étude a été réalisée à partir des données de l'enquête sur la Santé et la Protection Sociale de 1996 - 1997. Les auteurs analysent la prévalence et la prise en charge médicale de la dépression selon deux méthodes (la déclaration spontanée et le questionnement) et également selon divers profils socio-économiques (variables géographiques, activité professionnelle, revenu, situation familiale, âge, sexe...)

1998

OMS (1998). Schizophrenia and public health. Copenhague : Organisation mondiale de la santé**:**
https://www.who.int/mental_health/media/en/55.pdf
https://www.who.int/mental_health/media/en/55.pdf.

L'HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET SON IMPACT SUR LE PARCOURS DE SOINS

Le dispositif des soins sans consentement en psychiatrie en France

Le consentement aux soins est posé comme une condition indispensable à toute prise en charge thérapeutique en France[26]. Néanmoins, la législation française prévoit aussi, en cas de troubles psychiatriques sévères affectant la conscience du trouble et le besoin de soin, le recours aux soins sans consentement afin de prévenir le préjudice pour le patient de l'absence de soins. S'ils sont désormais largement minoritaires, les soins psychiatriques sans consentement sont possibles dans de nombreux pays[27]. En France, la législation relative aux soins sans consentement a été profondément transformée par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013. Cette loi réaffirme les droits des personnes prise en charge sans leur consentement : obligation d'information sur les droits et voies de recours, association aux décisions les concernant. Deux mesures phares sont introduites : d'une part, le contrôle systématique par le juge des libertés et de détention (JLD) de la nécessité de l'hospitalisation sans consentement et la possibilité de sa saisine par la personne hospitalisée, et d'autre part, la possibilité de soins ambulatoires sans consentement dans le cadre de programmes de soins. De plus, la loi met en place un nouveau mode d'admission en « soins pour péril imminent » afin de favoriser l'accès aux soins des personnes isolées ou désocialisées. Une étude de l'Irdes réalisée à partir de données médico-administratives a analysé l'évolution du recours aux soins sans consentement en psychiatrie depuis la mise en place de cette nouvelle loi. Elle constate une hausse de 12 000 prises en charge sur la période 2012-2015. Cette hausse est expliquée par plusieurs facteurs : l'extension de la durée des soins sans consentement en dehors de l'hôpital, dans le cadre des programmes de soins, et la montée en charge des soins pour péril imminent. Utilisé pour faciliter l'admission dans un contexte d'urgence et décharger le tiers de cette difficile démarche, ce dispositif est déployé de façon disparate selon les territoires[28].

2019

Giloux, N. et Primevert, M. (2019). Les soins psychiatriques sans consentement, Bordeaux : LEH

[26] Article L.1111-4 du code de la santé publique
[27] Kisely, S. R., Campbell, L. A. et O'Reilly, R. (2017). "Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders." Cochrane Database Syst Rev **3**
[28] Coldefy, M., Fernandes, S. et Lapalus, D. c. (2017). "Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en oeuvre de la loi du 5 juillet 2011." Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(222

Éditions

La loi du 5 juillet 2011 fait intervenir le juge des libertés et de la détention à l'hôpital psychiatrique. Elle rend ainsi la législation conforme à l'article 66 de la Constitution qui prévoit que toute personne dont la liberté individuelle est atteinte doit pouvoir rencontrer un juge. Dorénavant, les psychiatres doivent, au douzième jour, soumettre systématiquement au contrôle du juge les certificats médicaux de contrainte de soins hospitaliers. Le juge garantit le respect des droits fondamentaux, c'est-à-dire la régularité de la procédure et le bien-fondé des motifs de l'hospitalisation contrainte. Il se positionne ainsi dans une considération citoyenne, à l'écoute d'une personne malade qui, bien qu'en période de grande fragilité psychique, a droit de cité. Ainsi, le psychiatre n'est plus seul à porter l'autorité de la décision d'hospitalisation sous contrainte. Le juge valide ou peut invalider le fait que la protection de la santé l'emporte sur la liberté d'aller et venir et le libre consentement aux soins. Ce recueil décrit les situations cliniques susceptibles de faire l'objet d'une contrainte de soins. Il explique également comment celle-ci s'exerce à l'hôpital, avec les différents soignants. Enfin, cette loi fraîchement édictée, dont une historienne rappelle la genèse depuis 1838, est encore l'objet de plusieurs questionnements. Ainsi, les psychiatres et les magistrats s'interrogent mutuellement sur les limites de leurs champs respectifs d'intervention avec cependant une mission commune : la considération et le respect de la dignité des personnes qui souffrent de troubles psychiques.

2018

Giacco, D., Conneely, M., Masoud, T., et al. (2018). "Interventions for involuntary psychiatric inpatients: A systematic review." Eur Psychiatry **54**: 41-50.

BACKGROUND: Observational research has found that involuntary treatment provides limited benefits in terms of long-term clinical outcomes. Our aim was to review literature on existing interventions in order to identify helpful approaches to improve outcomes of involuntary treatment. METHODS: This systematic review follows the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) statement guidelines. Seven databases (AMED, PsycINFO, Embase Classic, Embase 1974-2017, CINAHL, MEDLINE, and BNI) were searched and the results were analysed in a narrative synthesis. RESULTS: Nineteen papers describing fourteen different interventions were included. Using narrative synthesis the interventions were summarised into three categories: a) structured patient-centred care planning; b) specialist therapeutic interventions; c) systemic changes to hospital practice. The methodologies used and outcomes assessed were heterogeneous. Most studies were of low quality, although five interventions were tested in randomised controlled trials (RCTs). Preliminary evidence supports structured patient-centred care planning interventions have an effect on long-term outcomes (such as readmission), and that specialist therapeutic interventions and systemic changes to hospital practice have an effect on reducing the use of coercive measures on wards. CONCLUSIONS: This review shows that it is possible to conduct rigorous intervention-testing studies in involuntary patients, including RCTs. Yet, the overall evidence is limited. Structured patient-centred care planning interventions show promise for the improvement of long-term outcomes and should be further evaluated.

Stuen, H. K., Landheim, A., Rugkasa, J., et al. (2018). "Responsibilities with conflicting priorities: a qualitative study of ACT providers' experiences with community treatment orders." BMC Health Serv Res **18**(1): 290.

BACKGROUND: Patients with severe mental illness may be subjected to Community

Treatment Orders (CTOs) in order to secure that the patients adhere to treatment. Few studies have investigated the use of CTOs within an Assertive Community Treatment (ACT) setting, and little is known about how the tension between the patients' autonomy and the clinicians' responsibility to act in the patients' best interest are resolved in practice. The aim of this study was to explore the service providers' experiences with CTOs within an ACT setting. METHODS: The study was based on reviews of case files of 15 patients, eight individual qualitative in depth interviews and four focus group interviews with service providers involved in ACT and decisions related to CTOs. A modified grounded theory approach was used to analyze the data. RESULTS: The main theme 'responsibility with conflicting priorities' emerged from data analysis (case file reviews, individual interviews and focus group interviews). The balance between coercive approaches and the emphasis on promoting patient autonomy was seen as problematic. The participants saw few alternatives to CTOs as long-term measures to secure ongoing treatment for some of the patients. However, participants perceived the ACT model's comprehensive scope as an opportunity to build rapport with patients and thereby better meet their needs. The team approach, the ACT providers' commitment to establish supportive relationships and the frequent meetings with patients in their home environment were highlighted. The ACT approach gave them insight into patients' everyday lives and, in some cases a greater sense of security when considering whether to take patients off CTOs. CONCLUSIONS: Many of the participants viewed CTOs as helpful in securing long-term treatment for patients. CTO decision-making was described as challenging and complex and presented the providers with many dilemmas. The ACT approach was considered as helpful in that it afforded comprehensive, patient-centered support and opportunities to build rapport.

Velpry, L., Vidal-Naquet, P. A. et Eyraud, B. (2018). Contrainte et consentement en santé mentale : forcer, influencer, coopérer, Rennes : Presses Universitaires de Rennes

La démocratisation des pratiques d'aide et de soin est au cœur des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales depuis la fin du XX° siècle. Rechercher le consentement, éviter la contrainte en constituent les deux injonctions dominantes. En effet, les règles qui encadrent les pratiques de prise en charge visent à réduire la dimension contraignante de l'aide, à garantir le droit à l'information et la participation des personnes, ainsi que leur protection. En situation, les professionnels sont souvent confrontés à des conflits normatifs qui deviennent indécidables quand les personnes souffrent d'une altération de leurs capacités mentales. Comment faire alors, lorsque, à défaut de pouvoir "protéger sans contraindre", il faut envisager de "contraindre pour protéger" ?

2017

Aagaard, J., Tuszewski, B. et Kolbaek, P. (2017). "Does Assertive Community Treatment Reduce the Use of Compulsory Admissions?" Arch Psychiatr Nurs **31**(6): 641-646.

BACKGROUND: The growing number of compulsory admissions in Denmark and other countries is a compelling challenge. We hypothesized that Assertive Community Treatment (ACT) may have the quality to reduce the use of several type of coercion including compulsory admissions. Although ACT is not designed for coercion prevention, it may prove efficient in averting major crisis among the included patients. Studies in Denmark showed that ACT has a major and significant advantage in reducing number and length of admissions. METHODS/DESIGN: We collected service data from National Case Register at three psychiatric hospitals, which constitutes the inpatient and outpatient mental health services in the North Denmark Region. Data included psychiatric and somatic service use among 240

patients starting in ACT. Primary measure concerned the extent to which ACT might reduce compulsory admissions. RESULTS: During a five years period patients allocated to ACT show decreasing admission trends. In comparison with all other psychiatric service users, we found a significant difference in trends concerning voluntary admissions and involuntary admissions according to the dangerous criterion, and decrease in number of contacts to Psychiatric Emergency Room (PER) CONCLUSION: An assertive approach undoubtedly reduces hospitalization including some involuntary admissions. ACT is preferable from both team and patient perspectives, and further caused reduction of PER visits compared to standard treatment. PERSPECTIVES: The criterion of Severe Mental Illness (SMI) may be revised to facilitate ACT to be offered to a larger group of SMI patients. In addition, introduction of Crisis Intervention Teams should be considered and allocated to PER.

Coldefy, M., Fernandes, S. et Lapalus, D. (2017). "Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011." Questions d'Economie de la Santé (222)
http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf

La législation française concernant les soins sans consentement en psychiatrie a été transformée par la loi du 5 juillet 2011. Elle réaffirme les droits des personnes prises en charge dans ces conditions et introduit deux mesures phares : l'intervention du juge des libertés et de la détention dans le contrôle de la mesure de soins sans consentement, et la possibilité de soins ambulatoires sans consentement dans le cadre de programmes de soins. D'autre part, un nouveau mode d'admission en « soins en cas de péril imminent » est mis en place pour favoriser l'accès aux soins des personnes isolées ou désocialisées. Réalisée à partir de données médico-administratives, cette étude analyse l'évolution du recours aux soins sans consentement en psychiatrie, depuis la mise en place de la loi en 2011. 92 000 personnes ont été prises en charge sous ce mode en 2015, soit 12 000 de plus qu'en 2012. Cette hausse est expliquée par plusieurs facteurs : l'extension de la durée des soins sans consentement en dehors de l'hôpital, dans le cadre des programmes de soins, et la montée en charge des soins pour péril imminent. Utilisé pour faciliter l'admission dans un contexte d'urgence et décharger le tiers de cette difficile démarche, ce dispositif est déployé de façon disparate selon les territoires.

Kisely, S. R., Campbell, L. A. et O'Reilly, R. (2017). "Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders." Cochrane Database Syst Rev **3**: Cd004408.

BACKGROUND: It is controversial whether compulsory community treatment (CCT) for people with severe mental illness (SMI) reduces health service use, or improves clinical outcome and social functioning. OBJECTIVES: To examine the effectiveness of compulsory community treatment (CCT) for people with severe mental illness (SMI). SEARCH METHODS: We searched the Cochrane Schizophrenia Group's Study-Based Register of Trials (2003, 2008, 2012, 8 November 2013, 3 June 2016). We obtained all references of identified studies and contacted authors where necessary. SELECTION CRITERIA: All relevant randomised controlled clinical trials (RCTs) of CCT compared with standard care for people with SMI (mainly schizophrenia and schizophrenia-like disorders, bipolar disorder, or depression with psychotic features). Standard care could be voluntary treatment in the community or another pre-existing form of CCT such as supervised discharge. DATA COLLECTION AND ANALYSIS: Authors independently selected studies, assessed their quality and extracted data. We used Cochrane's tool for assessing risk of bias. For binary outcomes, we calculated a fixed-effect risk ratio (RR), its 95% confidence interval (95% CI) and, where possible, the

number needed to treat for an additional beneficial outcome (NNTB). For continuous outcomes, we calculated a fixed-effect mean difference (MD) and its 95% CI. We used the GRADE approach to create 'Summary of findings' tables for key outcomes and assessed the risk of bias of these findings. MAIN RESULTS: The review included three studies (n = 749). Two were based in the USA and one in England. The English study had the least bias, meeting three out of the seven criteria of Cochrane's tool for assessing risk of bias. The two other studies met only one criterion, the majority being rated unclear. Two trials from the USA (n = 416) compared court-ordered 'outpatient commitment' (OPC) with entirely voluntary community treatment. There were no significant differences between OPC and voluntary treatment by 11 to 12 months in any of the main health service or participant level outcome indices: service use - readmission to hospital (2 RCTs, n= 416, RR 0.98, 95% CI 0.79 to 1.21, low-quality evidence); service use - compliance with medication (2 RCTs, n = 416, RR 0.99, 95% CI 0.83 to 1.19, low-quality evidence); social functioning - arrested at least once (2 RCTs, n = 416, RR 0.97, 95% CI 0.62 to 1.52, low-quality evidence); social functioning - homelessness (2 RCTs, n = 416, RR 0.67, 95% CI 0.39 to 1.15, low-quality evidence); or satisfaction with care - perceived coercion (2 RCTs, n = 416, RR 1.36, 95% CI 0.97 to 1.89, low-quality evidence). However, one trial found the risk of victimisation decreased with OPC (1 RCT, n = 264, RR 0.50, 95% CI 0.31 to 0.80, low-quality evidence).The other RCT compared community treatment orders (CTOs) with less intensive and briefer supervised discharge (Section 17) in England. The study found no difference between the two groups for either the main health service outcomes including readmission to hospital by 12 months (1 RCT, n = 333, RR 0.99, 95% CI 0.74 to 1.32, moderate-quality evidence), or any of the participant level outcomes. The lack of any difference between the two groups persisted at 36 months' follow-up. Combining the results of all three trials did not alter these results. For instance, participants on any form of CCT were no less likely to be readmitted than participants in the control groups whether on entirely voluntary treatment or subject to intermittent supervised discharge (3 RCTs, n = 749, RR for readmission to hospital by 12 months 0.98, 95% CI 0.82 to 1.16 moderate-quality evidence). In terms of NNTB, it would take 142 orders to prevent one readmission. There was no clear difference between groups for perceived coercion by 12 months (3 RCTs, n = 645, RR 1.30, 95% CI 0.98 to 1.71, moderate-quality evidence).There were no data for adverse effects. AUTHORS' CONCLUSIONS: These review data show CCT results in no clear difference in service use, social functioning or quality of life compared with voluntary care or brief supervised discharge. People receiving CCT were, however, less likely to be victims of violent or non-violent crime. It is unclear whether this benefit is due to the intensity of treatment or its compulsory nature. Short periods of conditional leave may be as effective (or non-effective) as formal compulsory treatment in the community. Evaluation of a wide range of outcomes should be considered when this legislation is introduced. However, conclusions are based on three relatively small trials, with high or unclear risk of blinding bias, and low- to moderate-quality evidence. In addition, clinical trials may not fully reflect the potential benefits of this complex intervention.

Roelandt, J. L., Cretin, A., Askevis-Leherpeux, F., et al. (2017). "Compulsory hospitalization, severity of disorders and territorial landscape : A French study." Global Journal of Health Science **9**(12): 64-79.
http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/70448

The objective of this study, carried out in France, was to analyse important psychiatric sector disparities in the rate of compulsory hospitalizations as a function of the severity of disorders among the people hospitalized, and of certain variables linked to the territorial landscape (socio-demographic context, and primary and psychiatric care offer). The 125 sectors that took part in this study were divided into three groups on the basis of their compulsory hospitalization rates. The results did not reveal any link between compulsory hospitalization

rate and severity of disorders. The hospitalization rate was correlated with variables specific to urban areas: it was higher in more densely populated areas with a larger proportion of people living alone and a greater number of shelters and social rehabilitation centres. It was also higher in the sectors with larger hospitalization capacity, with longer mean hospitalization durations, but with a lower rate of resort to psychiatry and larger human resources.

Theron, S. et Arbus, C. (2017). Les soins psychiatriques sans consentement : aide-mémoire, Paris : Dunod

En 2015, 92 000 personnes étaient prises en charge en psychiatrie sans y avoir consenti. Les soins sans consentement – par définition dérogatoires – ont fait l'objet d'une attention particulière du législateur ces dernières années. La loi du 5 juillet 2011 a créé une alternative à l'hospitalisation complète par le biais des programmes de soins. Elle a aussi instauré un contrôle systématique du juge judiciaire sur les hospitalisations complètes. La loi du 27 septembre 2013 a tenté de renforcer les droits du patient ou du moins de minimiser le plus possible les atteintes susceptibles d'y être portées lors de la mise en œuvre des procédures. Cet ouvrage analyse les règles juridiques du dispositif des soins psychiatriques sans consentement, de son déclenchement à sa levée, en mettant l'accent sur les droits et libertés du patient.

2016

(2016). Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Paris Editions Dalloz
http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/07/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.pdf

Publié par la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté, ce rapport sur« L'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale » est le premier d'une collection d'analyses thématiques que le CGLPL a décidé de développer à compter de cette année. L'hôpital psychiatrique n'est pas par définition un lieu de privation de liberté, mais il s'y trouve des patients admis sans leur consentement, dont la liberté d'aller et venir est restreinte. Et au sein de ces établissements, certaines personnes peuvent être soumises à des mesures de contrainte physique (placées en chambre d'isolement ou sous contention). Il n'appartient pas au CGLPL d'apprécier la pertinence thérapeutique du recours à ces mesures coercitives. Mais il lui revient de s'assurer du respect des droits fondamentaux des personnes hospitalisées sans leur consentement et dans ce cadre il constate que ces pratiques leur portent une atteinte certaine, plus au moins grave, plus ou moins étendue selon les circonstances. Les visites conduites depuis huit ans dans les établissements psychiatriques ont permis au CGLPL de dresser une série de constats et de recommandations, présentés dans ce rapport.

Burns, T., Rugkasa, J., Yeeles, K., et al. (2016). Programme Grants for Applied Research. Coercion in mental health: a trial of the effectiveness of community treatment orders and an investigation of informal coercion in community mental health care. Southampton (UK), NIHR Journals Library

BACKGROUND: Coercion comprises formal coercion or compulsion [treatment under a section of the Mental Health Act (MHA)] and informal coercion (a range of treatment pressures, including leverage). Community compulsion was introduced in England and Wales as community treatment orders (CTOs) in 2008, despite equivocal evidence of effectiveness.

Little is known about the nature and operation of informal coercion. DESIGN: The programme comprised three studies, with associated substudies: Oxford Community Treatment Order Evaluation Trial (OCTET) - a study of CTOs comprising a randomised controlled trial comparing treatment on CTO to voluntary treatment via Section 17 Leave (leave of absence during treatment under section of the MHA), with 12-month follow-up, an economic evaluation, a qualitative study, an ethical analysis, the development of a new measure of capabilities and a detailed legal analysis of the trial design; OCTET Follow-up Study - a follow-up at 36 months; and Use of Leverage Tools to Improve Adherence in community Mental Health care (ULTIMA) - a study of informal coercion comprising a quantitative cross-sectional study of leverage, a qualitative study of patient and professional perceptions, and an ethical analysis. PARTICIPANTS: Participants in the OCTET Study were 336 patients with psychosis diagnoses, currently admitted involuntarily and considered for ongoing community treatment under supervision. Participants in the ULTIMA Study were 417 patients from Assertive Outreach Teams, Community Mental Health Teams and substance misuse services. OUTCOMES: The OCTET Trial primary outcome was psychiatric readmission. Other outcomes included measures of hospitalisation, a range of clinical and social measures, and a newly developed measure of capabilities - the Oxford Capabilities Questionnaire - Mental Health. For the follow-up study, the primary outcome was the level of disengagement during the 36 months. RESULTS: Community treatment order use did not reduce the rate of readmission [(59 (36%) of 166 patients in the CTO group vs. 60 (36%) of 167 patients in the non-CTO group; adjusted relative risk 1.0 (95% CI 0.75 to 1.33)] or any other outcome. There were no differences for any subgroups. There was no evidence that it might be cost-effective. Qualitative work suggested that CTOs' (perceived) focus on medication adherence may influence how they are experienced. No general ethical justification was found for the use of a CTO regime. At 36-month follow-up, only 19 patients (6% of 329 patients) were no longer in regular contact with services. Longer duration of compulsion was associated with longer time to disengagement ($p = 0.023$) and fewer periods of discontinuity ($p < 0.001$). There was no difference in readmission outcomes over 36 months. Patients with longer CTO duration spent fewer nights in hospital. One-third (35%) of the ULTIMA sample reported lifetime experiences of leverage, lower than in the USA (51%), but patterns of leverage experience were similar. Reporting leverage made little difference to patients' perceived coercion. Patients' experiences of pressure were wide-ranging and pervasive, and perceived to come from family, friends and themselves, as well as professionals. Professionals were committed to patient-centred approaches, but felt obliged to assert authority when patients relapsed. We propose a five-step framework for determining the ethical status of offers by mental health professionals and give detailed guidance for professionals about how to exercise leverage. CONCLUSIONS: Community Treatment Orders do not deliver clinical or social functioning benefits for patients. In the absence of further trials, moves should be made to restrict or stop their use. Informal coercion is widespread and takes different forms. TRIAL REGISTRATION: Current Controlled Trials ISRCTN73110773. FUNDING: The National Institute for Health Research Programme Grants for Applied Research programme.

Cambon, L. (2016). "Hospitalisation sans consentement en psychiatrie : analyse comparative chez les personnes résidant ou non en zones urbaines sensibles." Santé Publique **28**(1): 61-.

Objectifs : Comparer les taux de recours à l'hospitalisation, avec et sans consentement, en fonction du lieu de résidence, en zone urbaine sensible (ZUS) ou non. Puis, chez les patients en soins sans consentement (SSC), rechercher une association entre soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'État (SPDRE) et ZUS. Méthodes : Cette étude observationnelle rétrospective a identifié les patients hospitalisés sur le territoire d'un établissement psychiatrique français de 2012 à 2013. Nous avons extrait du système

d'information les modes légaux de soins, des données démographiques et médicales, ainsi que le domicile. L'analyse des taux de recours a été faite à partir des données Insee (2010). L'analyse multivariée chez les patients en SSC a été réalisée par régression logistique. Résultats : 2 677 patients ont été admis en hospitalisation de 2012 à 2013. Le taux de recours à l'hospitalisation est de 6,25 patients pour 1 000 habitants en ZUS et de 3,93 hors ZUS (p < 0,0001). Alors qu'il existe une association statistiquement significative entre SPDRE et ZUS chez les patients en SSC en analyse uni-variée (p = 0,003), l'analyse multivariée infirme ce résultat (OR = 1,29, IC95 % [0,90 ;1,85], p = 0,16). Les caractéristiques associées aux SPDRE sont un sexe masculin (OR = 3,72, IC95 % [2,56 ; 5,51], p < 0,0001), la schizophrénie (OR = 1,84, IC95 % [1,28 ; 2,66], p = 0,001) et les troubles de la personnalité et du comportement (OR = 1,83, IC95 % [1,30 ; 2,56], p = 0,0005). Conclusion : Les taux de recours à l'hospitalisation et la proportion de patients admis en SSC et notamment en SPDRE sont plus élevés en ZUS. Cependant, l'analyse multivariée ne confirme pas ce résultat.

Coldefy, M., Nestrigue, C., Paget, L. M., et al. (2016). "L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : analyse et déterminants de la variabilité territoriale." Revue Française des Affaires Sociales(6): 253-273.
http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-2-page-253.htm

En France, 71 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie, en 2010. Le taux de recours à l'hospitalisation sans consentement varie fortement géographiquement, à la fois entre pays et à l'intérieur d'un pays. Si la contrainte aux soins est une exception psychiatrique, le soin librement consenti reste privilégié et majoritaire. Nécessaire dans certains cas, elle pose des questions en termes d'atteinte aux libertés des personnes et constitue une problématique majeure pour les équipes soignantes et les personnes concernées. À partir de l'exploitation des données du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie, la présente étude propose de décrire cette population, de mesurer la variabilité géographique du recours aux soins sans consentement, et d'explorer le rôle de l'environnement géographique, socio-économique et sanitaire dans les disparités observées. Elle conclut au rôle prépondérant du contexte social et économique pour expliquer cette variabilité.

Joubert, F., Hechinger, M., Chevallier, V., et al. (2016). "Hospitalisations sans consentement en psychiatrie : analyse comparative chez les personnes résidant ou non en zones urbaines sensibles." Santé Publique **28**(1): 61-69.
http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-1-page-61.htm

Lafaye, C. G. (2016). "L'hospitalisation sous contrainte, une source de conflits normatifs." Revue Française Des Affaires Sociales **6**(2): 35-55.
http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-2-page-35.htm

La psychiatrie est aujourd'hui à la croisée d'attentes normatives, issues à la fois des récentes réformes de la loi concernant l'hospitalisation sous contrainte et également des évolutions sociales, cherchant auprès de la psychiatrie des solutions à tous les maux (mal-être, délinquance, souffrance sociale). Ces injonctions sont souvent incompatibles et placent les médecins, en particulier lorsqu'il est question de recourir à la contrainte, face à des conflits normatifs. Nous étudierons, en nous appuyant sur une enquête de sociologie qualitative, les procédés par lesquels les psychiatres trouvent une issue à ces conflits, qu'il s'agisse d'opérations de hiérarchisation de normes, d'arrangements normatifs avec la loi ou avec les principes de la déontologie médicale ou, enfin, de retour à l'interrogation, fondatrice en médecine, consistant à identifier la source véritable et légitime de la demande de soins.

2015

Coldefy, M., Tartour, T. et Nestrigue, C. (2015). "De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011." Questions d'Economie de la Santé (205)
http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-lasante/205-de-l-hospitalisation-aux-soins-sans-consentement-enpsychiatrie.pdf

S'appuyant sur les données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), cette étude sur les soins sans consentement après la loi du 5 juillet 2011 fait suite à un premier état des lieux sur l'année 2010, précédant la loi (Coldefy, Nestrigue, 2013). Cette loi, modifiée en septembre 2013, vise à faire évoluer l'exercice des soins sous contrainte en psychiatrie : l'hospitalisation à temps plein n'y est plus la seule modalité de prise en charge, un nouveau mode légal de soins est introduit avec les soins en cas de péril imminent et l'intervention d'un juge des libertés et de la détention (JLD) est désormais prévue dans ce cadre. Cette étude présente des premiers résultats, l'année suivant la mise en place de la loi, son déploiement sur le territoire, et explore l'impact sur la prise en charge des patients. Elle se concentre essentiellement sur deux volets de la loi : les programmes de soins et les soins en cas de péril imminent. L'objectif est de décrire les modifications consécutives à la loi et de mesurer l'activité en psychiatrie en répondant à différentes questions : Comment caractériser l'évolution du recours à la contrainte ? Dans quelle mesure les établissements de santé recourent-ils aux nouvelles modalités de prise en charge proposées par la loi ? Quel est le contenu des programmes de soins ? Quels patients en bénéficient ? Cette réforme a-t-elle amélioré l'accès et la continuité des soins des personnes dont les troubles psychiques peuvent altérer temporairement la conscience du trouble ou du besoin de soins psychiatriques ?

Dupont, M., Laguerre, A. et Volpe, A. (2015). Soins sans consentement en psychiatrie. Comprendre pour bien traiter, Rennes : Presses de l'EHESP

En 13 chapitres thématiques, toutes les dispositions autour des soins sans consentement en psychiatrie sont présentées. Les auteurs exposent la genèse et l'état actuel du droit, commentent la jurisprudence, en s'appuyant sur les données de la médecine psychiatrique et des bonnes pratiques professionnelles. Ils soulignent l'ambition de bientraitance aujourd'hui portée par la législation de santé mentale. Étudiants, professionnels et usagers des structures psychiatriques trouveront dans cet ouvrage exhaustif toutes les réponses aux nombreuses questions qu'ils peuvent se poser dans ces circonstances.

Gobillot, C. et Claudel, H. (2015). "Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) : une solution de facilité ?Étude descriptive rétrospective réalisée aux urgences du Centre hospitalier Le Vinatier." L'information psychiatrique **91**(4): 339-347.
https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-4-page-339.htm

Nakatani, Y. et Hasuzawa, S. (2015). "[Changing Forensic Mental Health in France: A Review]." Seishin Shinkeigaku Zasshi **117**(7): 505-518.

This article describes the background and recent changes in French forensic mental health. The literature suggests that three law reforms have been crucial to changes in the mental health system. First, the Penal Code of 1992 redefined the provisions of criminal responsibility and introduced the category of diminished responsibility. Second, a controversial law for preventive detention (retention de sûreté) was enacted in 2008,

according to which criminals with severe personality disorders are subject to incarceration even after the completion of their prison sentences if they are still considered to pose a danger to the public. Third, the revision of mental health laws in 2011 altered the forms of involuntary psychiatric treatments, stipulating a judge's authority to decide treatment. In parallel with these legal reforms, the psychiatric treatment system for offenders with mental disorders has been reconstructed. The number of difficult patient units (unités pour malades difficiles) has increased from four to ten across the nation in order to meet the needs of patients transferred from general psychiatric institutions for the reason of being unmanageable. In the penitentiary system, new facilities have been established to cope with the growing number of inmates with mental disorders. As background to these changes, it is pointed out that the current psychiatric system has undergone deinstitutionalization and become less tolerant of aggressive behavior in patients. In the broader context, public sensitivity towards severe crime, as shown by the sensation triggered by serious crimes conducted by pedophiles, seems to urge tough policies. In the 2000 s, several homicides committed by psychiatric patients had a great impact on the public, which led President Sarkozy to issue a statement calling for stronger security in psychiatric institutions. The harsh attitude of courts towards psychiatric practices is illustrated by a 2012 ruling; after a patient escaped from the hospital and hacked an elderly man to death, his psychiatrist was sentenced to a one-year suspended prison sentence for failing to recognize the danger that the patient posed to the public. Another lawsuit was raised against a psychiatrist following this case. Apparently, a sense of crisis is growing among psychiatric professionals. Their concerns are based on several points. Introduction of diminished responsibility may narrow the possibility of acquittal by reason of insanity, and lead to the criminalization of those with mental disorders. Dangerousness (dangerosité), pivotal in the procedure of preventive detention, is not a medical concept, but is instead based on the erroneous identification of criminality and mental disorders. Therefore, it is unreasonable to entrust the evaluation of dangerousness to psychiatric expertise. Court intervention in the process of deciding appropriate treatment may intensify judicialization (judiciarisation) of psychiatry. Establishment of facilities for prisoners within the mental health system would create a new segregating function of psychiatry. Thus, French experience seems to be figuring out all the challenges that contemporary metal health is facing. Above all, effective measures should be taken to prevent patients from entering the criminal justice system. Following this recommendation would be helpful in Japan, where a new forensic mental health system has just started.

Rossini, K. et Verdoux, H. (2015). "[Involuntary hospitalization under the Act of July 5th 2011: A study of patients' experience and understanding of their hearing with the judge ruling on civil detention cases]." Encephale **41**(4): 332-338.

OBJECTIVE: To assess involuntary admitted patients' experience and understanding of their hearing with the judge ruling on civil detention cases according to the Act of July 5th 2011. METHODS: The evaluation was conducted through face-to-face interviews, from a semi-structured questionnaire, with 48 involuntary admitted patients under psychiatric care admission on a third party request (ASPDT) or on state representative decision (ASPDRE) (participation rate=96%). RESULTS: Few participants knew the name of the hearing place (13%) and the judge's exact title (21%). About 58% of them had benefited from lawyer services. During the hearing, half of the patients contested the need for hospitalization. The judge was perceived as clear (79%), listening (69%) and benevolent (58%), but only 46% of patients believed that he/she was impartial and 35% that he/she was independent from medical decisions. More than half of the patients disagreed with the judge's decision (56%). However, only 19% of them planned to appeal. Three out of four were in favour of a judicial review of involuntary hospitalization. A feeling of protection was more common in people

with a higher educational level (65% versus 35%, Chi(2) (1) = 3.9, P = 0.05) and who suffered from mood disorders (75% versus 46%, Chi(2) (1) = 3.8, P = 0.05). A feeling of being accused was more frequent in persons with hospitalization under psychiatric care admission on state representative decision (ASPDRE) than on a third party request (ASPDT) (37% vs 10%, Chi(2) (1) = 4.9, P = 0.03). Persons under guardianship were also more likely to report such feelings (32% versus 10%, Chi(2) (1) = 3.4, P=0.06). The feeling that "everything was preordained" was more common in younger patients (m = 36.4 years [SD = 13.9] vs m = 46.2 years [SD = 17.8], t-test [46] = 2.01, P = 0.04), as well as among those who used the advice of a lawyer, with an association at a trend level (73% versus 46%, Chi(2) (1) = 3.5, P = 0.06). CONCLUSION: Systematic judicial review of involuntary hospitalization represents a major evolution in the patients' rights field. This study shows that their experience and understanding of the hearing with the judge ruling on civil detention cases are quite mixed. In clinical practice, informing the patient about the upcoming hearing may allow the physician who initiates the hospitalization to reassure him/her as the intervention of a third party will be required to confirm the legality of involuntary admission. Furthermore, such information about the judicial intervention might avoid unproductive confrontation between the patient and the physician when the person remains opposed to the hospitalization. However, some patients may be disappointed as they are heavily invested in the preparation of their "defence" and have high hopes in the intervention of a judge who most often maintains the hospitalization

Vidon, G., Hardy-Bayle, M.-C. et Younes, N. (2015). "Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ? À propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins." Information Psychiatrique (L') **91**(7): 602-607.

L'apparition des soins sans consentement en ambulatoire (ou programmes de soins, PS) depuis la loi du 5 juillet 2011 a introduit une nouvelle modalité thérapeutique qui n'est pas sans soulever de nombreuses interrogations à différents niveaux : cliniques et thérapeutiques mais aussi éthiques et surtout de résultats. Une étude observationnelle a été menée auprès des secteurs d'Île-de-France (145 secteurs) avec pour buts de déterminer - deux ans après l'entrée en jeu de la loi-comment ils sont mis en place, à quels types de patients ils s'adressent et comment ils se déroulent. Sont également étudiés les facteurs services impliqués dans leur initiation, ainsi que les contenus et le déroulement des PS. Cette enquête, qui a rencontré un taux de réponse élevé (76%), a permis d'enregistrer que cette nouvelle forme de soins est bien intégrée par les acteurs de terrain.

Vidon, G., Hardy-Baylé, M.-C. et Younès, N. (2015). "Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ? À propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins." L'information psychiatrique **91**(7): 602-607.
https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-7-page-602.htm

L'apparition des soins sans consentement en ambulatoire (ou programmes de soins, PS) depuis la loi du 5 juillet 2011 a introduit une nouvelle modalité thérapeutique qui n'est pas sans soulever de nombreuses interrogations à différents niveaux : cliniques et thérapeutiques mais aussi éthiques et surtout de résultats. Une étude observationnelle a été menée auprès des secteurs d'Île-de-France (145 secteurs) avec pour buts de déterminer – deux ans après l'entrée en jeu de la loi – comment ils sont mis en place, à quels types de patients ils s'adressent et comment ils se déroulent. Sont également étudiés les facteurs services impliqués dans leur initiation, ainsi que les contenus et le déroulement des PS. Cette enquête, qui a rencontré un taux de réponse élevé (76 %), a permis d'enregistrer que cette nouvelle forme de soins est bien intégrée par les acteurs de terrain.

Zhang, S., Mellsop, G., Brink, J., et al. (2015). "Involuntary admission and treatment of patients with

mental disorder." Neuroscience bulletin **31**(1): 99-112.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25595369

Despite the efforts of the World Health Organization to internationally standardize strategies for mental-health care delivery, the rules and regulations for involuntary admission and treatment of patients with mental disorder still differ markedly across countries. This review was undertaken to describe the regulations and mental-health laws from diverse countries and districts of Europe (UK, Austria, Denmark, France, Germany, Italy, Ireland, and Norway), the Americas (Canada, USA, and Brazil), Australasia (Australia and New Zealand), and Asia (Japan and China). We outline the criteria and procedures for involuntary admission to psychiatric hospitals and to community services, illustrate the key features of laws related to these issues, and discuss their implications for contemporary psychiatric practice. This review may help to standardize the introduction of legislation that allows involuntary admission and treatment of patients with mental disorders in the mainland of China, and contribute to improved mental-health care. In this review, involuntary admission or treatment does not include the placement of mentally-ill offenders, or any other aspect of forensic psychiatry.

2014

Couturier, M. (2014). "Les paradoxes de la contrainte et du consentement dans les programmes de soins en psychiatrie. ." Rhizome(53): 5-6.

Guibert-Lafaye, C. (2014). "Contrainte en ambulatoire : quels droits constitutionnels pour les patients en psychiatrie ?" Rhizome: 53.

Guibet-Lafaye, C. (2014). "Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire." L'information psychiatrique **90**(7): 575-582.
https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-7-page-575.htm

La loi du 5 juillet 2011 et la réforme des soins sans consentement en ambulatoire ont donné lieu à une importante controverse dans le monde de la psychiatrie. En nous portant au-delà des clivages idéologiques, nous souhaitons mettre en évidence les raisons pour lesquelles les acteurs se sont affrontés. La variété des attitudes à l'égard du programme de soins se distribue en un éventail allant du pragmatisme à la défense de droits constitutionnels, et à travers lequel la radicalisation de la critique va de pair avec la mobilisation de principes et de convictions normatives. Nous montrerons également que ces attitudes ne sont pas sans lien avec une certaine représentation de l'homme malade en psychiatrie, pour lequel le poids de la contrainte et de l'obligation aurait une valeur distincte de celui qu'elles peuvent avoir pour les autres citoyens.

Klifa, M. (2014). L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent : reflet de l'évolution des places du tiers et du psychiatre dans la décision de soin sans consentement. Lyon : Université Claude Bernard, Faculté de médecine. Thèse de doctorat en médecine
http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/4a08e4f6-ebf1-41d5-964a-bb5f60f7b162/blobholder:0/THm_2014_KLIFA_Marion.pdf.

Legoherel, D. (2014). Étude sur les soins psychiatriques sans consentement. Paris : Service de documentation des études et rapports de la Cour de Cassation.

Maughan, D., Molodynski, A., Rugkasa, J., et al. (2014). "A systematic review of the effect of community treatment orders on service use." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **49**(4): 651-

663.

PURPOSE: The evidence regarding community treatment order effectiveness has been conflicting. This systematic review aims to bring up to date the review performed by Churchill and colleagues in 2005 by assessing and interpreting evidence of CTO effectiveness defined by admission rates, number of inpatient days, community service use, and medication adherence published since 2006. METHOD: Databases were searched to obtain relevant studies published from January 2006 to March 2013. RESULTS: 18 studies including one randomised controlled trial were included. There remains lack of evidence from randomised and non-randomised studies that CTOs are associated with or affected by admission rates, number of inpatient days or community service use. The most recent and largest RCT is included in this review and found no significant impact on admission rate (RR = 1.0, 95% CI 0.75-1.33) or number of days in hospital (IR = 0.90, 95% CI 0.65-1.26). Results from the two largest longitudinal datasets included in this review do not concur. Studies using the New York dataset found that CTOs were associated with reduced admission rates and inpatient days, while studies using the Victoria dataset generally found that they were associated with increased admission rates and inpatient days. CONCLUSION: There is now robust evidence in the literature that CTOs have no significant effects on hospitalisation and other service use outcomes. Non-randomised studies continue to report conflicting results. Distinguishing between CTO recall and revocation and different patterns of community contact is needed in future research to ensure differentiation between CTO process and outcome.

Pignon, B., Rolland, B., Tebeka, S., et al. (2014). "[Clinical criteria of involuntary psychiatric treatment: A literature review and a synthesis of recommendations.]." Presse Med.

Though the carrying out of involuntary psychiatric care (IPC) mainly follows from a subjective appraisal of the patient's state, some specific clinical criteria have been proposed on regards to the underlying disorder. French national recommendations are synthesized hereby, and completed by a literature review. In psychotic disorders, the level of insight and the impact of delusion(s) are the essential criteria that should recommend to carry out IPC. In mood disorders, the appraisal is different depending on the underlying clinical state. In depressive or mixed states, IPC should be considered mainly in case of suicidal risk or jeopardizing physical consequences. In mania, IPC should result from a poor level of insight, or from the onset of significant social or occupational aftermaths. For suicidal states, it is necessary to appreciate suicidal risk and underlying psychiatric disorder. In addictive disorders, repeated risk-taking and denial should be the main criteria for considering IPC. In eating disorders, the occurring of both danger of death and denial of care should lead to possible IPC. Personality disorders are severity factors of emergency psychiatric states which can result in IPC. They are not criteria for IPC by themselves. For patients with dementia, mostly behavioural disturbances can require IPC

2013

Braitman, A., Dauriac-Le, M., V, Beghelli, F., et al. (2013). "[Decision of emergency involuntary hospitalization: Categorical or dimensional approach?]." Encephale.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23928067

BACKGROUND: In 2005, in its recommendations on the modalities of decision making for compulsory hospitalization, the French Health High Authority (HAS) had already stressed the need for rapid implementation of studies and epidemiological analyses on the subject to

compensate the lack of adequate data in France. The new French law of July 5, 2011, on the rights and protection of persons under psychiatric care, establishes a judicial review of decisions for compulsory hospitalization. Therefore, healthcare professionals need to better define and characterize the criteria for such decisions, especially in their relation to psychopathology. The concept of capacity to consent to treatment includes the ability to understand (to receive information about the disease), the ability to appreciate (to weigh the risks and benefits of treatment), the ability to reason (determining the best choice rationally) and the ability to freely express a decision. However, assessment tools of capacity to consent to treatment seem to fail to predict the modality of hospitalization. OBJECTIVE: This study examined the impact of clinical and contextual characteristics on the decision in emergency services to admit patients to compulsory inpatient psychiatric units. METHOD: Data was collected from 442 successive patients admitted to hospital for care from five psychiatric emergency facilities in Paris and covered sociodemographic information, previous hospitalizations, recent course of care, clinical diagnosis, Global Assessment of Functioning scale (GAF) and Insight measured by the Q8 Bourgeois questionnaire. Patients were also assessed based on criteria established by the HAS for the severity of mental disorders and the necessity of emergency care. RESULTS: Multivariable logistic regression shows that diagnosis does not affect the decision of hospitalization. Agitation, aggressiveness toward others, being married as well as being referred by a doctor or family are all factors that increase the risk of involuntary hospitalization. Last, low Q8 and GAF scores are strong predictors for compulsory admission. CONCLUSION: Our study shows a dimensional rather than categorical assessment of patients by clinicians. Assessment of insight is the main operational criterion used by clinicians in our study. This supports using insight and GAF evaluation in clinical practice to clarify assessment and decision-making in an emergency setting regarding compulsory hospitalization

Cambier, G., Bougerol, T. et Micheletti, P. (2013). "[Qualitative survey of the law of 5 July 2011 in the field of psychiatry]." Sante Publique **25**(6): 793-802.

The law of 5 July 2011 concerning the rights and protection of subjects in psychiatric care and the modalities of their management has been severely criticized and often rejected, both before and following its application in August 2011. This study was designed to describe and compare perceptions of this law by actors in the field, six months after application of the law. This qualitative study based on twenty-four interviewees from Isere and Savoie - including psychiatrists, judges, patients and families - shows that this law is not completely rejected in practice and that it provides a number of advantages: independent view of a judge, an initial observation period, rapid management for isolated patients presenting an immediately life-threatening risk, improvement of mandatory outpatient healthcare. However, the law of 5 July 2011 also raises a number of problems: hospital leave for more than twelve hours was strictly limited by the initial text; complex relationships between justice and psychiatry; insufficient funding; hearings are problematic as they are held early, in public, and sometimes outside of hospitals; excessive number of medical certificates; certain parts of the text are unclear. As is already the case for some of these issues (law of 23 September 2013), these problems should be resolved in order to ensure better law enforcement.

Coldefy, M. et Nestrigue, C. (2013). "L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011." Questions d'Economie de la Santé (193)
http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/193-l-hospitalisation-sans-consentement-en-psychiatrie-en-2010.pdf

Ce premier état des lieux de l'hospitalisation sans consentement, s'appuyant sur les données

récemment disponibles du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), a plusieurs objectifs : réaliser une photographie des personnes hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie et de la diversité de leurs prises en charge et trajectoires de soins en 2010. Il s'agit à terme de suivre les effets de la réforme engendrée par la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. Cette loi, modifiée en septembre 2013, vise à faire évoluer l'exercice des soins sous contrainte en psychiatrie : l'hospitalisation à temps plein n'y est plus la seule modalité de prise en charge et l'intervention d'un juge des libertés et de la détention est désormais prévue dans ce cadre. Que recouvre la notion de contrainte aux soins ? Combien et qui sont les patients hospitalisés sans leur consentement en psychiatrie en France en 2010 ? Sous quel mode de prise en charge, dans quel type d'établissements, pour quelle durée et pour quelles pathologies le sont-ils ? Telles sont les principales questions auxquelles ce premier éclairage répond.

Hustoft, K., Larsen, T. K., Auestad, B., et al. (2013). "Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry." Int J Law Psychiatry.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23395506

Introduction: There is little knowledge of predictors for involuntary hospitalizations in acute psychiatric units. METHOD: The Multi-center study of Acute Psychiatry included all cases of acute consecutive psychiatric admissions in twenty acute psychiatric units in Norway, representing about 75% of the acute psychiatric units during 2005-2006. Data included admission process, rating of Global Assessment of Functioning and Health of the Nation Outcome Scales. RESULTS: Fifty-six percent were voluntary and 44% involuntary hospitalized. Regression analysis identified contact with police, referral by physicians who did not know the patient, contact with health services within the last 48h, not living in own apartment or house, high scores for aggression, level of hallucinations and delusions, and contact with an out-of office clinic within the last 48h and low GAF symptom score as predictors for involuntary hospitalization. Involuntary patients were older, more often male, non-Norwegian, unmarried and had lower level of education. They more often had disability pension or received social benefits, and were more often admitted during evenings and nights, found to have more frequent substance abuse and less often responsible for children and were less frequently motivated for admission. Involuntary patients had less contact with psychiatric services before admission. Most patients were referred because of a deterioration of their psychiatric illness. Conclusion: Involuntary hospitalization seems to be guided by the severity of psychiatric symptoms and factors "surrounding" the referred patient. Important factors seem to be male gender, substance abuse, contact with own GP, aggressive behavior, and low level of social functioning and lack of motivation. There was a need for assistance by the police in a significant number of cases. This complicated picture offers some important challenges to the organization of primary and psychiatric health services and a need to consider better pathways to care

Kannas, S. (2013). "La Loi du 5 juillet 2011 : un progrès pour l'accès aux droits des patients ? ." Pluriels(99-100).
https://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/pluriels99-100.pdf

Robiliard, D. (2013). Rapport d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie : rapport d'étape. Assemblée, N.
http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1085.pdf

Ce rapport de la mission d'information parlementaire sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie présente, dans ce rapport d'étape 17 préconisations qui concernent

principalement les soins sans consentement, en particulier au regard des deux dispositions déclarées contraires à la constitution par le Conseil Constitutionnel. Le rapport aborde également de nombreuses autres questions relatives par exemple à l'admission en UMD (unités pour malades difficiles), au suivi des soins, au fonctionnement des commissions départementales des soins psychiatriques, à la gestion des urgences, à l'hospitalisation des mineurs.... La mission poursuivra ses travaux par une seconde série d'auditions et par des visites sur le terrain en vue d'un rapport définitif sur l'ensemble du champ de la psychiatrie et de la santé mentale

Robiliard, D. (2013). Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie**:** Paris : Assemblée nationale.
http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp

Dans une première partie de ses travaux, la mission a choisi de se consacrer plus spécifiquement aux soins sans consentement, ce qui a donné lieu à un rapport d'étape. Après avoir dressé le bilan de l'organisation des soins et du dispositif de prise en charge des troubles psychiatriques, ce rapport de conclusion propose des recommandations afin de les améliorer.

2012

(2012). "Les soins psychiatriques sans consentement. Après la loi du 5 juillet 2011." ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES(2751)

La loi du 5 juillet 2011 a réformé les règles régissant la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement. Ce numéro juridique fait le point de façon très complète sur cette problématique. Au sommaire de ce numéro: La maladie mentale entre mythe et réalité, le cadre juridique de la prise en charge, le contrôle des mesures de soins psychiatriques, la présentation de la commission des relations avec les usagers de la psychiatrie

Basdekis-Jozsa, R. et Briken, P. (2012). "[Expert opinions of forensic psychiatrists regarding laws of subsequent preventive detention]." Psychiatr. Prax **39**(6): 293-295.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22926794

OBJECTIVE: With regard to changes in the German law of preventive detention--a sentence handed down to offenders who committed a grave offence and are considered a danger to public safety, similar to the preventive detention law in New Zealand--an online survey amongst forensic psychiatrists has been conducted between July and October 2011. Questions have been raised regarding the necessity of preventive detention, subsequent preventive detention (the possibility of imposing "preventive detention" after sentencing, which was ruled a violation of the European Convention of Human Rights by the European Court of Human Rights), and the Therapy Placement Act from January 1st, 2011. METHODS: Participants have been contacted via email and participation was anonymous. An online-platform has been established, and has been open for about four months. RESULTS: Most participants have been familiar with either court reports regarding preventive detention or the content of the Therapy Placement Act. Less than one third had already answered issues considering this new law. All participants have considered preventive detention as necessary, but subsequent preventive detention as well as the Therapy Placement Act as not required. CONCLUSIONS: The Therapy Placement Act was considered to be modified by involving an interdisciplinary advisory board. Terms of "psychiatric disorder" should be defined or

replaced, and frequency of psychiatric assessment should be reduced

Benezech, M., Sage, F., Degeihl, B., et al. (2012). "À propos de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge : réflexions psychologiques et médicolégales critiques." Annales Médico-psychologiques **170**(3): 216-219.

Les auteurs, au regard de leur pratique, s'interrogent sur les conséquences cliniques, administratives et logistiques de la nouvelle loi du 5 juillet 2011 relative aux soins psychiatriques sans consentement. S'il est légitime que le juge contrôle les mesures de privation de liberté des malades mentaux, l'application de la loi pose de sérieux problèmes pratiques, médicolégaux et psychologiques en ce qui concerne le secret médical, la présentation des patients a une audience judiciaire publique, la relation thérapeutique avec les soignants. La charge supplémentaire de travail pour les personnels médicaux, judiciaires et administratifs et le cout économique de cette nouvelle réforme représentent encore des facteurs qui retentissent négativement sur la qualité des soins. (RA)

Blisko, S. et Lefrand, G. (2012). Rapport d'information Assemblée nationale n° 4402 du 22 février 2012 sur la mise en œuvre de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Paris : Assemblé nationale

Ce présent rapport fait état, à l'issue d'un délai de six mois, des textes réglementaires publiés et des circulaires édictées pour la mise en œuvre de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux soins et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. À l'issue de ses travaux et auditions, la Commission des affaires sociales a établi les propositions suivantes : - prévoir des formations communes au monde judiciaire et au monde médical ; - généraliser la tenue des audiences à l'hôpital - recommander la tenue des audiences en chambre du conseil ; - rendre obligatoire la signature de protocoles entre les juridictions, les établissements psychiatriques situés dans leur ressort et, le cas échéant, les services préfectoraux prévoyant les modalités d'organisation des audiences ; - préciser, en concertation avec les barreaux, le rôle de l'avocat dans le cadre des recours de plein droit sur les mesures de soins sans consentement ; - lancer une réflexion sur l'organisation territoriale de la mission de service public d'accueil des patients en soins psychiatriques sans consentement s'inscrivant dans une réflexion plus globale sur l'organisation de la psychiatrie en France ; - constituer un groupe de travail sur les certificats médicaux en vue de proposer une réduction de leur nombre compatible avec le respect des droits des patients ; - prévoir la possibilité pour les patients en hospitalisation complète de bénéficier de sorties thérapeutiques de très courte durée

Couturier, M. (2012). "La réforme des soins psychiatriques sans consentement : de la psychiatrie disciplinaire à la psychiatrie de contrôle." Revue de Droit Sanitaire et Social(1).

Gautier, J. L. (2012). Hospitalisation sous contrainte et droits fondamentaux. La réforme des soins psychiatriques, une menace pour les libertés individuelles ?, Carnac : les éditions du Menhir

Depuis le dispositif antérieur à la loi "fondatrice" du 30 juin 1838 jusqu'à la récente loi de réforme psychiatrique du 5 juillet 2011, la vision du législateur sur la condition de la personne en situation d'hospitalisation psychiatrique contrainte a beaucoup changé. A l'appui de la jurisprudence, l'auteur démontre que cette conception, à l'origine fondée sur le maintien de l'ordre public, et dans laquelle il s'agissait de se prémunir contre l'aliéné, a évolué vers la volonté de protéger le patient lui-même. Le droit français a dès lors offert un

haut niveau de garantie aux droits de la personne hospitalisée sans son consentement. Cependant, à la suite de rapports et à la faveur d'événements dramatiques largement médiatisés, lors desquels le législateur s'est penché sur l'irresponsabilité pénale des malades mentaux, un nouveau dispositif s'est mis en place, qui tend à un contrôle social du patient par la voie sanitaire, dont l'étude démontre qu'il peut devenir un objet de menaces pour les libertés individuelles (4eme de couv)

Guedj, M., Sorum, P. C. et Mullet, E. (2012). "French lay people's views regarding the acceptability of involuntary hospitalization of patients suffering from psychiatric illness." Int J Law Psychiatry **35**(1): 50-56.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22153588

PURPOSE: To understand how lay people and health professionals in France judge the acceptability of hospitalizing a psychiatric patient against his will. METHODS: 123 lay people, 20 nurses, 5 psychologists, and 6 physicians judged the acceptability of involuntary hospitalization in each of 36 scenarios consisting of all combination of 4 factors: patient's adherence to treatment (agrees to take his medications or not); risk of suicide (none, immediate, multiple past attempts); risk of harming others (none, immediate, history of violence against others); attitude of patient's family (favorable to involuntary hospitalization or not). The judgment data were subjected to cluster analysis and subsequently to analysis of variance. RESULTS: 4 clusters were identified and labeled according to the factors that affected judgments: Never Favorable (7 participants, with mean acceptability judgment of 1.30 on a scale of 0-10); Threat to Others (35, with mean judgment of 8.68 when risk high, 2.94 when risk low), Threat to Others or Self and Adherence (88, with mean judgment of 6.89), and Always Favorable (24, with mean judgment of 8.41). CONCLUSIONS: 95% of participants agreed that involuntary hospitalization is acceptable under certain conditions, especially - in accordance with French law - when the patient presents a risk to others

Hazif-Thomas, C., Urvois, J. et Thomas, P. (2012). "La réforme des soins psychiatriques de juillet 2011 : le regard des psychiatres sur le difficile choix de la judiciarisation partielle des soins psychiatriques non consentis." revue Générale de droit médical(45): 91-111.

Après avoir présenté les principales dispositions de la réforme du 5 juillet 2011, les spécificités du travail médical en psychiatrie, dans ses rapports avec la réforme, sont analysés, et de conclure par une réflexion sur l'équilibre entre protection de la société et celle du malade

Jacobsen, T. B. (2012). "Involuntary treatment in Europe: different countries, different practices." Curr Opin. Psychiatry **25**(4): 307-310.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22569313

PURPOSE OF REVIEW: Involuntary treatment is burdened by the lack of evidence. One of the challenges is the difference in practice across borders in Europe. While reviewing the current literature, a proposal of monitoring guidelines is discussed. RECENT FINDINGS: The field is characterized by a small number of dedicated researchers. A study of violence in first-episode psychosis shows that differences in criteria for involuntary admission lead to different prognosis for the patients. The most recent contributions from the cross-national EUNOMIA study point to great variation across countries, regarding frequencies of involuntary admission as well as outcome. The EUNOMIA study provides suggestions for good quality in involuntary admission. A Cochrane review has examined the evidence of involuntary community treatment compared with standard treatment. The effectiveness of involuntary community treatment is limited. The review concludes that the benefits for a

small number of patients are outweighed by the high numbers needed to treat in terms of avoided re-admission. SUMMARY: Despite pioneering work, involuntary treatment is still caught up in tradition. There is a lack of standard and proof of effectiveness. A proposal of monitoring guidelines for involuntary measures is a first step to improve the situation

Milon, A. (2012). Rapport d'information relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux. Rapport d'information du Sénat ; n°249. Paris, Sénat
http://www.senat.fr/rap/r12-249/r12-2491.pdf

Malgré une actualité souvent tragique et une vingtaine de rapports publiés depuis dix ans, la psychiatrie française n'a été abordée par la loi que sous l'angle de la dangerosité des malades, optique restrictive que la commission des affaires sociales avait regrettée. Ce rapport présenté entend préparer l'arrivée des grands textes de santé publique et d'organisation des soins en dressant un bilan de la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux, sans ignorer la situation de celles souffrant de troubles du comportement ou de troubles envahissant du développement, et en formulant des propositions destinées à améliorer la prise en charge des patients. La commission des affaires sociales a adopté onze propositions pour remédier aux difficultés persistantes de la prise en charge psychiatrique des malades et favoriser la diffusion des meilleures pratiques en associant étroitement les soignants, les malades et les familles

Niveau, G. (2012). "Intérêts et inconvénients des soins ambulatoires forcés." Revue Médicale Suisse **8**: 1739-1742.

Senon, J.-L., Jonas, C. et Voyer, M. (2012). "Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 « relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge »." Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique **170**(3): 211-215.
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448712000820

Résumé En droit français, toute intervention sur le corps humain et donc toute hospitalisation supposant la mise en place de soins ne peuvent être réalisées qu'avec le plein consentement du patient. Une dérogation existe pour la psychiatrie depuis la loi du 30 juin 1838 portée par Esquirol. Il a fallu attendre plus d'un siècle et demi pour aboutir à la première réforme avec la loi du 27 juin 1990. Cette loi devait être réévaluée en 1995 mais la difficulté de la rédaction d'une loi aussi délicate (entre la protection de la liberté du citoyen, serait-il malade, et la nécessité de donner des soins à un patient qui, du fait de sa maladie, a perdu toute liberté, y compris celle de consentir à ses soins) a été à l'origine du dépôt bien tardif d'un projet de loi qui a dû être voté en urgence du fait de la pression du Conseil constitutionnel déclarant non constitutionnelle la loi du 27 juin 1990 pour ce qui concerne les dispositions de l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et donnant au gouvernement jusqu'au premier août 2011 pour modifier la loi. La loi du 5 juillet 2011 impose l'intervention du juge des libertés (JLD) qui se prononce sur la mesure de soins sans consentement au 15e jour et au sixième mois, avec une possibilité de saisine par le patient à tout moment des soins sans consentement. Des hospitalisations sans consentement, on passe aux soins sans consentement soit sur décision du directeur de l'établissement spécialisé, soit sur décision du représentant de l'État. La loi du 5 juillet 2011 met aussi en place des soins ambulatoires sous contrainte et encadre les sorties des patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale ou ayant séjourné en unité pour malades difficiles (UMD) plus d'un an sur les dix dernières années. In French law, all interventions on the human body, therefore, any hospitalisation, implies implementing care that can only be given with the entire consent of a patient. Derogations exist in psychiatry since the act of the 30th of June 1838 backed by

Esquirol. We had to wait more than a century and a half later to have a new reform with the act of the 27th of June 1990. This act was to be re evaluated in 1995 but the difficulty of drafting such a complex act (protecting a civil person's rights even if ill, and the necessity of care giving to patients even when these patients may have lost their capacity to consent) caused the late submission of the bill. It had to be voted with urgency due to the pressure of the constitutional council declaring non-constitutional the 27 of June 1990 act concerning the HDT procedures. The council gave the government until the 1st of August 2011 to modify the law. The act of the 5th of July imposes the intervention of the judge of freedoms who pronounces a sentence on the treatments without consent after the 15th day and the 6th month, with the possibility given to the patient to a referral at any given time, during that hospitalisation without consent. Now from "hospitalisation without consent" there is a change to "care without consent" either upon the decision of the director of the specialized establishment or upon the decision of the representative of the state. The 5th of July 2011 act also created ambulatory health care under constraints and supervises the patient's outings. This concerns patients that have benefited from a penal irresponsibility or who have stayed in a UMD for more than a year during these last 10 years.

2011

Dupuy, O. (2011). Droit et psychiatrie : la réforme du 5 juillet 2011 expliquée, Paris : Heures de France

Depuis le 1er août 2011, les règles régissant la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques ont été considérablement modifiées. Désormais, les notions d'« hospitalisation à la demande d'un tiers », d'« hospitalisation d'office » ou de « sortie d'essai » sont obsolètes. La loi du 5 juillet 2011 introduit d'importantes innovations : création d'une période d'observation et de soins de 72 heures, d'un dispositif de prise en charge « en cas de péril imminent », d'un programme de soins et d'un contrôle judiciaire obligatoire après 15 jours d'hospitalisation sans consentement. Quels sont les droits et les garanties auxquels tout citoyen soumis à une mesure de soins psychiatriques peut aujourd'hui prétendre ? Quelles sont les règles qui régissent la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux ? Le présent ouvrage a pour objet de présenter ce nouveau cadre juridique de façon précise, complète, argumentée, formulé dans un langage accessible à tous. Il vise à permettre de repérer les apports d'une réforme que les pouvoirs publics qualifient eux-mêmes de complexe et d'en expliquer les motivations. Ce livre se présente comme l'indispensable support de référence non seulement des professionnels exerçant dans le champ de la santé mentale, mais aussi de tout citoyen intéressé par le sujet (4e de couverture)

Janbon, A. (2011). "Quels effets de la dernière loi sur la psychiatrie ?" Union Sociale(249): 26-28.

Le projet de loi sur les soins sans consentement en psychiatrie a été définitivement voté par l'Assemblée nationale fin juin 2011. Cet article revient sur la philosophie et les dangers de ce texte

Lecerf, J. R. (2011). Avis relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, Paris : Sénat
http://www.senat.fr/rap/a10-477/a10-477.html

Cet avis rassemble les propositions du Sénat sur le projet de loi n° 2494 (2010-2011), complété par lettre rectificative n° 3116, adopté avec modifications par l'Assemblée

nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Lefrand, G. (2011). Rapport sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Rapport ; 3189
http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rapports/r3189.pdf

Lors de ses séances des 1er et 2 mars 2011, en présence de Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé, la commission a examiné le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, et a retenu 233 amendements parmi les 306 examinés. Le présent projet de loi s'inscrit dans la volonté de rénovation de la prise en charge psychiatrique et doit s'accompagner d'un nouveau plan pluriannuel de prévention et d'accompagnement des personnes souffrant de troubles mentaux, que le Président de la République a appelé de ces vœux à l'occasion de l'examen en Conseil des ministres de la lettre rectificative au projet de loi.

2010

Molodynski, A., Rugkasa, J. et Burns, T. (2010). "Coercion and compulsion in community mental health care." Br Med Bull **95**: 105-119.

There is ongoing debate in the UK as to the place of coercion and compulsion in community mental health care. Recent changes in service provision and amendments to the Mental Health Act in England and Wales have increased the scope for compulsion in the community. This has intensified the debate revealing fault lines in the psychiatric and legal professions. Despite powerful arguments from all sides there is little empirical evidence to inform this debate at a clinical or a theoretical level. This review utilizes evidence from articles in peer reviewed journals. Papers were identified from electronic databases, the authors' databases of relevant literature and personal correspondence with experts in the field. The evidence base is relatively small but is expanding. It has been demonstrated that informal coercion is common in USA mental health services and can be experienced negatively by patients. There is evidence that powers of compulsion in community mental health care are used frequently when available and their availability is generally seen as positive by clinicians when practice becomes embedded. The evidence for the effectiveness of compulsion in community mental health care is patchy and conflicting, with randomized or other trials failing to show significant benefits overall even if secondary analyses may suggest positive outcomes in some subgroups. There are widespread regional and international differences in the use of community compulsion. Research examining treatment pressures (or 'leverage') and the subjective patient experience of them appears to be expanding and is increasing our awareness and understanding of these complex issues. There is an urgent need for evidence regarding the usefulness and acceptability of compulsion in the community now that powers have been made available. Trials of the effectiveness of compulsion are needed as is qualitative work examining the experiences of those involved in the use of such orders. These are needed to help clinicians utilize the powers available to them in an informed and judicious fashion and to ensure adequate training.

2008

Caubet, E., Gouello, S. et Le Floch, M. N. (2008). "Approche socio-éthique de l'hospitalisation sans le consentement du malade." Gérontologie(146): 42-46.

Cet article aborde les questions de l'hospitalisation d'office et de l'hospitalisation à la demande d'un tiers et les problèmes éthiques que cela soulèvent. Il traite ainsi du rôle de l'assistant socio-éducatif dans l'annonce et l'écoute du patient hospitalisé

2007

Churchill, C., Owen, G. et Singh, S. (2007). International experiences of using community treatment orders. Londres : Institute of Psychiatry, Kings College
https://www.bipsolutions.com/docstore/pdf/16188.pdf

Coldefy, M. (2007). Les hospitalisations sans consentement en psychiatrie : évolutions et disparités géographiques départementales. In : La prise en charge de la santé mentale. Paris : La documentation française.

Henckes, N. (2007). Le nouveau monde de la psychiatrie française : les psychiatres, l'état et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970**:** 2 vol.

Cette thèse analyse le processus de réforme des hôpitaux psychiatriques en France du lendemain de la Seconde Guerre mondiale au milieu des années 1970. Reposant sur le dépouillement des principales revues professionnelles et de plusieurs fonds d'archives d'administrations de la santé, ainsi que sur une série d'entretiens menés avec des protagonistes de l'histoire, la thèse s'attache à saisir les différents projets élaborés au cours de la période, qu'ils émanent des professionnels, de l'Etat ou du travail conjoint d'intervenants en provenance de mondes sociaux différents, et à comprendre leur évolution à travers les interactions des acteurs. En dernière analyse, la réforme des hôpitaux psychiatriques a été travaillée au lendemain de la Seconde Guerre mondiale à partir d'une conception de l'intervention psychiatrique et d'une vision de la responsabilité fondées sur l'engagement des professionnels face à leurs patients.

Le Fur, P., Lorand, S., Lucas-Gabrielli, V., et al. (2007). Les hospitalisations sans consentement en psychiatrie : Caractéristiques sociodémographiques et morbidité des patients. La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques. Coldefy, M. et Masse, G., Paris : La documentation française**:** 223-231.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_mentale_2007-2.pdf

Les hospitalisations sans consentement sont en augmentation absolue depuis plus de 20 ans et les taux rapportés à l'ensemble des admissions en psychiatrie présentent de fortes disparités départementales. Cette étude décrit les caractéristiques des patients hospitalisés à temps plein un jour donné dans les secteurs de psychiatrie générale en fonction de leur mode d'hospitalisation. L'objectif est de savoir si les caractéristiques des patients hospitalisés sans consentement se distinguent ou non de celles des patients hospitalisés librement. Nous esquisserons alors des pistes d'explication possibles à ces disparités départementales (résumé d'auteur)

Lorant, V., Depuydt, C. et Gillain, B. (2007). "Involuntary commitment in psychiatric care: what drives

the decision?" Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology **42**(5): 360-365.

Psychiatric commitment laws have been reformed in many European countries. We assessed the relative importance of the different legal criteria in explaining involuntary commitment under the Belgian Mental Health Act of 1990. Method Psychiatric assessments were requested for 346 patients living in Brussels who were randomly selected from a larger group and were being considered for involuntary commitment. A retrospective study of these patients' files was carried out. Results More than half of the requests for involuntary commitment were turned down. The lack of a less restrictive alternative form of care was the criterion most crucial in decisions in favour of commitment. Alternative forms of care were more likely to be unavailable for psychotic individuals, foreigners, and patients not living in a private household. Conclusion Involuntary commitment is mainly due to the inability of the mental health care system to provide more demanding patients with alternative forms of care.

Mosse, G. (2007). "L'hospitalisation sous contrainte." Sève : les Tribunes de la Santé(17): 65-77.

Hospitaliser contre sa volonté un citoyen souffrant d'un trouble mental peut être une nécessité thérapeutique. Résistant à la judiciarisation, la France, par la loi du 27 juin 1990 réformant celle du 30 juin 1938, n'a accompagné que de façon partielle les progrès et les modalités modernes de soins. Le retrait, en novembre 2008, des articles 18 à 24 du projet de loi relative à la prévention de la délinquance, a écarté une vision dominée par les préoccupations sécuritaires. La réforme attendue par les usagers et les professionnels consisterait à alléger les procédures de soins sans consentement, qui sont généralement mises en œuvre dans l'urgence, et, à renforcer les contrôles en aval. Elle est, bien évidemment, liée à une évolution du dispositif de santé mentale

Spengler, A. (2007). "[Compulsory admission in Germany--epidemiological data 1992-2003]." Psychiatr. Prax **34 Suppl 2**: S191-S195.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17394109

OBJECTIVE: An overview of compulsory admission and civil commitment in Germany is presented. Legal, administrative, and methodological aspects are described, to allow interpretation of long-term trends. METHODS: The official court proceedings in all German federal states from 1992 to 2003 were statistically investigated. Admission data from psychiatric hospitals are reported. RESULTS: Total civil commitment rates, excluding those allowing physical restraint, increased from 24 to 55 per 100 000 inhabitants, being rarely applied in East Germany. Public commitment rates increased from 64 to 75. They remained stable in the old West German states with 80 (range 76 to 89), and increased in the new states (15 to 26). The total of all commitments increased by 38 %. Independent of compulsory admission, court decision rates with regard to physical restraint, which have been obligatory since 1992, increased markedly from 12 to 90. CONCLUSIONS: Taking into account the limitations of assessing court proceedings, there is no evidence for a strong rise of compulsory admissions in Germany. The actual number of compulsory admissions shows a tendency to stabilize on a high level, reflecting an increasing legal orientation and changing clinical practice with shorter treatments and more placements in hostels

2006

Coelho, J. (2006). Hospitalisations psychiatriques sous contrainte, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières

La législation sur les hospitalisations psychiatriques sans consentement doit à la fois répondre à des impératifs de maintien de la sécurité publique mais aussi à la prise en charge sanitaire des malades atteints de troubles mentaux. Cette prise en charge comporte le respect de la dignité humaine et, par ailleurs, des restrictions des libertés individuelles. Le système en vigueur issu de la loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, devient obsolète face à la conception actuelle de la psychiatrie peu favorable à l'internement. Cette partie du droit de la santé est donc en pleine reconstruction pour redéfinir, entre autres, le champ et les procédures d'accueil des malades atteints de troubles mentaux refusant l'hospitalisation ou dont l'état ne permet pas le consentement aux soins. L'ouvrage expose le dispositif juridique de mise en œuvre des hospitalisations psychiatriques sous Hospitalisation sous Demande d'un Tiers ou Hospitalisation d'Office et fait un tour d'horizon des travaux utiles à la révision du droit de la santé mentale. Il comprend trois parties agrémentées d'annexes et d'une liste de sigles : les deux modes d'hospitalisation sous contrainte ; les droits et autorité de contrôle des hospitalisations sous contrainte ; la réforme à venir (résumé d'auteur)

2005

Dawson, J. (2005). Community treatment orders: International comparisons. The New Zealand Foundation

HAS (2005). Recommandations pour la pratique clinique : modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Paris HAS

Lopez, A., Yeni, I., Valdes-Boulouque, M., et al. (2005). Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation
https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000110/index.shtml

Dans une première partie, le rapport rappelle le cadre juridique de la loi du 27 juin 1990 concernant l'hospitalisation des personnes présentant des troubles mentaux (affirmation des droits des patients, modalités de l'hospitalisation sous contrainte, dispositifs de contrôle et de recours), ainsi que les évolutions statistiques les plus notables. La deuxième partie étudie les forces et les faiblesses du dispositif d'hospitalisation. Dans la troisième partie, les auteurs émettent plusieurs propositions : ne pas donner obligatoirement au juge la responsabilité de décider a priori de l'hospitalisation sous contrainte d'un patient ; maintenir la dualité des procédures pour respecter la diversité des situations des malades ; faciliter l'accès aux soins et mieux orienter les patients ; renforcer les droits et les libertés ; mieux prendre en compte les impératifs de sécurité

2004

Cougnard, A., Kalmi, E., Desage, A., et al. (2004). "Factors influencing compulsory admission in first-admitted subjects with psychosis." Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol **39**(10): 804-809.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15669661

BACKGROUND: There is a growing body of evidence that patients with early psychosis have undesirable pathways to care, yet few studies have explored the factors related to compulsory admission in patients with psychosis. The aim of the present study was to

examine the demographic and clinical factors and pathways to care influencing compulsory admission in first-admitted subjects with psychosis. METHODS: Pathways to care, clinical and demographic characteristics, were assessed using multiple sources of information in 86 subjects with psychosis first admitted in two hospitals of South-Western France. Characteristics independently associated with compulsory admission were explored using logistic regressions. RESULTS: Nearly two-thirds of the subjects (61.6%) were compulsorily admitted. Compulsory admission was independently predicted by being a male (adjusted OR = 3.2, 95 % CI 1.2-8.6, p = 0.02), having a diagnosis of schizophrenia broadly defined (adjusted OR = 2.8, 95 % CI 1.02-7.4, p = 0.04) and absence of depressive or anxiety symptoms (adjusted OR = 0.05, 95% CI 0.005-0.5, p=0.01). CONCLUSION: These results suggest that factors related to the disease itself play an important role in decisions concerning compulsory admission. The high frequency of compulsory admission as the first mode of contact with psychiatric hospital in subjects with psychosis constitutes a major public health issue. Further research on the strategies aimed at avoiding compulsory admission in subjects with incipient psychosis is necessary

Dressing, H. et Salize, H. J. (2004). "Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States." Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol **39**(10): 797-803.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15669660

BACKGROUND AND AIMS: A standardised and systematic analysis of commitment laws in the European Union Member States is still missing. This study aimed at gathering, describing and analysing information on the differences or similarities of legal frameworks for involuntary placement and treatment of mentally ill patients across the European Union Member States. METHOD: Information was gathered by means of a detailed questionnaire filled in by experts from all EU Member States. Legal criteria for compulsory admission and details of the assessment and decision process of compulsory admission are outlined. RESULTS: Although common patterns among Member States can be identified upon comparison of crucial legislative or procedural details, these patterns are far from being consistent across all analysed items or approaches. With regard to compulsory admission quotas no significant influence of legal commitment criteria and the involvement of judicial authorities could be found, but Member States with an obligatory inclusion of a legal representative during the commitment procedure showed significantly lower compulsory admission quotas. CONCLUSION: Results of this study show the strong necessity for further research in this field. Common international health reporting standards as annually updated involuntary placement rates detailed for regular and emergency cases seem to be essential

Dressing, H. et Salize, H. J. (2004). "[Is there an increase in the number of compulsory admissions of mentally ill patients in European Union Member States?]." Gesundheitswesen **66**(4): 240-245.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15100940

PURPOSE: In a study subsidized by the European Commission, the course of compulsory admission rates (admissions per 100,000 population) and compulsory admission quotas (proportion of annual compulsory admissions of all admissions to psychiatric inpatient treatment) of mentally ill patients from 15 European member states was analysed. METHOD: Information was gathered by means of a detailed questionnaire filled in by experts from all EU-Member States. RESULTS: Compulsory admission rates and compulsory admission quotas differ significantly across the EU member states. Compulsory admission rates range from 6 (Portugal) to 218 (Finland) per 100,000 population and compulsory admission quotas vary from 3.2 % (Portugal) to 30 % (Sweden). In some member states a significant increase of compulsory admission rates was detected without a significant increase of compulsory

admission quotas. CONCLUSION: The relatively steady compulsory admission quotas suggest no real increase of coercion regarding admission to psychiatric inpatient care. Increasing compulsory admission rates rather reflect changing overall patterns of providing psychiatric service, tending towards decreased length of hospital stays, and more frequent readmissions

Salize, H. J. et Dressing, H. (2004). "Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union." Br. J Psychiatry **184**: 163-168.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14754830

BACKGROUND: Despite the tendency for harmonisation of strategies for mental health care delivery, rules and regulations for involuntary placement or treatment of mentally ill persons still differ remarkably internationally. Rapid European integration and other political developments require valid and reliable international overviews, sound studies and profound analyses of this controversial issue. AIMS: To give an overview of compulsory admission data from official sources across the European Union (EU). METHOD: Data on the legal frameworks for involuntary placement or treatment of people with mental illness and their outcomes were provided and assessed by experts from all EU member states. RESULTS: Total frequencies of admission and compulsory admission rates vary remarkably across the EU. Variation hints at the influence of differences in legal frameworks or procedures. Time series suggest an overall tendency towards more or less stable quotas in most member states. CONCLUSIONS: Further research is greatly needed in this field. Common international health reporting standards are essential to the compilation of basic data

2002

Salize, H. J., Dressing, H. et Peitz, M. (2002). Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients : législation and practice in EU-Member States Final report. Bruxelles : European Commission - Health & Consumer Protection Directorate-General

Zinkler, M. et Priebe, S. (2002). "Detention of the mentally ill in Europe--a review." Acta Psychiatr Scand **106**(1): 3-8.

OBJECTIVE: The frequency of compulsory admission varies widely across Europe. Although there has been some research on a nation-wide level, no work has been done to compare mental health legislation in different countries in relation to detention rates and to patients' perception of hospital detention. METHOD: Databases and government statistics were searched for regional, national and European data. Legal frameworks were compared and reviewed in relation to patients' and professionals' views. RESULTS: Nearly 20-fold variations in detention rates were found in different parts of Europe. Criteria for detention of the mentally ill are broadly similar when it comes to patients at risk to themselves or others. However different rules apply for involuntary treatment in the interest of the patient's health. CONCLUSION: Variations in detention rates across Europe appear to be influenced by professionals' ethics and attitudes, sociodemographic variables, the public's preoccupation about risk arising from mental illness and the respective legal framework.

2001

Darsow-Schutte, K. I. et Muller, P. (2001). "[Number of hospitalizations according to German "PsychKG" legislation has doubled in 10 years]." Psychiatr. Prax **28**(5): 226-229.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11479829

AIM: to examine the frequency of involuntary hospitalisation according to PsychKG (german law concerning psychiatric practice) in a comprehensive region with good overall medical/psychiatric services, over the course of a decade. METHOD: All cases of compulsory admission into Psychiatric Clinics within the greater Gottingen area (Central Germany) were evaluated every two years between 1988 and 1998. RESULTS: The number of involuntarily hospitalised patients doubled within the ten years of evaluation although the density of population remained stable and the already good quality out-patient treatment experienced further improvement. However, the total number of in-patients also doubled during this time, so that the proportion between compulsory admission and voluntary hospitalisation remained the same. CONCLUSION: Similar to other regions, the increase in compulsory admissions is considerable. The development towards shorter treatments and an increasing frequency of re-hospitalisation seem to have no significant influence on the courses of disease or on future pathological crises of the patients in question. It is possible that the expected lack of a decreasing rate of compulsory admission is partly caused by behaviour on the part of the physician

1997

Rosenfield, S. (1997). "Labeling Mental Illness: The Effects of Received Services and Perceived Stigma on Life Satisfaction." American Sociological Review **62**(4): 660-672.
http://www.jstor.org/stable/2657432

[Labeling theory proponents and the theory's critics have different views of stigma and thus differ on the consequences of labeling for people with mental illness. The labeling perspective posits that because of stigma, official labeling through treatment contact has negative consequences for mental patients. In contrast, critics of labeling theory claim that stigma is relatively inconsequential. Instead, they argue that because labeling results in receiving needed services, it provides significant benefits for mental patients. Thus far, no study has tested the relative positive and negative effects of labeling. I examine these views by comparing the importance of perceived stigma versus the receipt of services for the quality of life of persons with chronic mental illness. Results show that both stigma and services received are significantly associated with quality of life, but in opposite ways. These findings have important implications for interventions for mental illness.]

1993

Riecher-Rössler, A. et Rössler, W. (1993). "Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison." Acta Psychiatr Scand **87**(4): 231-236.
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03363.x

The frequency of compulsory admissions to psychiatric hospitals varies considerably between countries and regions. However, the differences are partly artificial, as the figures available are not fully comparable; this is mainly owing to differing definitions of "compulsory" and the methodological shortcomings of most studies in this field. In addition, there are also clear real differences, most of which result from different legislation and administrative regulations. Characteristics of the patient that influence the risk of compulsory admission include diagnosis and certain sociodemographic and social factors. Most studies, however, are based on highly selected populations. Furthermore, the results depend heavily on the commitment frequency of a country and therefore eventually also on the restrictiveness of

legislation. The lack of methodologically sound studies, internationally comparable data and internationally published information is regrettable, as international comparison and discussion would certainly be valuable, especially for countries that are in the process of re-evaluating their commitment criteria and mental health legislation.

1991

Riecher, A., Rossler, W., Loffler, W., et al. (1991). "Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients." Psychol Med **21**(1): 197-208.

From 1 January 1984 until 30 June 1986 all 517 compulsorily admitted psychiatric patients of a well-defined mixed rural-urban catchment area in Baden-Wurttemberg, a southern State of the German Federal Republic, were compared with all 10,232 voluntarily admitted patients. Because of the very low frequency of compulsory admissions this population can be regarded as a 'core group' of committed patients. In a logit analysis the characteristics distinguishing involuntary from voluntary patients can be reduced to three main factors: the diagnosis 'schizophrenia/paranoid disorder', 'masculine gender' and the compound indicator 'not owning a home', the latter being mainly associated with youth, masculine gender and low occupational status. The strong association of these characteristics with the criteria 'severity of disease' and 'danger to oneself and others', both pre-requisites for compulsory admission according to the laws of most countries, is discussed.

LA PSYCHOTHERAPIE

Les expérimentations de remboursement des psychothérapies

Les personnes soignées pour une pathologie psychiatrique ou consommateurs de psychotropes connaissent une surmortalité par rapport à la population générale (Ha et al., 2017). Devant le constat que les antidépresseurs étaient probablement trop fréquemment prescrits de manière inadéquate dans la population générale et qu'il y avait inversement une sous-prescription chez les patients ayant un épisode dépressif modéré à sévère (Fagot et al., 2016), l'Assurance Maladie a lancé deux expérimentations concernant la prise en charge de la psychothérapie, une alternative aux traitements médicamenteux recommandée par la Haute Autorité de santé (HAS), mais dont le remboursement n'était pas assuré par l'Assurance Maladie, à la différence d'autres pays européens (Royaume-Uni[29] et Australie [30]notamment). La première expérimentation, lancée en 2017, concerne la prise en charge psychique des jeunes de 11 à 21 ans[31], qui peuvent se voir rembourser des consultations psychologiques dans la limite d'un forfait. La seconde porte sur la prise en charge des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée chez l'adulte selon les recommandations françaises et internationales.[32] Déployé depuis l'automne 2017 dans quatre départements français (Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne, Landes et Morbihan), ce dispositif est inscrit dans le Plan National de Santé Publique « Prévention pour lutter contre les inégalités de santé » et sera expérimenté durant trois ans[33]. Une évaluation médico-économique de cette expérimentation sera réalisée, afin de mettre en évidence l'impact de cette prise en charge, en particulier en termes de retour à l'emploi et de moindre consommation d'indemnités journalières maladie (Cnam, 2018).

2019

Bartram, M. et Stewart, J. M. (2019). "Income-based inequities in access to psychotherapy and other mental health services in Canada and Australia." Health Policy **123**(1): 45-50.
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018305992

This paper compares income-based inequities in access to psychotherapy and other mental health services in Canada and Australia, two federal parliamentary systems with sharply contrasting responses to high rates of unmet need. Income-based inequity is measured by need-standardized concentration indices, using comparable data from the Canadian Community Health Survey 2011–2012 and the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being 2007. The results indicate that utilization of psychologist services is more concentrated at higher income levels (i.e. pro-rich) than the other provider groups in both countries, and may be more pro-rich in Canada than in Australia. While the distribution of unmet need for psychotherapy was expected (as a negative indicator of access) to be more concentrated at lower income levels (i.e. pro-poor) under Canada's two-tier system, unmet need was not more equitable in Australia despite expanded public insurance coverage. As psychotherapy was made universally affordable for the first time in Australia in 2006, a possible backlog effect may have driven up both service utilization and unmet need, particularly among lower-income Australians. The impact of different Medicare co-payment policies also warrants further exploration.

[29] Programme : "Improving Access to psychological therapies (IAPT)" – 2007.
[30] Programmes : "Australia's Better Outcomes in Mental Health Care (BOiMHC)" – 2001 et " Better Access to Psychiatrists Psychologists and General Practitioners" – 2006.
[31] Décret n° 2017-813 du 5 mai 2017 relatif aux expérimentations visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes ; complété par l'arrêté du 19 décembre 2017 et selon l'article 68 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.
[32] HAS. Recommandation de bonnes pratiques, Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours, octobre 2017 ; et NICE, Clinical guideline, Depression in adults: recognition and management, 2009.
[33] Ce dispositif expérimental a été élaboré en association avec le ministère de la santé, le Collège de la médecine générale (CMG), le Collège national des professionnels de psychiatrie (CNPP), le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP), des représentants de psychologues cliniciens et l'Association française des thérapies cognitives et comportementales (AFTCC).

Diminic, S. et Bartram, M. (2019). "Does Introducing Public Funding for Allied Health Psychotherapy Lead to Reductions in Private Insurance Claims? Lessons for Canada from the Australian Experience." Can J Psychiatry **64**(1): 68-76.

OBJECTIVE: Provincial and territorial governments are considering how best to improve access to psychotherapy from the current patchwork of programmes. To achieve the best value for money, new funding needs to reach a wider population rather than simply replacing services funded through insurance benefits. We considered lessons for Canada from the relative uptake of private insurance and public funding for allied health psychotherapy in Australia. METHOD:: We analysed published administrative claims data from 2003-2004 to 2014-2015 on Australian privately insured psychologist services, publicly insured psychotherapy under the 'Better Access' initiative, and public grant funding for psychotherapy through the 'Access to Allied Psychological Services' programme. Utilisation was compared to the prevalence of mental disorders and treatment rates in the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. RESULTS:: The introduction of public funding for psychotherapy led to a 52.1% reduction in private insurance claims. Costs per session were more than double under private insurance and likely contributed to individuals with private coverage choosing to instead access public programmes. However, despite substantial community unmet need, we estimate just 0.4% of the population made private insurance claims in the 2006-2007 period. By contrast, from its introduction, growth in the utilisation of Better Access quickly dwarfed other programmes and led to significantly increased community access to treatment. CONCLUSIONS:: Although insurance in Canada is sponsored by employers, psychology claims also appear surprisingly low, and unmet need similarly high. Careful consideration will be needed in designing publicly funded psychotherapy programmes to prepare for the high demand while minimizing reductions in private insurance claims.

Rosenberg, S. P. et Hickie, I. B. (2019). "The runaway giant: ten years of the Better Access program." Med J Aust **210**(7): 299-301.e291.

Sweeney, A., Clement, S., Gribble, K., et al. (2019). "A systematic review of qualitative studies of adults' experiences of being assessed for psychological therapies." Health Expect **22**(2): 133-148.

OBJECTIVE: To synthesize the qualitative literature on adults' experiences of psychological therapy assessments. The review was led by people with experience of undergoing assessments, with high levels of client involvement throughout. SEARCH STRATEGY: A comprehensive search of electronic databases was undertaken, with additional search strategies employed to locate further literature. INCLUSION CRITERIA: Studies were included that qualitatively explored the experiences of people aged 16+ who had been assessed for psychological therapy services. Assessments could be structured or unstructured. Qualitative was defined as any analysed account of people's experiences, including qualitative survey data. DATA EXTRACTION AND SYNTHESIS: Literature quality was appraised using the Critical Appraisal Skills Program checklist, modified to include client involvement and intersectionalities. Following data extraction, thematic synthesis was used to synthesize findings across studies. RESULTS: Of 12 743 titles were screened, with 13 studies relevant to the review. Themes and subthemes were identified at three stages of the assessment process: the journey to the assessment, at the assessment, and after the assessment. Findings highlighted the emotional impact of assessments, collaboration, intersectionalities, rights, pathologization, socioeconomic restrictions, and information and support needs. Implications and limitations were indicated. DISCUSSION AND CONCLUSIONS: Findings were situated within the trauma-informed (TIA) literature. Trauma-informed assessment

principles, including collaborative assessments, may be fruitful means of improving people's experiences. Whilst the benefits of collaboration appear self-evident, explicitly collaborative approaches were not the norm, nor were studies conducted independently. Further service user research is needed. A greater understanding of the experience of minority groups is also needed.

2018

Clark, D. M. (2018). "Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program." Annu Rev Clin Psychol **14**: 159-183.

Empirically supported psychological therapies have been developed for many mental health conditions. However, in most countries only a small proportion of the public benefit from these advances. The English Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) program aims to bridge the gap between research and practice by training over 10,500 new psychological therapists in empirically supported treatments and deploying them in new services for the treatment of depression and anxiety disorders. Currently IAPT treats over 560,000 patients per year, obtains clinical outcome data on 98.5% of these individuals, and places this information in the public domain. Around 50% of patients treated in IAPT services recover, and two-thirds show worthwhile benefits. The clinical and economic arguments on which IAPT is based are presented, along with details of the service model, how the program was implemented, and recent findings about service organization. Limitations and future directions are outlined.

Jorm, A. F. (2018). "Australia's 'Better Access' scheme: Has it had an impact on population mental health?" Aust N Z J Psychiatry **52**(11): 1057-1062.

BACKGROUND: Australia introduced the Better Access scheme in late 2006, which resulted in a large increase in the provision of mental health services by general practitioners (GPs), clinical psychologists, other psychologists and allied health professionals. It is unknown whether this increase in services has had an effect on the mental health of the population. METHODS: The following data were examined: per capita use of mental health services provided by GPs, clinical psychologists, other psychologists, allied health professionals and psychiatrists from 2006 to 2015 according to the Australian Government Department of Human Services; prevalence of psychological distress in adults (as measured by the K10) from National Health Surveys in 2001, 2004-2005, 2007-2008, 2011-2012 and 2014-2015; and the annual suicide rate from 2001 to 2015 according to the Australian Bureau of Statistics. RESULTS: The large increase in the use of mental health services after the introduction of the Better Access scheme had no detectable effect on the prevalence of very high psychological distress or the suicide rate. CONCLUSION:: Better Access has not had a detectable effect on the mental health of the Australian population.

Marks, D. F. (2018). "IAPT under the microscope." J Health Psychol **23**(9): 1131-1135.

England's flagship 'Improving Access to Psychological Therapies' (IAPT) service has cost around pound1 billion yet Scott's (2018a) study suggests that only 9.2% of IAPT patients recover. This leaves an enormous gap of 40.8% between the observed recovery rate and IAPT's claimed recovery rate of 50.0%. The spotlight is on patients with 'medically unexplained symptoms' (MUS) and 'long-term conditions' (LTCs) such as 'diabetes, COPD and ME/CFS, yet there is no way of knowing whether IAPT is capable of yielding the promised rewards or English patients are being sold an expensive pup. An urgent independent expert

review of IAPT recovery rates is necessary to answer this question.

NHS Digital (2018). Psychological therapies : : annual report on the use of IAPT services : England : further analyses on 2016-17. Leeds :, NHS Digital
http://www.digital.nhs.uk/catalogue/PUB30232

This report examines activity, waiting times and outcomes in the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme from 1 st April 2016 to 31st March 2017.IAPT is run by the NHS in England and offers NICE-approved therapies for treating people with depression or anxiety.

Tasca, G. A., Town, J. M., Abbass, A., et al. (2018). "Will Publicly Funded Psychotherapy in Canada Be Evidence Based? A Review of What Makes Psychotherapy Work and a Proposal." Canadian Psychology-Psychologie Canadienne **59**(4): 293-300.

Jurisdictions in Canada, notably in Ontario and Quebec, are proposing a laudable goal of increasing publicly funded access to psychotherapy. Ontario and Quebec will likely follow the lead of the Increasing Access to Psychotherapy (IAPT) program in the United Kingdom and train psychotherapists to provide cognitive-behavioural therapy. Results from IAPT provide some important lessons about taking an approach that prefers one brand of psychotherapy. We argue that such policy decisions are based on a medical model approach to psychotherapy that makes erroneous assumptions about what psychotherapy is, what is the nature of the evidence, and how training and services should be delivered. In this article, we review critically these assumptions and the state of the art of the research about what makes psychotherapy work. Psychotherapy is effective and preferable to antidepressant medication. Differences between psychotherapies account for a small proportion of variance in patient outcomes. The largest known predictors of patient outcomes are patient factors (coping style, resistance/reactance, interpersonal problems, culture) and therapeutic relationship factors (therapeutic alliance). Also notable are therapist factors (facilitative interpersonal skills, empathy, and managing countertransference), and practices like progress monitoring. Canadian jurisdictions should note that training therapists to adapt treatment and interpersonal stances to patient characteristics, to develop and maintain the therapeutic relationship, to enhance therapist facilitative interpersonal skills, and to engage in progress monitoring has a greater chance of achieving a reduction in the burden caused by depression and anxiety among their citizens than focusing on delivering a particular brand of psychotherapy.

2017

Ha, C., Chan Chee, C. et Decool, E. (2017). "Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire(23): 500-508.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/23/index.html

[BDSP. Notice produite par SANTE-PUBLIQUE-FRANCE nR0xGk97. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : l'objectif était de décrire la mortalité associée à l'existence de troubles mentaux (TM) en France. Méthodes : notre analyse, dite en causes multiples, porte à la fois sur les causes initiales (CI) et sur les causes associées des décès survenus en France de 2000 à 2013, extraits de la base nationale du CépiDc-Inserm. L'ensemble des TM du chapitre F de la Classification internationale des maladies (CIM-10, codes F00 à F99) ainsi que des sous-groupes ont été considérés. Résultats : de 2000 à 2013,783 403 décès avec mention

de TM ont été enregistrés, représentant en moyenne 55 957 décès annuels et 10,3% de l'ensemble des décès survenus sur cette période. Les taux de décès avec TM standardisés sur l'âge ont baissé globalement (-15,1%) sur l'ensemble de la période. Pour les hommes comme pour les femmes, l'âge moyen au décès était particulièrement bas pour la schizophrénie (respectivement 55,9 ans et 67,6 ans) et pour les TM liés à l'alcool (respectivement 59,4 et 60,7 ans). Les CI de décès se répartissaient ainsi : pour les décès avec mention de TM, le suicide (11,1%) se situait en 3e position, derrière les causes cardiovasculaires (27,3%) et les cancers (18,1%), alors que pour les décès sans mention de TM, le suicide (1,3%) se plaçait loin derrière les cancers (31,0%) et le cardiovasculaire (28,9%). Conclusion : ce travail souligne l'importance de prendre soin aussi bien de la santé mentale que physique des personnes souffrant de TM, ainsi que de la nécessité de développer auprès d'elles des actions de prévention, notamment du suicide mais portant aussi sur les facteurs de risque cardiovasculaire, respiratoire et métabolique.

2016

Fagot, J. P., Cuerq, A., Samson, S., et al. (2016). "Cohort of one million patients initiating antidepressant treatment in France: 12-month follow-up." Int J Clin Pract **70**(9): 744-751.

AIMS: Previous studies have shown that the recommended minimum 6-month period for antidepressant treatment is actually observed for only a minority of patients. The objectives of this study were to characterise patients with newly prescribed antidepressant treatment in France and identify factors possibly associated with insufficient duration of treatment or the occurrence of certain events such as sick leave, hospitalisations and suicide attempts. METHODS: Data were extracted from the French health insurance database (SNIIRAM) and the national hospitalisation database (PMSI) for patients covered by the main French health insurance scheme representing 75% of the French population. Patients were included if they had a newly prescribed antidepressant in 2011, but no prior psychiatric diagnosis identified in the databases and no significant psychiatric medication (such as antipsychotic or mood stabiliser) in 2009-2010. RESULTS: A total of 998 710 patients (2% of the overall population), with a mean age of 50 years and 66% of females, initiated an antidepressant in 2011, which was prescribed by a general practitioner in 89% of cases. Five generic names, including three selective serotonin reuptake inhibitors, accounted for 75% of first prescriptions. Only one reimbursement was observed for 40% of patients. Treatment duration was less than 6 months for more than 80% of patients, more frequently for low income earners, and varied according to age, gender and region. The median time lag between first visit and antidepressant initiation was 27 days. Hospitalisation related to a psychiatric disease over the following 12 months was observed for 3% of patients. CONCLUSION: Duration of treatment and follow-up were both insufficient for the majority of French patients initiating antidepressant treatment in 2011, which may reflect poor quality of care for people with mood or anxiety disorders, possibly because of overdiagnosis and inappropriate drug treatment, or poor adherence and side effects, or poor follow-up.

Kovess-Masfety, V. et Husky, M. (2016). "Recours à la psychothérapie en France : résultats d'une enquête épidémiologique dans quatre régions." Actualite Et Dossier En Sante Publique(97): 10-15.

[BDSP. Notice produite par EHESP Jnk8R0xA. Diffusion soumise à autorisation]. A l'heure actuelle, seules les enquêtes épidémiologiques peuvent nous renseigner sur le suivi de psychothérapies au sein de la société française. Une enquête menée dans quatre régions nous révèle que 7% de la population suivent une psychothérapie. Pour plus de la moitié, elle

a été réalisée auprès d'un psychiatre et pour 30% auprès d'un psychologue. Des travaux supplémentaires sont néanmoins nécessaires pour comprendre le type de psychothérapies dispensées et établir des recommandations de bonnes pratiques.

2015

Bradley, S., Doucet, R., Kohler, E., et al. (2015). "[Access to government-funded psychotherapy: Comparing the point of view of psychologists and psychotherapists]." Sante Ment Que **40**(4): 175-200.

Objectives Within the Quebec context, as well as the larger Canadian and International context, increasing access to mental health care treatment has become a major health care priority (see Peachey, Hicks, & Adams, 2013). Initiatives to increase access through government-funded psychotherapy have been successfully implemented in Australia and the United Kingdom. The current study sought to document how licensed psychologists and psychotherapists in Quebec differ in their attitudes about the components of these government-funded psychotherapy programs and increasing access to psychotherapy treatment. Methods The target population for the study included both psychologists and psychotherapists whom were licensed to practice psychotherapy with the Ordre of Psychologists of Quebec. Participants (N = 1 275) were recruited by email to participate in an online questionnaire focusing on components such as the services that should be offered in a new government-funded psychotherapy model (eg., individual therapy, family therapy; including employment and debt counselling), the choice and autonomy clinicians have in their treatment interventions, the role of the referring General Practitioner (GP), the fees per psychotherapy hour, the hiring structure (e.g., in the public sector versus reimbursing private psychotherapy services), among others. Results The results indicated that psychotherapists were more in favour of including family and couple therapy, and employment/vocational counselling than psychologists. Psychologists were more in favour of using evidence-based practices as well as tracking treatment outcomes using validated measures, and publishing treatment satisfaction ratings to the public. Psychotherapists were more in favour of being paid on a session-to-session basis as opposed to be being hired on a salaried basis to offer government-funded psychotherapy. Conclusions Given that psychologists and psychotherapists differ in their training background and have historically played different roles in the health care system, it is important to understand how they differ in their perspectives on accessibility to psychotherapy. The implications for implementing government-funded psychotherapy initiatives in Quebec given the different professional perspectives of the two groups are discussed.

Deutsch Gesell, P. (2015). "Concept of budget-based remuneration system for the fields of psychiatry and psychotherapy, psychosomatic medicine and psychotherapy, child and adolescent psychiatry and psychotherapy." Nervenarzt **86**(11): 1400-1402.

A new remuneration system is currently being developed for the hospital care of people with mental disorders. Last year, because of sharp criticism the option phase of the planned Flat-rate Charges in Psychiatry and Psychosomatics (Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik, PEPP) was extended by 2 years. During this time the Federal Ministry of Health wants to look for alternatives and possible starting points for the further development of care. Now, 16 scientific professional associations and organisations have presented a joint concept for a sustainable solution: the budget-based remuneration system. The system is suitable for ensuring that people with mental disorders are treated according to their particular needs and for promoting the appropriate further development of regional

care in all treatment settings. It corresponds with the objectives as formulated in Section 17d of the Hospital Finance Act (Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG) and translates the PEPP system, which is currently being developed and focusses on average prices, into a performance-oriented, transparent budgetary system. The fundamental principle is the separation of the individual hospitals' budgeting on the basis of evidence-based, feature-and performance-related modules and billing in the form of advance payments from the agreed budget.

Fansi, A. et Jehanno, C. (2015). Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie, Volet II : Analyse des modalités et des conditions d'accès aux services de psychothérapie pour le traitement des adultes atteints de troubles dépressifs et anxieux. Volet II – Analyse des modalités et des conditions d'accès aux services de psychothérapie pour le traitement des adultes atteints de troubles dépressifs et anxieux. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux**:** 47p.
http://capqc.ca/sites/capqc.ca/files/uploads/pages/2015/inesss_psychotherapie_voletii_modalites_conditions_acces.pdf

L'accessibilité physique et financière à la psychothérapie reste limitée. Au Québec, seulement le tiers des professionnels habilités à offrir de la psychothérapie pratiquent dans le secteur public et la politique de couverture et de remboursement de ce service est très restreinte. Cela fait en sorte que ce sont majoritairement les personnes qui ont les moyens financiers de débourser le coût des séances ou qui ont une assurance privée qui profitent de ce service, lequel est largement disponible dans le secteur privé. En 2012, le Commissaire à la santé et au bien-être a recommandé au gouvernement du Québec de diversifier le panier de services assurés dans le secteur de la santé mentale et d'offrir un accès équitable aux services de psychothérapie. La Direction de la santé mentale du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a donc confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat d'effectuer une analyse descriptive des modalités et des conditions d'accès aux services de psychothérapie dans différents pays, tant sur le plan international (principalement au RoyaumeUni et en Australie) que sur le plan national (au Canada) et provincial (au Québec). Cette analyse servira de base à l'élaboration d'un modèle ou des modèles adéquats d'introduction de la psychothérapie dans l'arsenal thérapeutique du Québec en vue d'augmenter l'accessibilité à la psychothérapie. Cette publication présente une revue de littérature.

Vasiliadis, H. M. et Dezetter, A. (2015). "Les programmes de prise en charge financière des psychothérapies en Australie et en Angleterre. In : Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada Expériences de pays francophones." Santé mentale au Québec **40**(4): 101-118.

L'article décrit les programmes de prise en charge financière des psychothérapies en Australie et en Angleterre. Au début des années 2000, le gouvernement australien a implanté une réforme de santé publique visant à permettre un meilleur accès, gratuit ou peu coûteux, aux psychothérapies brèves, en soin primaire, pour les personnes souffrant de troubles mentaux courants. Cette réforme reconnaît l'importance du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles, et la collaboration avec les professionnels de santé mentale. Deux programmes ont été mis en œuvre : Access to Allied Psychological Services en 2003 et Better Access en 2006. En 2009, deux millions d'Australiens ont reçu onze millions de séances de psychothérapies. Les études ont montré des résultats positifs sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale primaires et sur la santé des patients. L'Angleterre a mis en place le programme Improving Access to psychological Therapies en 2007 en offrant un service de psychothérapies brèves pour les personnes souffrant de

troubles mentaux courants. Le modèle de soin en étape suit les guides cliniques du National Institute for Health and Clinical Excellence, le type de professionnel (counselor ou psychothérapeute formés), le nombre de séances (4 à 13) et la méthode thérapeutique varient selon la sévérité du trouble. Un million de patients ont été traités depuis le début du programme. Les études ont aussi montré des résultats de santé positifs pour les patients du programme. En conclusion les programmes de prise en charge des psychothérapies s'avèrent coûts-efficaces.

Vasiliadis, H. M., Dezetter, A. et Lesage, A. (2015). "Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada : Expériences de pays francophones." Santé mentale au Québec **40**(4): 245p.

Willard, M., Clément, C. et Khazaal, Y. (2015). "Pourquoi rembourser la psychothérapie est une nécessité de santé publique ?" Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive **25**(4): 145-147.
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1155170415000774

2014

Dezetter, A. et Vasiliadis, H. M. (2014). "Les avantages économiques d'un meilleur accès aux psychothérapies : deux exemples à l'étude. ." Quintessence **6**(6): 2p.
http://www.qualaxia.org/wp-content/uploads/quintessence-v06n06-fr.pdf

Jacke, C. O. et Salize, H.-J. (2014). "Cost effectiveness of a health insurance based case management programme for patients with affective disorders." Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Osterreichischer Nervenarzte und Psychiater **28**(3): 130-141.

OBJECTIVE: Health economic evaluation of a health insurance based case management intervention for persons with mood to severe depressive disorders from payers' perspective. Intervention intended to raise utilization rates of outpatient health services. METHODS: Comparison of patients of one German health insurance company in two different regions/states. Cohort study consists of a control region offering treatment as usual. Patients in the experimental region were exposed to a case management programme guided by health insurance account manager who received trainings, quality circles and supervisions prior to intervention. Utilization rates of ambulatory psychiatrist and/or psychotherapist should be increased. Estimation of incremental cost effectiveness ratio (ICER) was intended. RESULTS: Intervention yielded benefits for patients at comparable costs. A conservative estimation of the ICER was 44,16 euro. Maximum willingness to pay was 378,82 euro per year. Sensitivity analyses showed that this amount of maximum willingness to pay can be reduced to 34,34 euro per year or 2,86 euro per month due to cost degression effects. CONCLUSIONS: The intervention gains increasing cost effectiveness by the number of included patients and case managers. Cooperation between health insurances is suggested in order to minimize intervention cost and to maximize patient benefits. Results should be confirmed by individual longitudinal data (bottom-up approach) first.

2013

Dezetter, A., Briffault, X., Ben Lakhdar, C., et al. (2013). "Costs and Benefits of Improving Access to Psychotherapies for Common Mental Disorders." Journal of Mental Health Policy and Economics **16**(4): 161-177.

http://www.icmpe.org/test1/journal/journal.htm

Structured psychotherapies are effective and recommended treatments for mental disorders. Nevertheless, in France, psychotherapies are not reimbursed by health cover systems. A financial evaluation of covering the cost of psychotherapies was performed using the methodology of the British programme Improving Access for Psychological Therapies. The cost of a session was estimated at 41 euros, the reimbursement rate by the compulsory health insurance system at 60% for the care of individuals aged 18 to 75 presenting common, chronic and/or severe mental disorders. The annual costs of disorders were estimated to be between 4,702 euros and 1,500 euros. The remission rate attributable to psychotherapies was estimated to be 30% plus or minus 10%. Funding psychotherapies proves to be a cost-efficient investment. The yearly cost of psychotherapies for the compulsory cover system would be 308 million Euros, to treat 1.033 million patients. 1 euro spent for the psychotherapy would enable the community savings between 1.14 euros and 1.95 euros.

Werbart, A., Levin, L., Andersson, H., et al. (2013). "Everyday evidence: Outcomes of psychotherapies in Swedish public health services." Psychotherapy (Chic) **50**(1): 119-130.

This naturalistic study presents outcomes for three therapy types practiced in psychiatric public health care in Sweden. Data were collected over a 3-year period at 13 outpatient psychiatric care services participating in the online Quality Assurance of Psychotherapy in Sweden (QAPS) system. Of the 1,498 registered patients, 14% never started psychotherapy, 17% dropped out from treatment, and 36% dropped out from data collection. Outcome measures included symptom severity, quality of life, and self-rated health. Outcomes were studied for 180 patients who received cognitive-behavioral, psychodynamic, or integrative/eclectic therapy after control for dropout representativity. Among treatment completers, patients with different pretreatment characteristics seem to have received different treatments. Patients showed significant improvements, and all therapy types had generally good outcomes in terms of symptom reduction and clinical recovery. Overall, the psychotherapy delivered by the Swedish public health services included in this study is beneficial for the majority of patients who complete treatment. Multilevel regression modeling revealed no significant effect for therapy type for three different outcome measures. Neither did treatment duration have any significant effect. The analysis did not demonstrate any significant therapist effects on the three outcome measures. The results must be interpreted with caution, as there was large attrition and incomplete data, nonrandom assignment to treatment, no treatment integrity control, and lack of long-term follow-up.

2012

Dezetter, A. (2012). Analyses épidémiologiques et socio-économiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies. Paris : Université Paris Descartes, Université Paris Descartes. École Doctorale de Santé Publique ED420 **Doctorat Santé publique, Économie et Sciences sociales de la santé.** .

2011

Pirkis, J., Harris, M., Hall, W. D., et al. (2011). Evaluation of the Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule Initiative

Centre for health policy, programs and economics. Summary evaluation. Final report. Melbourne : The University of Melbourne: 61p.
http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/%20content/5F330C940AFDB767CA257BF0001DE702/$File/sum.pdf

Soeteman, D. I., Busschbach, J. J., Verheul, R., et al. (2011). "Cost-effective psychotherapy for personality disorders in the Netherlands: the value of further research and active implementation." Value Health **14**(2): 229-239.

OBJECTIVE: In a budget-constrained health care system, decisions regarding resource allocation towards research and implementation are critical and can be informed by cost-effectiveness analysis. The objective of this study was to assess the societal value of conducting further research to inform reimbursement decisions and implementation of cost-effective psychotherapy for clusters B and C personality disorders (PDs). METHODS: Value of information and value of implementation analyses were conducted using previously developed cost-effectiveness models for clusters B and C PDs to evaluate the parameters that contribute to most of the decision uncertainty, and to calculate the population expected values of perfect information (pEVPI) and perfect implementation (pEVPIM). RESULTS: The pEVPI was estimated to be euro425 million for cluster B PDs and euro315 million for cluster C PDs, indicating that gathering additional evidence is expected to be cost-effective. The categories of parameters for which reduction of uncertainty would be most valuable were transition probabilities and health state costs. The pEVPIM was estimated to be euro595 million for cluster B PDs and euro1,372 million for cluster C PDs, suggesting that investing in implementation of cost-effective psychotherapy is likely to be worthwhile. CONCLUSIONS: The societal value of additional research on psychotherapy for clusters B and C PDs is substantial, especially when prioritizing information on transition probabilities and health state costs. Active implementation of cost-effective treatment strategies into clinical practice is likely to improve the efficiency of health care provision in The Netherlands.

2010

Falissard, B. (2010). "Comment penser l'évaluation des psychothérapies dans le contexte général de l'évaluation des thérapeutiques ?" Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique **168**(2): 156-158.
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448709003655

Résumé La méthodologie d'évaluation des thérapeutiques médicamenteuses est bien établie. Est-ce aussi le cas en ce qui concerne les psychothérapies ? Les avis sont partagés. Quatre points méthodologiques clés relatifs à l'évaluation de toute thérapeutique seront abordés dans un premier temps : quelles sont les thérapeutiques à comparer ? Quels sont les patients inclus ? Comment évaluer l'efficacité des thérapeutiques ? Comment assurer la comparabilité des groupes de traitement ? Nous verrons ainsi que l'évaluation des thérapeutiques médicamenteuses ou psychothérapeutiques relève fondamentalement de la même méthodologie. Nous verrons enfin que l'évaluation des thérapeutiques médicamenteuses vit actuellement les débuts d'une révolution avec un possible déclin du poids des essais randomisés. Cette révolution a curieusement été anticipée par certaines méthodologies d'évaluation des psychothérapies. The methodology of evaluation of medicinal products is well established. Is this also the case with psychotherapies? The opinions are divided. Four key methodological points related to the evaluation of therapeutics will be successively approached in a first time: what are the therapeutics that will be compared? Who are the patients included? How to evaluate the effectiveness of the

treatments? How to ensure the comparability of the treatments groups? We will see that the evaluation of medicinal products or psychotherapies remain basically on the same methodology. We will see in a conclusion that the evaluation of medical treatments is presently in a kind of revolution, with a decline of the role of randomized controlled trials. Curiously, this revolution has been anticipated by certain methodologies used in the evaluation of psychotherapies.

2009

Doron, C. O. (2009). "Evaluation de l'efficacité des psychothérapies entre science et société." Information Psychiatrique (L') **85**(2): 131-141.

Cet article revient sur certains principes et problème de l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies. Dans un premier temps, il étudie les principes constitutifs de l'épistémiologie de la recherche en psychiatrie, en montrant en quoi ils définissent une approche spécifique de l'efficacité et s'opposent à certains principes de la clinique, produisant une tension significative dans la recherche clinique. Dans un second temps, il analyse dans la confrontation de ces épistémiologies, des tentatives, qui comme les études naturalistes, visent à la dépasser, et montre comment elles risquent de reconduire à un autre niveau la même opposition. Enfin, en prenant acte des limites d'une approche uniquement épistémiologique, l'analyse se déplace du côté des techniques du gouvernement, montrant comment l'évaluation de l'efficacité, loin d'être un principe interne à la science, s'inscrit dans une rationalité de gouvernement à laquelle il est au moins légitime de résister.

2007

Kovess, V., Sapinho, D., Briffault, X., et al. (2007). "[Psychotherapeutic practices in France: results of a professional-based health insurance participant survey]." Encephale **33**(1): 65-74.

INTRODUCTION: Today in France, little empirical data on the use of psychotherapy is available. This paper presents an empirical study of psychotherapeutic practices, from the patient's point of view. We will present results regarding frequency of psychotherapies, patients' characteristics, associations between different kinds of therapy, where they take place, and the reasons given for beginning psychotherapy. METHODOLOGY: Data is based on a general and mental health survey conducted by MGEN(1) foundation among 6,500 persons, as well as on general population data collected by the BVA survey institute. RESULTS: Depending on the population studied, between 5 to 11.5% of people have had psychotherapy sessions at least once in their lifetime. Women born at the beginning of the sixties and men born at the beginning of the fifties are those who consulted the most. The vast majority of these psychotherapies are individual, in private practice. They often last more than one year, with a frequency of once per week or more. Thirty percent declare that they have undergone several psychotherapies. The reasons for consultation reported by users are mainly depression or anxiety. There are significant differences between genders for the reasons for consultation, women being concerned by depression, problems with sleep and food, and men being concerned by obsessive thoughts and addiction (alcohol, tobacco). People undergoing psychotherapy give an average of 2.5 reasons for this psychotherapy, and only 28% gave only one reason. A relationship exists between the number of consecutive treatments and the number of reasons given for undergoing psychotherapy. More than 25% of the psychotherapies last less than 6 months. "Intensive psychotherapy" (at least 6 months and a frequency of 2 to 3 times per month) concern 5.9% of the whole population studied,

and represent 51.4% of all psychotherapies. People are quite satisfied by their psychotherapy; 90% are satisfied with the results and 60% believe that their condition has been much improved in a durable manner. 16.6% were unsatisfied with the results. There is (in women only) an association between satisfaction and intensity of treatment; satisfaction is lower in those women undergoing intensive psychotherapy; 77. 7% of users have also used some sort of drugs for the problem (80.6% of women and 69.9% of men) with psychotropic drugs most frequently used: 70.8% of the psychotherapy users had taken such drugs for their problem (women 72.9%, men 65.4%). CONCLUSION: In France, psychotherapies are playing an important role and it is necessary to study these techniques better in order to give them the place they deserve in the French mental health policy.

2005

Thurin, J.-M. (2005). "Expertise collective inserm sur les psychothérapies, contexte, déroulement, enseignements et perspectives." Cliniques méditerranéennes **71**(1): 19-40.
https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2005-1-page-19.htm

RésuméL'expertise collective de l'inserm sur les psychothérapies s'inscrit dans un contexte général scientifique, de politique de santé et professionnel particuliers. L'approche finalement adoptée, de type evidence based medicine, a abouti à privilégier sur des critères méthodologiques déterminés les études ad hoc centrées sur la réduction de symptômes et de troubles isolés ou les acquisitions simples. Ce choix s'est fait aux dépens d'études portant sur les fonctionnements mentaux et le développement de la personne impliqués dans le cadre de pathologies complexes, ainsi que sur les processus de changement. Le premier résultat de l'expertise a ainsi été celui d'une communication effrénée des « gagnants » sur la base d'une généralisation abusive de résultats partiels. Les choses ne sont pas cependant aussi simples. L'analyse des résultats des psychothérapies psychanalytiques fait certes apparaître de façon impressionnante le très petit nombre d'études répondant aux critères de « l'étalon or » des méthodologies actuelles. Mais il faut aussi considérer leurs aspects très stimulants : forte représentativité clinique, présentation et implication des modèles théoriques dans la mise en œuvre et les critères de jugement, définition associée des objectifs et des aspects techniques particuliers, mise en place d'instruments de mesure adaptés. Ces particularités, qui s'appuient sur cinquante ans de recherche d'équipes motivées, notamment dans le domaine des troubles de la personnalité borderline, ouvrent la perspective d'un renouvellement de la recherche clinique en psychanalyse. Elle concernera les approches et les modalités particulières d'intervention aux cours des différentes phases de la psychothérapie, adaptées aux constatations psychopathologiques et aux objectifs spécifiques qu'elles déterminent. Elle se centrera sur les processus de changement dans une configuration impliquant non seulement la pathologie, mais aussi la santé, et les différents acteurs et facteurs qui y participent. Cette autre façon de concevoir l'évaluation, très proche des conditions naturelles, est actuellement largement sollicitée. Complémentaire plutôt qu'antagoniste des études expérimentales contrôlées, ses bénéfices attendus tant au niveau de la connaissance générale, que de son utilité pour les patients, les cliniciens et les décideurs en santé, devraient constituer un puissant stimulant pour son développement.

2001

Falissard, B., Gasquet, I. et Simondon, F. (2001). "Evaluation de l'efficacité et du coût de trois stratégies de prise en charge de sujets adultes déprimés." Rev Epidemiol Sante Publique **49**(2): 204-206.

RECHERCHE PARTICIPATIVE, PAIR AIDANCE

Recherche participative

Développée à partir des années 1970-1980 aux États-Unis et 1990 en France au moment de l'épidémie de sida, la participation du patient à la recherche médicale, mais aussi à l'évaluation de l'acte thérapeutique ou de son parcours de soins est de nos jours parfaitement reconnue par la communauté scientifique travaillant en milieu sanitaire et le réel impact de cette pratique est en cours d'analyse. Dans le domaine de la santé mentale, l'étude de cas la plus notoire est le projet Emilia (2005-2010) : Empowerment et Éducation tout au long de la vie des personnes vivant avec des troubles psychiatriques. Dans le cadre de ce projet, trois modules de formation à la recherche et à l'intervention ont été proposés à des usagers des services psychiatriques[34].

Une bibliographie plus approfondie sur le sujet se trouve en ligne sur le site de l'Irdes :
https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-recherche-participative-en-sante-mentale.pdf

2019

Conus, P., Baki, A. A., Krebs, M.-O., et al. (2019). "Mieux diffuser le savoir et l'expérience relative à l'intervention précoce dans les troubles psychiatriques : création d'une branche francophone de l'IEPA." L'information psychiatrique **95**(3): 155-158.
https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-3-page-155.htm

> Bien que les concepts d'intervention précoce dans la psychose et les autres troubles psychiatriques soient bien établis et qu'ils se soient implantés dans plusieurs pays à travers le monde, les pays francophones sont en retard à l'égard de ces développements, à l'exception du Québec. De manière à promouvoir l'information relative à ce domaine, à la rendre accessible aux personnes ne maîtrisant pas l'anglais et à fédérer les forces de francophonie motivées à développer ce genre d'intervention, l'initiative a été prise de lancer une branche francophone de l'association IEPA (Early Intervention in Mental Health). Les objectifs sont d'organiser une conférence annuelle en français, de favoriser les échanges de compétence et les outils développés en français et de renforcer les collaborations en facilitant l'organisation de stages en immersion ainsi que de formations théoriques.

Ellafi, R. (2019). "ComPaRe : donner la parole aux patients pour accélerer la recherche médicale." Un Autre Regard(2): 10-11.

> Les patients en psychiatrie, au même titre que les autres patients, pourront s'associer au nouveau dispositif ComPaRe - la Communauté des patients pour la recherche médicale. En effet, ce projet de recherche innovant a pour ambition d'accélérer la recherche sur l'ensemble des maladies chroniques, y compris les maladies psychiatriques trop souvent délaissées.

Godrie, B. (2018). "Expérimentation pionnière et monopoles professionnels. Les obstacles au partage du pouvoir décisionnel." Vie sociale **23-24**(3): 99-114.
https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2018-3-page-99.htm

> Cet article analyse les mécanismes de participation de personnes détentrices de savoirs expérientiels de différentes réalités, dont les problèmes de santé mentale, l'itinérance, la

34 Jouet, E. (2013). "Le projet Emilia : inclusion sociale par la formation des personnes vivant avec un trouble psychique." Savoirs 31(1)

toxicomanie et la pauvreté, dans le projet Chez-soi Montréal (2009-2013). Cette analyse nous permet de caractériser leur rôle au sein du projet, dans et hors des comités dans lesquels elles siégeaient. Nous mettons l'accent sur l'idée de monopole professionnel pour expliquer l'implication relativement superficielle des pairs dans ce projet, ainsi que sur les facteurs ayant limité un plus grand partage du pouvoir décisionnel, pourtant souhaité par plusieurs acteurs au sein du projet. Ce faisant, par le biais de cette analyse, nous illustrons et mettons en contexte des enjeux qui se détachent de la littérature sur la participation d'usagers ou d'anciens usagers des services sociaux et de santé à des projets de recherche et d'intervention dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Godrie, B. (2019). "Raconter sa déraison. Émotions et crédibilité de la parole de représentantes d'usagers en santé mentale." Sciences sociales et santé **37**(1): 43-67.
https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2019-1-page-43.htm

Cet article traite des liens qui unissent les émotions et la mobilisation de militants qui participent à un comité d'organisation des services de santé mentale d'un établissement du réseau de la santé au centre-ville de Montréal. La perspective historique fait ressortir un déplacement des espaces dans lesquels se jouent les luttes des militants pour la défense des droits en santé mentale. Auparavant actifs hors des cadres institutionnels au sein d'associations d'usagers, ces derniers intègrent de plus en plus des espaces de participation façonnés par les pouvoirs publics. Ce déplacement s'accompagne d'un discrédit de certaines émotions comme la colère et l'indignation qui ont pourtant servi de levier de transformation des institutions publiques.

Kovess-Masféty, V. et Villani, M. (2019). "Aidants profanes en psychiatrie et politiques sociales." Revue française des affaires sociales(1): 55-74.
https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-55.htm

Le rôle des aidants profanes en santé mentale s'est considérablement accru suite à la désinstitutionnalisation, la famille et les proches des patients se voyant alors assigner un rôle désormais central, celui d'aidants dits « naturels ». Malgré un certain nombre d'aides sociales, destinées d'abord au patient, mais aussi à ses aidants, les familles déclarent en bénéficier très peu et se sentir relativement seules face à la gestion quotidienne de la maladie. Outre cet enrôlement forcé, les familles et les proches font parfois le choix d'apporter leur aide bénévolement, dans le but de soutenir d'autres familles et des usagers confrontés à une situation similaire à la leur. Ces actions d'entraide s'inscrivent dans la mouvance des philosophies du self-help, sur la base de laquelle les usagers de la psychiatrie eux-mêmes ont fait émerger la notion de « pairs aidants », ces derniers venant contribuer au rétablissement d'autres usagers dans le cadre de programmes d'entraide informels ou structurés. Certains de ces programmes ont récemment promu une fonction d'aidant professionnalisée et rémunérée, dont la reconnaissance se fonderait sur un savoir expérientiel, à la limite entre profane et professionnel. Cette innovation a provoqué de vifs débats et porte de nombreux enjeux. Quoi qu'il en soit, le dynamisme des associations d'usagers et de familles devrait pouvoir s'appuyer sur la volonté des politiques publiques de créer les conditions du développement et du soutien des aidants profanes en santé mentale.

Lamadon, C. (2019). "Rôle du pair-aidant en santé mentale." Pratiques en santé mentale **65e année**(2): 36-43.
https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2019-2-page-36.htm

Le médiateur pair-aidant en santé mentale constitue une nouvelle profession. Christophe Lamadon en montre tout l'intérêt, à la condition d'une pratique en alliance avec l'équipe

soignante. Sans méconnaître les difficultés, il définit son rôle pour la restauration de la confiance et le rétablissement de la santé.

Roelandt, J. L. (2019). "Implications des usagers en santé mentale : un défi permanent. Commentaire." Sciences sociales et santé **37**(1): 69-74.

Quel est le parti pris des sciences sociales et psychologiques lorsqu'elles parlent de la colère, de l'indignation et de la revendication en faisant référence aux « émotions » ? N'est-ce pas, d'une certaine façon, mélanger sphère sociale et sphère intime et donner, subrepticement, le primat à cette dernière ? N'est-ce pas orienter le regard vers l'individu et son vécu, son éventuelle position de victime, plus que vers l'acteur ou l'actrice engagé.e dans la transformation sociale ? Les deux sont certainement liés car les actions des militant.e.s ont souvent des bases émotionnelles, psychologiques. L'amélioration de la société et des humains qui la composent se fera par l'élimination de la violence physique, psychique et politique - symbolique ou réelle - et cela demeure avant tout un combat.

2018

Villani, M. et Kovess-Masfety, V. (2018). "[Peer support programs in mental health in France: Status report and challenges]." Encephale **44**(5): 457-464.

OBJECTIVES: Recovery is a process through which people experiencing mental illness learn to live with their disorder and reach social insertion and citizenship. This positive approach focuses on a person's competencies and strengths rather than on the symptoms. Within this philosophy, peer support has been unevenly developing in mental health services worldwide with roots in the South-American social programs for homeless people and in the American recovery circles in the field of addiction. Therapeutic efficiency of peer support has been proven by several studies including a control group, as being at least as good as traditional services and even better in some specific areas such as reduction of need for emergency services and ability to reach "difficult" patients. The integration of former psychiatric services users in mental health services can take several forms, from the participation to scientific research studies to the direct involvement in a professional team at mental health facilities. In this context, our research aims to sum up the situation in France in comparison with other countries. METHODS: We conducted a worldwide literature review in English and in French on peer support experiences and policies in mental health services, using medical and psychological databases (PsycInfo, PsycArticles, SantePsy, Cairn, Medline, Wiley Interscience and PubPsych) on a recent period: 2005-2016. In total, 32 relevant scientific papers have been included in our research. In some cases, we have also used official reports, blogs, Internet sites, and mass media articles when they were relevant. RESULTS: Our results show that this movement has been long to develop in France, with controversies having been raised since the beginning on the role that peers should play and confusion with existing social integration programs in the associative sector. Drawing inspiration from the Canadian model, a recent "peer mentor" initiative has been analyzed after 2 years of existence: many benefits for services users such as the optional aspect of this care process, a more authentic therapeutic relationship, a less normative frame, an active partnership, and a more optimistic philosophy aiming to make "small steps" towards improvement have been reported. Health professionals and peer mentors themselves have found benefits during the process. However, several limits such as difficulties to find a place with regards to the psychiatric team and difficulties to take advantage of the peer specificity, resulting in a significant attrition of the number of peer mentors, could be observed. A few other important initiatives focused on social insertion and using the help of professional peer

support have been developed in recent years, but they seem to have encountered the same issues about positioning themselves both in terms of day-to-day integration in the professional environment and in the job title given by institutions which rarely corresponds to their experience and specificity. In addition, it remains difficult to obtain reliable information, as only a few papers have been published on this matter. Also, while some evaluation studies are currently being carried out, independent quantitative studies of the few running programs seem to lack in this field. CONCLUSIONS: In our presentation, taking into account the difficulties that were raised in French programs and the lessons of practical experiences at work in other countries, we propose recommendations for larger and more effective implementations of peer support programs in France. As this new kind of care is emerging and seems promising in terms of benefits for not only the users but also the peer supporters and the teams of health professionals, we also insist on the need for a systematic scientific and objective evaluation of the programs.

2016

Cloutier, G. et Maugiron, P. (2016). "La pair aidance en santé mentale : l'expérience québécoise et française." L'information psychiatrique **92**(9): 760.
https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-9-p-755.htm

Dans cet article, nous aborderons la pratique innovante de l'intégration de pairs aidants certifiés ou médiateurs de santé pair au sein des secteurs de la psychiatrie ou du médico-social au Québec et en France.

2012

Jouet, E. et Greacen, T. (2012). Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment. Toulouse, ERES
http://www.cairn.info/pour-des-usagers-de-la-psychiatrie-acteurs-de-leur--9782749216089.htm

Les trois notions, rétablissement, inclusion sociale et empowerment, créent un nouveau paradigme qui situe l'usager de la psychiatrie comme moteur de sa propre vie, au sein d'une collectivité dans laquelle il est citoyen à part entière et où les services de santé mentale se donnent les moyens de soutenir son autonomie plutôt que de perpétuer son rôle traditionnel de « patient ». Déclinées dans cet ouvrage à travers de multiples expériences concrètes dans divers pays, elles sont au centre d'un débat né du constat de l'échec de nos sociétés occidentales contemporaines à pleinement réintégrer les personnes vivant avec un trouble psychique. La notion de rétablissement rappelle que, même pour des pathologies lourdes comme la schizophrénie, les psychoses, la majorité des patients se rétablissent et mènent leur vie comme tout un chacun. L'inclusion sociale ajoute l'idée que, si la moitié du travail vers le rétablissement est l'affaire de l'usager, l'autre moitié du travail est à faire par la société elle-même. De même qu'on aménage la ville pour que la personne en fauteuil roulant puisse s'inclure dans la société, on doit aménager les esprits et l'organisation de la vie de tous les jours pour supprimer tout mécanisme d'exclusion soc ale, toute stigmatisation, toute discrimination contre la personne handicapée psychique. Enfin l'empowerment consiste à mettre à la disposition de la personne les moyens pour acquérir les savoirs et pouvoirs nécessaires - notamment par l'accès à la formation tout au long de la vie - pour apprendre à vivre avec sa maladie et jouer un vrai rôle dans la société.

2011

Beetlestone, E., Loubieres, C. et Caria, A. (2011). "Le soutien par les pairs dans une maison des usagers en psychiatrie. Expérience et pratique." Sante Publique(6): 141-153.

[BDSP. Notice produite par EHESP 88CpR0xH. Diffusion soumise à autorisation]. Depuis peu, les associations d'usagers de la psychiatrie ont acquis une place parmi les acteurs de la santé mentale. Cette étude rend compte de l'expérience des pratiques de membres d'associations assurant un rôle de "pair aidants" dans l'objectif d'amener des éléments de réflexion sur l'apport des associations d'usagers pour les personnes soignées en psychiatrie. Quatre composantes principales du travail de soutien par les pairs ont été identifiées.

Un coup d'œil à l'international

2019

(2019). Pathways for a healthy state of mind in Europe: Promoting Mental Wellbeing and Improving Prevention and Care of Mental Ill Health in the EU Digital Era. Bruxelles European Health Parliament
https://www.healthparliament.eu/dpm/

Dans ce rapport, le Comité sur la prévention et la gestion des maladies du Parlement européen de la santé (European Health Parliament - EHP) présente ses recommandations : Promouvoir le bien-être mental et améliorer la prévention et le traitement des maladies mentales dans l'Union européenne. La santé mentale est vitale pour les individus, les familles et les communautés. Cependant, les problèmes de santé mentale ne sont pas "incurables" : pour les personnes concernées, le rétablissement est l'objectif et un but atteignable pour tous quand on leur fournit le soutien approprié - le rétablissement signifie vivre et gérer des problèmes de santé mentale, tout en conservant le contrôle sur sa propre vie.

Hudson, C. G. (2019). "Deinstitutionalization of mental hospitals and rates of psychiatric disability: An international study." Health & Place **56**: 70-79.

This study tests several hypotheses regarding the impact of deinstitutionalization of inpatient care on levels of psychiatric disability. It employs a secondary analysis of existing datasets from the World Health Organization's mental health program, the Global Burden of Disease study, as well as supplemental datasets on the national environments examined. The primary model accounts for 87.1% of the variation in global disability levels, but only a quarter or 28.3% of the recent changes in these levels between 1990 and 2015. One of the most important predictors of declines in mental disability is the proportion of a nation's health budget that is invested in mental health services.

Raleigh, V. S. (2019). Trends in life expectancy in EU and other OECD countries : Why are improvements slowing? OECD Health Working Papers; 108. Paris OCDE
https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/trends-in-life-expectancy-in-eu-and-other-oecd-countries_223159ab-en

This paper reports on levels and trends in life expectancy in the 28 EU countries and some other high-income OECD countries, and examines potential explanations for the slowdown in improvements in recent years. The aim is to raise awareness of the issue and prompt further

investigative work, including through international collaboration in areas where the underlying drivers appear to be similar across countries, which can in turn inform the implementation of appropriate policies and interventions. Ce document de travail décrit les niveaux et les tendances de l'espérance de vie dans les 28 pays de l'Union Européenne (UE) et d'autres pays de l'OCDE, et examine les raisons possibles du ralentissement des gains d'espérance de vie observé au cours des dernières années. L'objectif est de susciter une prise de conscience plus large de ce phénomène et de stimuler des travaux de recherche, y compris des collaborations internationales concernant les facteurs sous-jacents qui semblent jouer un rôle dans plusieurs pays. Ces travaux pourraient guider la mise en place de politiques et d'interventions appropriées.

2018

Adriaenssens, J., Farfan-Portet, M. I., Benahmed, N., et al. (2018). "How to improve the organisation of mental healthcare for older adults in Belgium?" Bruxelles KCE
https://kce.login.kanooh.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_301_Organisation_Mental_Health_Care_Elderly_Report.pdf

Les enfants et les adultes ont leurs réseaux spécifiques de soins de santé mentale, mais qu'en est-il des personnes âgées ? Faut-il organiser leurs soins en un réseau séparé ou peut-on les intégrer dans le système de soins des « adultes » ? À cette question, le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) répond que l'âge chronologique ne doit pas servir de critère décisif car les « personnes âgées » constituent un groupe de population très hétérogène, avec des individus en pleine forme et d'autres très fragiles. Il est également d'avis qu'il faut maintenir leurs contacts privilégiés avec leur médecin généraliste, tant pour leurs problèmes somatiques que psychiques. Toutefois, certains problèmes de santé mentale nécessitent des connaissances spécifiques. Le KCE plaide donc pour une extension des différentes offres de soins de santé mentale des « adultes » aux personnes âgées, tout en prévoyant de les renforcer par des spécialistes (à former) en santé mentale de la personne âgée et en mettant l'accent sur les interventions dans les lieux de vie et sur la collaboration entre tous les intervenants d'aide et de soin.

OMS (2018). Mental health atlas 2017. Genève OMS
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf

The 2017 version of Mental Health Atlas continues to provide up-to-date information on the availability of mental health services and resources across the world, including financial allocations, human resources and specialised facilities for mental health. This information was obtained via a questionnaire sent to designated focal points in each WHO Member State. Latest key findings are presented in the Box opposite

OCDE (2018). Promoting mental health in Europe : why and how ? In : Health at a glance : Europe 2018. Paris OCDE
https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm

Health at a Glance: Europe 2018 presents comparative analyses of the health status of EU citizens and the performance of the health systems of the 28 EU Member States, 5 candidate countries and 3 EFTA countries. It is the first step in the State of Health in the EU cycle of knowledge brokering. This publication has two parts. Part I comprises two thematic chapters, the first focusing on the need for concerted efforts to promote better mental health, the second outlining possible strategies for reducing wasteful spending in health. In Part II, the

most recent trends in key indicators of health status, risk factors and health spending are presented, together with a discussion of progress in improving the effectiveness, accessibility and resilience of European health systems.

2017

Cohen, M. (2017). "A systemic approach to understanding mental health and services." Soc Sci Med **191**: 1-8.

In the UK mental health and associated NHS services face considerable challenges. This paper aims to form an understanding both of the complexity of context in which services operate and the means by which services have sought to meet these challenges. Systemic principles as have been applied to public service organisations with reference to interpersonal relations, the wider social culture and its manifestation in service provision. The analysis suggests that the wider culture has shaped service demand and the approaches adopted by services resulting in a number of unintended consequences, reinforcing loops, increased workload demands and the limited value of services. The systemic modelling of this situation provides a necessary overview prior to future policy development. The paper concludes that mental health and attendant services requires a systemic understanding and a whole system approach to reform.

McDaid, D., Hewlett, E. et Park, A. L. (2017). Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness. OECD Health Working Papers; 97. Paris OCDE

The health, social and economic consequences of poor mental health are substantial. More attention is focusing now on the development of actions to promote better mental health and wellbeing and prevent mental ill-health. If effective and well-implemented, such actions may potentially help avoid some of these substantial adverse individual, social and economic impacts of poor mental health. This paper provides an overview of the development of approaches to promoting mental wellbeing and preventing mental ill-health in OECD countries, together with an assessment of what is known on their effectiveness and cost effectiveness. The paper finds that there is a sound and quite extensive evidence base for effective and cost effective actions which can promote mental wellbeing and prevent mental ill-health. However, the existence of actions and programmes in mental health promotion and prevention is uneven both between countries, and across different points of the life course. Many countries could stand to scale-up their promotion and prevention efforts in the mental health field, and further efforts are particularly needed to introduce interventions targeted at unemployed and older populations.

Naylor, C. et Charles, A. (2017). "Mental health and new care models". Londres The King's Fund www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/MH_new_models_care_Kings_Fund_May_2017_0.pdf

This report found that where new models of care have been used to remove the barriers between mental health and other parts of the health system, local professionals saw this as being highly valuable in improving care for patients and service users. But there remains much to be done to fully embed mental health into integrated care teams, primary care, urgent and emergency care pathways, and in work on population health. In addition in this report are identified nine key principles for successful integration, and there is an exploration of the benefits of investing in mental health.

OCDE (2017). Santé mentale. In : Panorama de la santé 2017. Indicateurs de l'OCDE. Paris OCDE
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017_health_glance-2017-fr

Cette nouvelle édition du Panorama de la santé présente les données comparables les plus récentes pour les principaux indicateurs relatifs à la santé et à la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Les pays candidats et les principaux pays partenaires (Afrique du Sud, Brésil, Chine, Colombie, Costa Rica, Fédération de Russie, Inde, Indonésie et Lituanie) ont également été inclus dans la mesure du possible. Sauf indication contraire, les données présentées dans cette publication sont tirées des statistiques nationales officielles. Cette édition contient des nouveaux indicateurs, particulièrement dans le domaine des facteurs de risque pour la santé. Elle place aussi une plus grande emphase sur l'analyse des tendances temporelles. Parallèlement à l'analyse par indicateur, cette édition propose des instantanés et une série de tableaux de bord qui résument les performances comparatives des pays, ainsi qu'un chapitre spécial sur les principaux facteurs à l'origine des gains d'espérance de vie.

Shilpa, R. et Naylor, C. (2017). Quality improvement in mental health. Londres The King's Fund
www.kingsfund.org.uk/publications/quality-improvement-mental-health

Quality improvement approaches – increasingly well-established in NHS acute hospitals – could play a key role in improving the quality of mental health care. A growing number of mental health providers (in the UK and beyond) are beginning to embed quality improvement across their organisations, with some encouraging results. The approach is based on the concept that sustained improvement is best achieved by empowering frontline teams, service users and carers to design, implement and test changes to services. This report describes the quality improvement journey of three mental health organisations (two in England and one in Singapore). It provides key insights and lessons for others considering embarking on a similar journey.

2016

Jacobs, R., Chalkley, M. J., Aragon Aragon, M. J., et al. (2016). Funding of mental health services. Do available data support episodic payment?, Centre for Health Economics**:** 1-82.

The primary method of funding NHS mental health services in England has been block contracts between commissioners and providers, with negotiations based on historical expenditure. There has been an intention to change the funding method to make it similar to that used in acute hospitals (called the National Tariff Payment System or NTPS, formerly known as Payment by Results (PbR)) where fixed prices are paid for each completed treatment episode. Within the mental health context this funding approach is known as episodic payment. Patients are categorised into groups with similar levels of need, called clusters. The mental health clustering tool (MHCT) provides a guide for assignment of patients to clusters. Fixed prices could then be set for each cluster and providers would be paid for the services they deliver within each cluster based on these fixed prices, although the emphasis to date has been on local pricing. For this episodic payment system to work, the MHCT needs to assign patients to clusters, such that they are homogenous in terms of 1) patient need, and 2) resource use.

2015

Coppens, E., Vermet, I., Knaeps, J., et al. (2015). "Les soins psychiatriques pour adolescents en Europe: situation actuelle, recommandations et lignes directrices par le réseau ADOCARE". Bruxelles ADOCARE
http://www.adocare.eu/wp-content/uploads/2015/12/ADOCARE-FR-2015.pdf

ADOCARE a pour mission d'améliorer les soins psychiatriques pour adolescents dans les États membres de l'Union. Il sort aujourd'hui un rapport dans lequel sont collectées les informations les plus récentes et les plus pertinentes sur les soins en santé mentale pour adolescents. Il se penche sur l'état global de la santé mentale des adolescents en Europe, sur la manière dont les services spécialisés européens sont organisés, sur les stratégies et politiques mises en place pour améliorer leur disponibilité et leur qualité ainsi que sur celles qui visent à prévenir les troubles psychiatriques et promouvoir le bien-être mental des adolescents (résumé de l'éditeur).

OMS (2015). The European Mental Health Action Plan 2013–2020. Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe

Les troubles mentaux sont l'une des principales problématiques de santé publique dans la Région européenne de l'OMS, puisqu'ils touchent environ 25 % de la population chaque année. Dans tous les pays, les problèmes de santé mentale sont beaucoup plus répandus chez les personnes les plus défavorisées. La Région européenne de l'OMS est donc confrontée à divers problèmes qui se répercutent à la fois sur le bien-être mental de la population, sur les soins apportés aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale et sur la qualité de ces soins. Le Plan d'action européen sur la santé mentale met l'accent sur sept objectifs interdépendants et propose des mesures efficaces afin d'améliorer la santé mentale et le bien-être. Pour assurer la durabilité des politiques sanitaires et socioéconomiques de la Région européenne, il est essentiel d'investir dans la santé mentale. Le Plan d'action correspond aux quatre domaines prioritaires de la politique-cadre européenne de la santé et du bien-être, Santé 2020, et contribuera directement à la mise en œuvre de celle-ci.

Patana, P. (2015). "Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Sweden." OECD Health Working Papers; 82. Paris OCDE.
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-health-working-papers_18152015

Mental ill-health is a significant issue in Sweden, with both mild-to-moderate and severe disorders representing a significant burden of ill health. Mild and moderate mental health problems constitute the greatest number of cases, and such disorders have been on the rise over the past several decades. However, mental ill-health is also recognised as a vital national issue by Swedish authorities. Accordingly, Sweden has a relatively comprehensive approach to mental health as part of its universal health plan. Sweden was also at the forefront of such trends as deinstitutionalisation and official suicide prevention programs. Country-specific initiatives designed to tackle the most pressing psychological problems in Sweden are in place, including suicide, societal stigma and rising levels of mental problems amongst Swedish youth and workers.

Salvador Carulla, L., Costa Font, J., Cabases, J., et al. (2010). "Evaluating mental health care and policy in Spain." Journal of Mental Health Policy and Economics **13**(2): 73-86

The reform and expansion of mental health care (MHC) systems is a key health policy target worldwide. Evidence informed policy aims to make use of a wide range of relevant data, taking into account past experience and local culture and context. The aim of this article is to discuss the organisation, provision and financing of MHC in Spain visa vis the goals of recent psychiatric reforms. We draw upon existing literature, reports and empirical data from regional and national health plans, as well as European reports pertinent to Spain. In addition we have made use of iterative discussion by an expert panel on the features of Spanish MHC services, namely its history, characteristics and determinants in comparison to reforms in other European health systems. In contrast to most other European health systems, the Spanish case reveals that political regional devolution leads to a greater heterogeneity in MHC systems, with some of the 17 autonomous communities (ACs) or region states that make up the country moving more rapidly to full de-institutionalisation alongside coverage expansion and policy innovation. There remains a lack of specific earmarked budgets for MHC at a time of under-funding. There has been an imbalance in MHC reforms, with more focus on the principles underpinning the process of de-institutionalisation and less on the actual development of alternative community based mental health services. Moreover there has been a lack of monitoring of the reform process. Common to other countries, attempts to develop a more informed evidence policy have been hampered by a dislocation between the production of research evidence and the timing of actual policy reform implementation. Much of the focus of policy attention is on how to improve coordination within and across sectors, tackle socioeconomic inequalities and thus reduce the gap between perceived and observed need while monitoring any trends suggesting trans-institutionalisation. Other issues include developing and strengthening services to meet the needs of new migrants, as well as those of the rural population. There is also a growing recognition of the need to strengthen the evidence base both through research capacity and mechanisms to encourage the use of health economic information as one key component in the assessment of the system.

Sun, K. S., Lam, T. P., Lam, K. F., et al. (2015). "Managing common mental health problems: contrasting views of primary care physicians and psychiatrists." Family Practice **32**(5): 538-544.
http://fampra.oxfordjournals.org/content/32/5/538.abstract

Background. Recent studies have reported a lack of collaboration and consensus between primary care physicians (PCPs) and psychiatrists. Objective. To compare the views of PCPs and psychiatrists on managing common mental health problems in primary care. Methods. Four focus group interviews were conducted to explore the in-depth opinions of PCPs and psychiatrists in Hong Kong. The acceptance towards the proposed collaborative strategies from the focus groups were investigated in a questionnaire survey with data from 516 PCPs and 83 psychiatrists working in public and private sectors. Results. In the focus groups, the PCPs explained that several follow-up sessions to build up trust and enable the patients to accept their mental health problems were often needed before making referrals. Although some PCPs felt capable of managing common mental health problems, they had limited choices of psychiatric drugs to prescribe. Some public PCPs experienced the benefits of collaborative care, but most private PCPs perceived limited support from psychiatrists. The survey showed that around 90% of PCPs and public psychiatrists supported setting up an agreed protocol of care, management of common mental health problems by PCPs, and discharging stabilized patients to primary care. However, only around 54–67% of private psychiatrists supported different components of these strategies. Besides, less than half of the psychiatrists agreed with setting up a support hotline for the PCPs to consult them. Conclusions. The majority of PCPs and psychiatrists support management of common mental health problems in primary care, but there is significantly less support from the private

psychiatrists.

Wykes, T., Haro, J. M., Belli, S. R., et al. (2015). "Mental health research priorities for Europe." The Lancet Psychiatry **2**(11): 1036-1042.
http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00332-6

Mental and brain disorders represent the greatest health burden to Europe not only for directly affected individuals, but also for their caregivers and the wider society. They incur substantial economic costs through direct (and indirect) health-care and welfare spending, and via productivity losses, all of which substantially affect European development. Funding for research to mitigate these effects lags far behind the cost of mental and brain disorders to society. Here, we describe a comprehensive, coordinated mental health research agenda for Europe and worldwide. This agenda was based on systematic reviews of published work and consensus decision making by multidisciplinary scientific experts and affected stakeholders (more than 1000 in total): individuals with mental health problems and their families, health-care workers, policy makers, and funders. We generated six priorities that will, over the next 5?10 years, help to close the biggest gaps in mental health research in Europe, and in turn overcome the substantial challenges caused by mental disorders.

2014

(2014). Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. Paris OCDE

Despite the enormous burden that mental ill-health imposes on individuals, their families, society, health systems and the economy, mental health care remains a neglected area of health policy in too many countries. Mental disorders represent a considerable disease burden, and have a significant impact on the lives of the OECD population, and account for considerable direct and indirect costs. This report argues that even in those OECD countries with a long history of deinstitutionalisation, there is still a long way to go to make community-based mental health care that achieves good outcomes for people with severe mental illness a reality. The disproportionate focus on severe mental illness has meant that mild-to-moderate mental illnesses, which makes up the largest burden of disease, have remained overwhelmingly neglected. This book addresses the high cost of mental illness, weaknesses and innovative developments in the organisation of care, changes and future directions for the mental health workforce, the need to develop better indicators for mental health care and quality, and tools for better governance of the mental health system. The high burden of mental ill health and the accompanying costs in terms of reduced quality of life, loss of productivity, and premature mortality, mean that making mental health count for all OECD countries is a priority.

Arends, I., Baert, N., Veerle, M., et al. (2014). Mental Health and Work. Achieving well-integrated policies and service delivery. OECD Social - Employment and Migration Working Papers ; 122. Paris OCDE
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mental-health-and-work_5jxsvvn6pq6g-en

La mauvaise santé mentale peut conduire à une moindre performance au travail, une forte incidence de l'absentéisme pour maladie et un taux d'activité réduit, ce qui entraîne des coûts considérables pour la société. Améliorer la participation sur le marché du travail des personnes ayant des troubles mentaux exige des politiques et des services intégrés dans les

domaines de l'éducation, l'emploi, la santé et les secteurs sociaux. Ce rapport propose des exemples d'initiatives politiques provenant de 10 pays de l'OCDE pour des services intégrées et présente leurs résultats ainsi que les points forts et les faiblesses. Les principales conclusions pour l'avenir des politiques et des services intégrés dans les domaines de santé mentale et de l'emploi sont les suivantes: Une mise en œuvre et une évaluation plus rigoureuse des politiques intégrées sont nécessaires pour améliorer les résultats du marché du travail. La mise en œuvre ne peut pas être laissée à la discrétion des parties concernés seulement ; Le renforcement des incitations financières et des obligations et des lignes directrices plus claires doivent être fournis aux parties concernés et aux professionnels pour participer à la prestation de services intégrés ; Chaque secteur a la responsabilité d'assurer des services intégrés en fonction des besoins des clients, ce qui exige à son tour une meilleure connaissance des besoins des clients avec des troubles mentaux ; Plus de prestations de services intégrés au sein de chaque secteur – par exemple des conseils de l'emploi incorporés dans le système de santé mentale et de l'expertise psychologique incorporé dans les services de l'emploi – semble être l'approche la plus simple et la plus rentable.

Barnay, T. (2014). Health, Work and Working Conditions: A Review of the European Economic Literature. OECD Economics Department Working Papers, No. 1148. Paris OCDE**:** 30.
http://www.oecd-ilibrary.org/economics/health-work-and-working-conditions_5jz0zb71xhmr-en

Economists have traditionally been very cautious when studying the interaction between employment and health because of the two-way causal relationship between these two variables: health status influences the probability of being employed and, at the same time, working affects the health status. Because these two variables are determined simultaneously, researchers control endogeneity bias (e.g., reverse causality, omitted variables) when conducting empirical analysis. With these caveats in mind, the literature finds that a favourable work environment and high job security lead to better health conditions. Being employed with appropriate working conditions plays a protective role on physical health and psychiatric disorders. By contrast, non-employment and retirement are generally worse for mental health than employment, and overemployment has a negative effect on health. These findings stress the importance of employment and of adequate working conditions for the health of workers. In this context, it is a concern that a significant proportion of European workers (29%) would like to work fewer hours because unwanted long hours are likely to signal a poor level of job satisfaction and inadequate working conditions, with detrimental effects on health. Thus, in Europe, labour-market policy has increasingly paid attention to job sustainability and job satisfaction. The literature clearly invites employers to take better account of the worker preferences when setting the number of hours worked. Overall, a specific "flexicurity" (combination of high employment protection, job satisfaction and active labour-market policies) is likely to have a positive effect on health.

Forsman, A. K., Ventus, D. B., van der Feltz-Cornelis, C. M., et al. (2014). "Public mental health research in Europe: a systematic mapping for the ROAMER project." Eur J Public Health **24**(6): 954-959.

BACKGROUND: As part of the ROAMER (ROAdmap for MEntal health Research in Europe) project, aiming to create an integrated European roadmap for mental health research, we set out to map the hitherto unmapped territory of public mental health research in Europe. METHODS: Five electronic databases (CINAHL, Health Management, Medline, PsycINFO, Social Services Abstracts) were used for identifying public mental health research articles published between January 2007 and April 2012. The number of publications for each

European country in five research domains (i.e. mental health epidemiology, mental health promotion, mental disorder prevention, mental health policy and mental health services) was analysed by population size and gross domestic product (GDP), and mean impact factors were compared. RESULTS: In all, 8143 unique publications were identified. Epidemiology research dominates public mental health research, while promotion, prevention and policy research are scarce. Mental health promotion is the fastest growing research area. Research targeting older adults is under-represented. Publications per capita were highest in northwestern Europe, and similar trends were found also when adjusting the number of publications by GDP per capita. The most widely cited research origins from Italy, Switzerland, the UK, the Nordic countries, the Netherlands, Greece and France. CONCLUSION: In Europe, public mental health research is currently a matter of the affluent northern and western European countries, and major efforts will be needed to promote public mental health research in south and east Europe. In spite of a smaller public mental health research output, some Mediterranean countries produce highly cited public mental health research

Forti, A. (2014). Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Italy. OECD Health Working Papers; 74. Paris OCDE
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-health-working-papers_18152015

As part of a wider project on mental health in OECD countries, a series of descriptive profiles have been prepared, intended to provide descriptive, easily comprehensible, highly informative accounts of the mental health systems of OECD countries. These profiles, entitled 'Mental Health Analysis Profiles' (MHAPs), will be able to inform discussion and reflection and provide an introduction to and a synthesized account of mental health in a given country. Each MHAP follows the same template, and whilst the MHAPs are stand-alone profiles, loose cross-country comparison using the MHAPs is possible and encouraged. The recent history of mental health in Italy has been one of de-institutionalisation. The significant overhaul undertaken with regards to mental health over the last years is an example of this process: as it moved away from the century-long tradition of restrictive mental health asylums (manicomi) from the late 1970s with the recent process of closures of judicial psychiatric hospitals (Ospedali Psichiatrici Giudiziari – OPG), Italy progressively managed to integrate mental health services within community-based facilities. Focus was no longer on security and on isolating citizens suffering from mental disorders, but rather on patients' needs and moving towards social integration and rehabilitation.

Forti, A. (2014). Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Scotland. OECD Health Working Papers; 74. Paris OCDE
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-health-working-papers_18152015

As part of a wider project on mental health in OECD countries, a series of descriptive profiles have been prepared, intended to provide descriptive, easily comprehensible, highly informative accounts of the mental health systems of OECD countries. These profiles, entitled 'Mental Health Analysis Profiles' (MHAPs), will be able to inform discussion and reflection and provide an introduction to and a synthesized account of mental health in a given country. Each MHAP follows the same template, and whilst the MHAPs are stand-alone profiles, loose cross-country comparison using the MHAPs is possible and encouraged. Mental health is a priority area within the Scottish health care agenda. In the Scottish mental health system significant focus is given to recovery, service user involvement, anti-stigma initiatives, and suicide reduction strategies. Amongst the peculiarities, and strengths, of the Scottish mental health system are its focus on data collection, monitoring and evaluation, with a strong focus on improvement and delivery, as data collection and mental health

indicators are turned into a management tool for policy makers. However, better indicators could be developed to monitor specialist mental health services delivered in the community

Forti, A., Nas, C., Van Geldrop, A., et al. (2014). Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Netherlands. OECD Health Working Papers; 73. Paris OCDE
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-health-working-papers_18152015

As part of a wider project on mental health in OECD countries, a series of descriptive profiles have been prepared, intended to provide descriptive, easily comprehensible, highly informative accounts of the mental health systems of OECD countries. These profiles, entitled 'Mental Health Analysis Profiles' (MHAPs), will be able to inform discussion and reflection and provide an introduction to and a synthesized account of mental health in a given country. Each MHAP follows the same template, and whilst the MHAPs are stand-alone profiles, loose cross-country comparison using the MHAPs is possible and encouraged. The Dutch mental health system is highly institutionalised and has a large number of psychiatric beds compared to other OECD countries. Nonetheless, government reforms have aimed at shifting the axis of the system from bed-based hospital services to more integrated mental health services and community based services. Structural changes to the Dutch mental health system, together with recent government policies that aim to improve access to mental health services, have led to decreasing the treatment gap for mental disorders but also to increasing the expenditures associated with mental health care up until 2011.

Nicaise, P., Dubois, V. et Lorant, V. (2014). "Mental health care delivery system reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time." Health Policy **115**(2-3): 120-127.

Most mental health care delivery systems in welfare states currently face two major issues: deinstitutionalisation and fragmentation of care. Belgium is in the process of reforming its mental health care delivery system with the aim of simultaneously strengthening community care and improving integration of care. The new policy model attempts to strike a balance between hospitals and community services, and is based on networks of services. We carried out a content analysis of the policy blueprint for the reform and performed an ex-ante evaluation of its plan of operation, based on the current knowledge of mental health service networks. When we examined the policy's multiple aims, intermediate goals, suggested tools, and their articulation, we found that it was unclear how the new policy could achieve its goals. Indeed, deinstitutionalisation and integration of care require different network structures, and different modes of governance. Furthermore, most of the mechanisms contained within the new policy were not sufficiently detailed. Consequently, three major threats to the effectiveness of the reform were identified. These were: issues concerning the relationship between network structure and purpose, the continued influence of hospitals despite the goal of deinstitutionalisation, and the heterogeneity in the actual implementation of the new policy

O'Brien, A. (2014). Community treatment orders in New Zealand: regional variability and international comparisons

Community treatment orders (CTOs) have been used in New Zealand since 1992 and are now used in most Commonwealth countries. There is little research on the rate of use of CTOs in New Zealand. This study compares the prevalence of CTO use across New Zealand's 20 health districts and makes comparisons with international prevalence rates. New Zealand Ministry of Health reports provided data on rates of CTO use in New Zealand between 2005 and 2011. International rates were obtained from published reports and academic literature on CTO

use. Rates of CTO use in New Zealand show marked and persistent regional variation over the period of data collection. National average rates increased from 58 per 100,000 in 2005 to 84 per 100,000 in 2011. Rates of use of CTOs are increasing internationally. New Zealand's CTO use is high by international comparisons. New Zealand's high and increasing rate of CTO use by international standards raises questions about the delivery and functioning of mental health services, and about mental health service users' experience of mental health care. The high rate of CTO use needs to be addressed as a human rights issue as well as a clinical issue.

OMS (2014). Social determinants of mental health. Genève OMS
https://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/

Good mental health is integral to human health and well-being. A person's mental health and many common mental disorders are shaped by various social, economic, and physical environments operating at different stages of life. Risk factors for many common mental disorders are heavily associated with social inequalities, whereby the greater the inequality the higher the inequality in risk. It is of major importance that action is taken to improve the conditions of everyday life, beginning before birth and progressing into early childhood, older childhood and adolescence, during family building and working ages, and through to older age. Action throughout these life stages would provide opportunities for both improving population mental health, and for reducing risk of those mental disorders that are associated with social inequalities. (4ème de couv).

Patana, P. (2014). Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Finland. OECD Health Working Papers; 72. Paris OCDE
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-health-working-papers_18152015

As part of a wider project on mental health in OECD countries, a series of descriptive profiles have been prepared, intended to provide descriptive, easily comprehensible, highly informative accounts of the mental health systems of OECD countries. These profiles, entitled 'Mental Health Analysis Profiles' (MHAPs), will be able to inform discussion and reflection and provide an introduction to and a synthesized account of mental health in a given country. Each MHAP follows the same template, and whilst the MHAPs are stand-alone profiles, loose cross-country comparison using the MHAPs is possible and encouraged. Mental health disorders comprise one of the highest burdens of disease in Finland. The share of disability pensions granted due to mental disorders is high and while the rates of suicide have decreased in recent years, they are still above the OECD average. Consequently, tackling mental ill health is a government priority for Finland. The mental health system has undergone a number of reforms in recent years, and several innovative initiatives have been introduced. Whilst a number of challenges remain, the evolution of the mental health system has been promising, and holds lessons for other OECD countries.

Van Gool, K. et Pearson, M. (2014). Health, Austerity and Economic Crisis. Assessing the short-term in OECD countries. OECD Health Working Papers; 76. Paris OCDE
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-austerity-and-economic-crisis_5jxx71lt1zg6-en

La crise économique qui a débuté en 2008 a eu d'importantes répercussions pour des millions de personnes, qui ont perdu leur travail ou l'épargne de toute leur vie et se trouvent confrontées à des difficultés financières de longue durée. La crise a également conduit plusieurs pays de l'OCDE à adopter des mesures d'austérité pour réduire leur déficit public. Le secteur de la santé, comme beaucoup d'autres programmes de protection sociale, a ainsi

été soumis à d'importantes restrictions budgétaires et a fait l'objet de réformes de grande ampleur. Suite à l'effet conjugué de la crise économique, des mesures d'austérité et des réformes, les systèmes de santé de nombre de pays de l'OCDE doivent aujourd'hui se réinventer. Ce document passe en revue les retombées de la crise économique sur la santé et les soins de santé. Il fait la synthèse des résultats de diverses publications sur les effets des crises économiques des dernières décennies et décrit les récentes réformes des politiques de santé, en s'intéressant plus particulièrement aux pays les plus touchés. Enfin, il analyse, à partir des Statistiques de l'OCDE sur la santé, les relations empiriques qui existent entre le chômage et l'utilisation, la qualité et l'efficacité des soins de santé. Dans cette optique, il s'interroge sur la question de savoir si les mesures d'austérité ont contribué à atténuer les effets du chômage sur les résultats en matière de santé

2013

Dezetter, A., Briffault, X., Bruffaerts, R., et al. (2013). "Use of general practitioners versus mental health professionals in six European countries: the decisive role of the organization of mental health-care systems." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **48**(1): 137-149.

OBJECTIVE: To investigate patterns of use of general practitioners (GPs) and/or mental health professionals (MHPs) for mental health reasons, across six European countries, and the extent to which these patterns of use are associated with differences in mental health-care delivering systems. METHODS: Data are based on the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD): a cross-sectional survey of a representative sample of 8,796 non-institutionalized adults from six European countries, conducted between 2001 and 2003 using computer-assisted interviews with the CIDI-3.0. Countries were classified into: MHP- for countries where access to medical professionals tends to predominate (Belgium, France, Italy), and MHP+ where access to non-medical MHPs predominates (Germany, Spain, The Netherlands). RESULTS: Among respondents consulting GPs and/or MHPs in the past year (n = 1,019), respondents from the MHP- group more often consulted GPs (68 vs. 55 % in MHP+ group), GPs and psychiatrists (23 vs. 14 %). People from the MHP+ group more often used MHPs only (45 vs. 32 %), GPs and non-medical MHPs (16 vs. 8 %). GPs from the MHP+ group were more inclined to refer patients to MHPs. Factors associated with use of GPs versus MHPs were: being over 49 years, not highly educated, lower income and suffering from mood or severe mental disorders. CONCLUSIONS: Differences in the use of GPs versus MHPs are markedly linked to individual as well as organizational factors. Interventions are needed, in countries fostering medical access, to reimburse sessions with non-medical MHPs and improve cooperation between professionals to obtain better practice in access to care.

Padmanathan, P. et De Silva, M. J. (2013). "The acceptability and feasibility of task-sharing for mental healthcare in low and middle income countries: a systematic review." Soc Sci Med **97**: 82-86.

Task-sharing has frequently been proposed as a strategy to overcome human resource shortages in order to scale up mental health care. Although evidence suggests this approach is effective, to date no review has been conducted to assess its acceptability and feasibility among service users and health care practitioners. This review summarises current findings and provides evidence-based recommendations to improve the success and sustainability of task-sharing approaches. All study designs were included and both qualitative and quantitative data were extracted and reviewed using a comparative thematic analysis. In total, 21 studies were included, nine of which were of strong or adequate quality and twelve of unknown quality. The review highlighted that task-sharing is not an outright solution for overcoming human resource shortages in low and middle income countries. A number of

factors need to be considered in order for task-sharing to be acceptable and feasible, for example the incidence of distress experienced by the task-sharing workforce, their self-perceived level of competence, the acceptance of the workforce by other health care professionals and the incentives provided to ensure workforce retention. As the main barrier to addressing these is a lack of resources, an increased investment in mental health care is essential in order to ensure that task-sharing interventions are successful and sustainable

Tai-Seale, M., Foo, P. K. et Stults, C. D. (2013). "Patients With Mental Health Needs Are Engaged In Asking Questions, But Physicians Responses Vary." Health Affairs **32**(2): 259-267.
http://content.healthaffairs.org/content/32/2/259.abstract

Increased patient engagement is of particular interest regarding patients with mental health needs, given the high burden of mental illness in the United States and the potential for greater patient engagement to improve health outcomes. Little is known about the extent to which these patients ask questions of their physicians; how physicians respond; and what the relationship is between patients questions and visit outcomes. We conducted in-depth mixed-method analyses of 322 audio recordings of primary care visits by people with mental health needs. We found that patients asked many questions «a median of fifteen per visit" but that they were more likely to ask about biomedical topics, such as diabetes, than about mental health topics. Patients received highly varied responses from physicians. Our findings suggest that efforts aimed at improving patient engagement should move beyond simply encouraging patients to ask questions. The goal should also be to support physicians in recognizing patients concerns and providing the most responsive answers, as well as promoting strong relationships to undergird communication among all members of the care team

2012

Coldefy, M. (2012). "L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences." Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(180)
http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes180.pdf

La prise en charge des troubles psychiques, qui concernent un individu sur quatre en Europe, est devenue une priorité des politiques de santé après l'impulsion donnée en 2005 par le plan d'action en santé mentale en Europe de l'Organisation mondiale de la santé. Ce plan encourage un meilleur équilibre entre prise en charge ambulatoire et hospitalière, et le développement des services de proximité. Depuis les années 1970, la plupart des pays européens sont passés d'une prise en charge dans de grandes institutions à l'intégration du patient dans son environnement à l'aide de soins et de services de proximité. Après avoir montré comment le processus de désinstitutionnalisation des soins psychiatriques s'est opéré à des vitesses et modalités distinctes en Allemagne, Angleterre, France et Italie, sont étudiés l'offre de services, les structures et modes de prise en charge actuels dans ces quatre pays. Ces premiers éléments de comparaison mettent en évidence, outre la difficulté de disposer de données de qualité comparables entre les pays, l'inégal achèvement des politiques de désinstitutionnalisation psychiatrique. Ils pointent également le retard de la France en matière d'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, mais aussi de développement des structures et services d'accompagnement des personnes à l'extérieur de l'hôpital.

Ivbijaro, G.(2012). "Companion to primary care mental health". Londres : Radcliffe Publishing
http://www.radcliffehealth.com/shop/companion-primary-care-mental-health

Companion to Primary Care Mental Health is the result of a major collaboration of an international group of general practitioners, psychiatrists, policy-makers, mental health professionals and mental health advocates. This extraordinary guide provides the best available evidence for the management of patients with mental health conditions in primary care. It draws on the wisdom of a range of experts from primary and secondary care, who have translated information from the literature and their own clinical experience to apply it across the globe to everyday family practice. With the emphasis on practical application it presents family doctors and their teams with the evidence-based knowledge necessary to support the development of fully integrated systems to promote good mental health using tables and figures to illustrate complex matters. This includes the need to harness the wider determinants of health and mental health and to tackle stigma through advocacy, spirituality and ethical practice. The role of public health and the management of the many interfaces associated with providing good mental health are also covered. It includes tools for assessment, including classification and risk assessment, and the general principles required to enable a biopsychosocial approach to care. The book also considers the individual mental health conditions that family doctors and their teams are likely to encounter. As comorbidity and the management of complexity are very common in primary care mental health, these are also explored in the final chapters of the book (4e de couverture).

OCDE (2012). Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale au travail. Paris OCDE
http://www.oecd.org/fr/els/emp/49540729.pdf

Bien que la mauvaise santé mentale constitue l'un des principaux défis pour les politiques sociales et du marché du travail dans les pays de l'OCDE, on ne sait pas grand-chose des liens entre santé mentale, invalidité et emploi. Dans quelle mesure la mauvaise santé mentale influe-t-elle sur les possibilités d'emploi et la gravité de la maladie joue-t-elle un rôle ? La transformation de l'environnement de travail contribue-t-elle à l'augmentation des cas d'invalidité pour mauvaise santé mentale ? Dans quelle mesure la part croissante de l'invalidité consécutive à une mauvaise santé mentale est-elle la conséquence de la conception des politiques et des systèmes ? Quel est le rôle du système de soins de santé au regard de la situation professionnelle des patients ? Pourquoi les jeunes dans les pays de l'OCDE sont-ils de plus en plus nombreux à être admis au bénéfice de prestations d'invalidité sans avoir jamais travaillé ? Les éléments dont on dispose pour traiter ces questions sont parcellaires ou incomplets ; beaucoup de facteurs importants restent inconnus ou mal compris, et les croyances erronées sont nombreuses. Ce rapport vise à cerner les données manquantes, à enrichir la base de connaissances et ainsi à remettre en question certains mythes, et à donner une vision plus complète des défis stratégiques sous-jacents. C'est le premier rapport d'une série consacrée à la question de la mauvaise santé mentale en lien avec le travail. Les rapports suivants examineront en détail les possibilités d'action dans un certain nombre de pays de l'OCDE, afin d'identifier les bonnes pratiques et les réformes requises. Un rapport final fera la synthèse des principaux enseignements. L'objectif ultime de l'examen Santé mentale et emploi mené par l'OCDE est de déterminer les politiques qui améliorent l'intégration sur le marché du travail des personnes souffrant de maladie mentale, et d'empêcher le stress et la tension au travail qui, faute de mesures correctives, peuvent avoir des effets délétères sur la santé mentale des travailleurs.

2011

(2011). "Les politiques de psychiatrie et santé mentale en Europe. Incertitudes et perspectives
Les politiques de psychiatrie et santé mentale en Europe. Incertitudes et perspectives." Sociologie

Sante //(34).

Ce dossier reprend des articles issus d'une même opération de recherche qui a duré cinq ans et a porté sur la production des politiques publiques d'éducation et de santé mentale en Europe. Il en extrait certaines dimensions, centrées sur l'évolution des politiques de pychiatrie et santé mentale dans quelques pays européens, les difficultés de réformes, les perspectives d'amélioration de la qualité des soins

Demailly, L., Daumerie, Nicolas et Roelandt, J. L. (2011). "Les politiques de psychiatrie et de santé mentale en Europe. Incertitudes et perspectives." Sociologie Santé(34)

Périodiquement les politiques de la psychiatrie et de la santé mentale sont mises sous le feu des médias, par exemple, à l'occasion d'un fait divers instrumentalisé par le pouvoir politique ou celle d'une réforme non consensuelle. Périodiquement aussi, elles retournent à l'abandon dans lequel les maintiennent souvent les pouvoirs publics et elles s'effacent alors du débat citoyen. Pourtant les besoins sociaux sont pressants en la matière et les questions politiques et éthiques concernant le soin du trouble mental n'ont cessé d'être brûlantes depuis les débats des années 1960. Ce numéro réunit des articles issus d'une opération de recherche européenne qui a duré cinq ans et a porté sur la production des politiques publiques d'éducation et de santé mentales en Europe. Toutes ces contributions convergent vers le rôle central, essentiel de la concertation multi-acteurs et du débat public démocratique.

Dezetter, A., Briffault, X., Alonso, J., et al. (2011). "Factors associated with use of psychiatrists and nonpsychiatrist providers by ESEMeD respondents in six European countries." Psychiatr Serv **62**(2): 143-151.

OBJECTIVE: This study analyzed use of services from psychiatrists and other mental health professionals (psychologists, psychotherapists, counselors, and social workers) in six European countries. METHODS: Data were from respondents (N=8,796) to the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), a cross-sectional survey (2001-2003) of a representative sample of noninstitutionalized adults in Belgium, France, Germany, Italy, the Netherlands, and Spain that was conducted via computer-assisted interviews with the Composite International Diagnostic Interview, version 3.0. RESULTS: Twenty-three percent of respondents reported lifetime use of any professional for mental health problems, and 60% consulted a mental health provider. Among these, 56% used a psychiatrist and 68% used a nonpsychiatrist provider. Factors associated with use of psychiatrists only were being retired or unemployed, having 12 or fewer years of education, living in France or Spain, having a severe disorder, and using psychotropic medication. Factors associated with use of nonpsychiatrist providers only were living in the Netherlands or Germany, never being married, and having an anxiety disorder. CONCLUSIONS: The findings suggest that there is no simple model of associations between mental health care system and patterns of service use. System characteristics, such as practitioner-population ratios, levels of practitioner availability, and gatekeeping and reimbursement policies, affect patterns of use of mental health providers. Recent British and Australian plans could be used as models for better allocation of services in some ESEMeD countries.

Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Rodriguez, A., et al. (2011). "Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents." Psychiatr Serv **62**(2): 152-161.

OBJECTIVE: This study described use of services for a major depressive episode and determined factors associated with use in Spain, a country with universal access to care and

a relatively low prevalence of depression. METHODS: Data were from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). ESEMeD-Spain was a cross-sectional, general population survey conducted with a representative sample of noninstitutionalized adults (N=5,473). The Composite International Diagnostic Interview was used, and 12-month use of services for a major depressive episode, types of services used, and receipt of minimally adequate treatment were assessed. RESULTS: Among the 247 respondents with a major depressive episode in the past 12 months, 59% reported any use of past-year services for their disorder; of this group, 76% reported receipt of any active treatment (from a health care or mental health professional). Among respondents with severe depression, 31% used no services. A higher likelihood of service use was found among those who were unemployed or too disabled to work (OR=4.9, CI=1.3-19), who had moderate depression symptoms (OR=3.2, CI=1.1-9.0), and who had one mental disorder comorbid with depression (OR=2.9, CI=1.2-7.0) or two or more such comorbid disorders (OR=4.1, CI=1.9-8.9). In the active treatment group, only 31.2% received treatment that was minimally adequate. CONCLUSIONS: There is a need in Spain to increase use of services for a major depressive episode, especially among certain population groups, such as women, and to improve adequacy of treatments. The role of specific factors, such as availability of services and of professionals, deserves further research.

OMS (2011). Impact of economic crises on mental health, Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf

The economic crisis is expected to produce secondary mental health effects that may increase suicide and alcohol death rates. However, the mental health effects of the economic crisis can be offset by social welfare and other policy measures. For example, active labour market programmes aimed at helping people retain or regain jobs counteract the mental health effects of the economic crisis. Family support programmes contribute to counteracting the mental health effects of the crisis. Increasing alcohol prices and restricting alcohol availability reduce the harmful effects on mental health and save lives. Debt relief programmes will help to reduce the mental health effects of the economic crisis and accessible and responsive primary care services support people at risk and prevent mental health effects.

Sevilla-Dedieu, C., Kovess-Masfety, V., Gilbert, F., et al. (2011). "Mental health care and out-of-pocket expenditures in Europe: results from the ESEMeD project." J Ment Health Policy Econ **14**(2): 95-105.

BACKGROUND: Most published data on out-of-pocket spending on mental health originate from the United States, where insurance payments for mental health have traditionally been much less generous than benefits for other health care services. Given the difference in the structure of health care funding in Europe, it is clearly important to obtain similar information on out-of-pocket expenditure in different European countries. AIM OF THE STUDY: To estimate out-of-pocket costs paid by people who receive mental health care in six European countries (Belgium, France, Germany, Italy, the Netherlands, and Spain). METHODS: Of the 8,796 participants in a cross-sectional survey conducted in these six European countries, 1,128 reported having consulted a professional for a mental health problem in the year preceding the interview and provided information on how many times in the past year they consulted each type of provider, and the money they and their family members had paid out-of-pocket for their mental health care. In addition to sociodemographic characteristics, information on mental health status was collected using the CIDI 3.0. Descriptive statistics on out-of-pocket expenditure and share of income across

countries were generated. Two-part models were employed to identify the relationship between the different covariates, notably the types of providers consulted, and out-of-pocket expenditure. RESULTS: Overall, 41.0% of those who used services for a mental health problem paid something for the care they received. This represented a minority of respondents in all countries except Belgium (87.9%) and Italy (61.7%). The financial burden of these costs relative to income was found to be low (1.2%), ranging from 0.4% in Germany to 2.3% in France. Out-of-pocket expenditure differed according to the type of providers consulted, with non-physician health professionals and medical specialists being more often associated with significant expenditure. DISCUSSION AND LIMITATIONS: Although the study is limited principally by data collection from self-report, it is the first of its kind, to our knowledge, and suggests that out-of-pocket costs for mental health care in Europe are relatively low compared to the United States. However, differences between countries exist, which may be partially due to differences in coverage for specialized care. IMPLICATIONS FOR HEALTH POLICIES: Consultations with non-physician mental health professionals such as psychologists are expensive for patients, since they are reimbursed to a lesser extent than consultations with physicians, or not reimbursed at all. This limits their role and increases the burden on psychiatrists. IMPLICATIONS FOR FURTHER RESEARCH: Monitoring out-of-pocket spending on mental health, preferably on the basis of administrative data when available, is essential in the current context of cost containment policy, where out-of-pocket spending may be expected to increase.

2010

Baumann, A., Muijen, M. et Gaebel, W. (2010). Mental health and well-being at the workplace ? protection and inclusion in challenging times. Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe**:** http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/124047/e94345.pdf

During economic recession and the implementation of austerity measures, public sector spending is carefully considered and cuts are made in areas not considered a priority. Mental health services specifically and disease prevention and health promotion activities in general are often cut, and their capacity may paradoxically be reduced at times of increased need. People with severe and enduring mental health problems are especially likely to be affected by these cuts, leading to inequitable suffering but also resulting in limited availability of rehabilitation and supported employment places for people already at disproportionate risk of exclusion. Work increases self-esteem and the quality of life. Providing a healthy and inclusive working environment can prevent mental health problems and enhance opportunities to enter, remain at or return to work when experiencing such problems. Good health contributes to quality and productivity at work, which in turn promotes economic growth and employment (McDaid, 2008) and the ability to invest in good employment practices. Numerous measures have been shown to be effective in promoting mental health and well-being, preventing and managing mental illness and helping reintegrate people into work " including effective programmes to tackle stigma and discrimination. Some of the most successful and promising are reflected in the chapters in the publication, contributions to the Conference on Mental Health and Wellbeing at the Workplace " Protection and Inclusion in Challenging Times.

Eyssen, M., Leys, M. et Desomer, A. e. A. (2010). Organisation des soins de santé mentale pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante. Y a-t-il des données probantes ? KCE report; 144B**:** 2.
http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=14844&CREF=18214

Une réflexion politique sur la manière de mieux organiser les soins de santé mentale (SSM) est menée depuis les années 1990 en Belgique. Le présent rapport a pour objectif de contribuer à cette réflexion et donne un éclairage sur d'une part l'organisation générale des soins et sur certains aspects de la coordination et de l'intégration des soins d'autre part. Il se penche particulièrement sur les personnes qui présentent une affection mentale exigeant des soins chroniques et complexes. Ce rapport est basé sur une étude de la littérature scientifique (Medline, Embase, PsycInfo, Cochrane et base de données CRD) et sur un aperçu international de l'organisation des soins aux personnes atteintes d'une maladie mentale dans 6 pays européens et en Australie

Sevilla-Dedieu, C., Kovess-Masfety, V., Haro, J. M., et al. (2010). "Seeking help for mental health problems outside the conventional health care system: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)." Can J Psychiatry **55**(9): 586-597.

OBJECTIVE: In certain countries, it is not uncommon to turn to professionals outside the conventional health care system for psychological problems. As this situation is not well documented in Europe, we assessed use of nonconventional care for mental health in 6 European countries. METHOD: A cross-sectional survey was conducted in representative samples of noninstitutionalized adults in 6 European countries. Participants (n = 8796) completed a survey, which included, among other items, the Composite International Diagnostic Interview 3.0 and in-depth questions about lifetime consultations for mental health problems. RESULTS: Among the respondents (n = 2928) who reported having already sought help in their lifetime for psychological problems (20.0%), 8.6% turned to complementary and alternative medicine (CAM) providers, such as chiropractors and herbalists, and a similar proportion (8.4%) to religious advisers such as ministers, priests, or rabbis. Only a small proportion (2.9%) consulted only these professionals for their problems. CAM providers were more frequently used in the Netherlands (13.5%) and Germany (9.4%), while religious advisers were more often consulted in Italy (12.6%) and Germany (11.6%). Multivariate analyses confirmed differences between countries and revealed that people turning to religious advisers tended to be older, foreign born, and with alcohol problems, whereas those consulting CAM providers were younger, wealthier, and more frequently depressed. CONCLUSIONS: In Europe, patients who turn to CAM therapists and those who seek help from religious advisers for psychological problems are not exactly the same. In addition, these professionals are not consulted frequently in most countries, and are almost always associated with more traditional follow-up when used.

2009

Friedli, L. (2009). Mental health, resilience and inequalities. Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe**:** V+55.
http://www.euro.who.int/document/e92227.pdf

This report highlights the importance of policies and programmes to support improved mental health for the whole population. Just as we know that a small reduction in the overall consumption of alcohol among the whole population results in a reduction in alcohol related harm, so a small improvement in population wide levels of wellbeing will reduce the prevalence of mental illness, as well as bringing the benefits associated with positive mental health. Priorities for action include: social, cultural and economic conditions that support family and community life, education that equips children to flourish both economically and emotionally, employment opportunities and workplace pay and conditions that promote and protect mental health partnerships between health and other sectors to address social and

economic problems that are a catalyst for psychological distress, reducing policy and environmental barriers to social contact.

Manderscheid, R. W., Atay, J. E. et Crider, R. A. (2009). "Changing trends in state psychiatric hospital use from 2002 to 2005." Psychiatr Serv **60**(1): 29-34.

OBJECTIVE: National surveys have shown dramatic declines in the number of residents in state psychiatric hospitals since the 1950s and in the number of admissions since the 1970s. However, data from 2002 and 2005 indicate a reversal of these long-term trends. The objective of this study was to present the new data and to advocate for research on the factors contributing to these changes. METHODS: This study is based on state-level data submitted annually to the Center for Mental Health Services. The 11 states showing increases in admissions and residents between 2002 and 2005 were surveyed by telephone about the factors leading to the changes. RESULTS: Between 2002 and 2005, the number of admissions nationwide increased 21.1%, and the number of residents increased by 1.0%. State mental health agency staff attributed the increases principally to one factor-the increase in the number of forensic admissions and residents. Staff also identified increases in the number of admissions with schizophrenia (increased 23.2%) and affective disorders (increased 16.3%) as a second factor, plus declines in the availability of housing and community-based care providers. CONCLUSIONS: The reversal of long-term trends may signal threats to the goal of community-based mental health care. Research is urgently needed to examine the factors associated with these increases. Potential factors to be investigated include the increase in the number of forensic admissions and the antecedents of this phenomenon, increases in the number of admissions with schizophrenia, the changing capacity of general hospital inpatient psychiatric services in the community, and changes in the demographic makeup of American society, reflected in an aging population and increased racial-ethnic diversity.

Pedersen, P. B. et Kolstad, A. (2009). "De-institutionalisation and trans-institutionalisation - changing trends of inpatient care in Norwegian mental health institutions 1950-2007." Int J Ment Health Syst **3**(1): 28.

BACKGROUND: Over the last decades mental health services in most industrialised countries have been characterised by de-institutionalisation and different kinds of redistribution of patients. This article will examine the historical trends in Norway over the period 1950-2007, identify the patterns of change in service settings and discuss why the mental health services have been dramatically transformed in less than sixty years. METHODS: The presentation of the trends in the Norwegian mental health services and the outline of the major changes in the patterns of inpatient care over the period 1950-2007 is founded on five indicators: The average inpatient population, the number of discharges during a year, the average length of stay, the number of beds or places, and the occupancy rate (average inpatient population/beds). Data are reported by institutional setting. Multiple sources of data are used. In some cases it has been necessary to interpolate data due to missing data. RESULTS: New categories of institutions were established and closed during the 57 years period. De-hospitalisation started in Norway in the early 1970s, de-institutionalisation in general 15 years later. Six distinct periods are identified: The asylum period (-1955), institutionalisation and trans-institutionalisation (1955-65), stabilisation and onset of de-hospitalisation (1965-75), de-hospitalisation (1975-87), from nursing homes to community-based services (1988-98), and the national mental health program (1999-2007). There has been a significant reduction in the number of beds and in the average in-patient population. The average length of stay in institutions has been continuously reduced since 1955. The number of patients actually treated in psychiatric institutions has increased significantly. Accessibility,

quality of care and treatment for most patients has improved during the period. The mental health system in Norway has recently been evaluated as better than the systems in USA, England and Canada. CONCLUSIONS: De-institutionalisation means fewer beds but not fewer patients treated, neither in institutions in general nor in psychiatric hospitals. The periods represent different kinds of de-, trans-, and even re-institutionalisation. Expansion of the welfare state, increased professional focus on active treatment and increased focus on patients' preferences are the factors that best explain de-institutionalisation in Norway.

Vieth, H. (2009). "Mental health policies in Europe." Euro Observer - Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies **11**(3): 1-16.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/80333/EuroObserver-Autumn-2009_web.pdf

Depression is the leading cause of years of healthy life lost to disability (YLD) for rich and poor countries alike across all regions in the world, and this burden is only likely to increase in proportion to other diseases over the coming decades.1 The global burden of all mental ill health, coupled with the considerable economic burden it places on countries, brings a number of challenges not only in providing appropriate services for users but also in identifying effective mental health promotion and prevention strategies. This Overview surveys some of the contextual issues shaping mental health policies across Europe and what is required to improve conditions and services. The case studies that follow provide snapshot surveys of the available evidence of best practice in a number of key areas.

2008

Eyssen, M., Leys, M. et Desomer, A. e. A. (2010). "Organisation des soins de santé mentale pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante. Y a-t-il des données probantes ?".
http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=14844&CREF=18214

Une réflexion politique sur la manière de mieux organiser les soins de santé mentale (SSM) est menée depuis les années 1990 en Belgique. Le présent rapport a pour objectif de contribuer à cette réflexion et donne un éclairage sur d'une part l'organisation générale des soins et sur certains aspects de la coordination et de l'intégration des soins d'autre part. Il se penche particulièrement sur les personnes qui présentent une affection mentale exigeant des soins chroniques et complexes. Ce rapport est basé sur une étude de la littérature scientifique (Medline, Embase, PsycInfo, Cochrane et base de données CRD) et sur un aperçu international de l'organisation des soins aux personnes atteintes d'une maladie mentale dans 6 pays européens et en Australie

Garcia Armesto, S., Meideros, H. et Wei, L. (2008). Information availability for measuring and comparing quality of mental health care across OECD countries. OECD Health Technical Papers ; 20. Paris OCDE
http://www.oecd.org/dataoecd/53/47/41243838.pdf

Ce document présente un panorama des systèmes d'information sur les soins de santé mentale en place dans 18 pays de l'OCDE avec pour objectif d'examiner les possibilités de mesure de la qualité de ces soins et d'identifier des indicateurs qui pourraient être inclus dans la batterie d'indicateurs de la qualité des soins de santé (HCQI) de l'organisation. Pour étayer cette analyse, une enquête a été effectuée. Le questionnaire s'efforçait de recueillir des informations sur trois domaines d'intérêt permettant de décrire les systèmes nationaux d'information liés aux services de santé mentale : types de données sur la santé mentale disponibles au niveau du système ; sources de données disponibles au niveau national ;

modalités institutionnelles régissant la propriété et l'utilisation du système d'information. Une section supplémentaire a été ajoutée pour évaluer les possibilités d'amélioration de la disponibilité des indicateurs recommandées dans le Rapport technique sur la santé n° 17 de l'OCDE.

Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., et al. (2007). "Mental health policy and practice across Europe". Berskshire : Open University Press
http://www.euro.who.int/document/E89814.pdf

In much of Europe, the challenges raised by poor mental health remain taboo. This book maps the current state of policy, service provision and funding for mental health care across Europe, taking into account the differing historical contexts that have shaped both the development and the delivery of services. A holistic approach assesses the influence on mental health of environmental factors such as housing, poverty, employment, social justice and displacement. Covering a wide range of policy issues, the book : examines the legal rights of people with mental health problems ; addresses the impact of stigma, social exclusion and discrimination ; reviews the role of service users and their families in the development of mental health services and policy ; evaluates opportunities to rehabilitate people with mental health problems ; discusses the financing and organization of mental health systems ; and reflects on approaches to reform and on the future development of services.

OMS (2008). Integrating mental health into primary care. A global perspective, Genève : OMS Singapour : WONCA
http://www.who.int/mental_health/policy/Integrating%20MH%20into%20primary%20care-%20final%20low-res%20140908.pdf

This report on integrating mental health into primary care, which was developed jointly by the World Health Organization (WHO) and the World Organization of Family Doctors (Wonca), presents the justification and advantages of providing mental health services in primary care. At the same time, it provides advice on how to implement and scale-up primary care for mental health, and describes how a range of health systems have successfully undertaken this transformation. Mental disorders affect hundreds of millions of people and, if left untreated, create an enormous toll of suffering, disability and economic loss. Yet despite the potential to successfully treat mental disorders, only a small minority of those in need receive even the most basic treatment. Integrating mental health services into primary care is the most viable way of closing the treatment gap and ensuring that people get the mental health care they need. Primary care for mental health is affordable, and investments can bring important benefits. This report is divided into distinct parts, with different needs in mind. Part 1 provides the context for understanding primary care for mental health within the broader health care system. Part 2 explains how to successfully integrate mental health into primary care and highlights 10 common principles which are central to this effort. It also presents 12 detailed case examples to illustrate how a range of health systems have undertaken this transformation. Finally, Annex 1 provides information about the skills and competencies that are required to effectively assess, diagnose, treat, support and refer people with mental disorders. As this report will show, treating mental disorders as early as possible, holistically and close to the person's home and community lead to the best health outcomes. In addition, primary care offers unparalled opportunities for the prevention of mental disorders and mental health promotion, for family and community education, and for collaboration with other sectors.

Petrea, I. et Muijen, M. (2008). "Policies and practices for mental health in Europe : meeting the challenges". Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf

This WHO report, co-funded by the European Commission, gives an overview of policies and practices for mental health in 42 Member States in the WHO European Region. Nearly all countries have made significant progress over the past few years, and several are among the leaders in the world in such areas as mental health promotion, mental disorder prevention, service reform and human rights. Nevertheless, this report also identifies weaknesses in Europe: some systematic, such as the lack of consensus on definitions and the absence of compatible data collection, and others that show great variation across countries, such as the stage of community services development and the level of investment in various areas. It also identifies gaps in information in areas of strategic importance for the development of mental health policies. This report is a baseline against which progress can be measured towards the vision and the milestones of the Mental Health Declaration for Europe.

2007

Boedeker, W., Klindworth, H., Bach, E., et al. (2007). Hearts and minds at work in Europe. A european work-related public health report on Cardiovascular Diseases and Mental ill health. Essen BBK Bundesverband

The interrelations between cardiovascular diseases, mental ill health and work are complex. The first chapter looks at the burden imposed by cardiovascular diseases and mental ill health. Chapter 2 addresses the impact of diseases on work. Chapter 3 highlights the relationship between cardiovascular diseases and mental ill health. Chapter 4 addresses the impact of working conditions on the development of these disease. In chapter 5, it is shown that interventions to improve workplace health, although embedded in differents concepts, have common goals, characteristics and benefits. Finally, chapter 6 provides recommandations to policy makers and other with the power to develop or influence policies and pratices at an international, national, regional , local or company levels.

Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., et al. (2007). Mental health policy and practice across Europe, Berskshire : Open University Press
http://www.euro.who.int/document/E89814.pdf

In much of Europe, the challenges raised by poor mental health remain taboo. This book maps the current state of policy, service provision and funding for mental health care across Europe, taking into account the differing historical contexts that have shaped both the development and the delivery of services. A holistic approach assesses the influence on mental health of environmental factors such as housing, poverty, employment, social justice and displacement. Covering a wide range of policy issues, the book : examines the legal rights of people with mental health problems ; addresses the impact of stigma, social exclusion and discrimination ; reviews the role of service users and their families in the development of mental health services and policy ; evaluates opportunities to rehabilitate people with mental health problems ; discusses the financing and organization of mental health systems ; and reflects on approaches to reform and on the future development of services.

2006

Becker, T. et Kilian, R. (2006). "Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in

provision, costs and outcomes of mental health care?" Acta Psychiatr Scand Suppl(429): 9-16.

OBJECTIVE: To report recent findings regarding differences in the provision, cost and outcomes of mental health care in Europe, and to examine to what extent these studies can provide a basis for improvement of mental health services and use of findings across countries. METHOD: Findings from a number of studies describing mental health care in different European countries and comparing provision of care across countries are reported. RESULTS: The development of systems of mental health care in western Europe is characterized by a common trend towards deinstitutionalization, less in-patient treatment and improvement of community services. Variability between national mental healthcare systems is still substantial. At the individual patient level the variability of psychiatric service systems results in different patterns of service use and service costs. However, these differences are not reflected in outcome differences in a coherent way. CONCLUSION: It is conceivable that the principal targets of mental healthcare reform can be achieved along several pathways taking into account economic, political and sociocultural variation between countries. Differences between mental healthcare systems appear to affect service provision and costs. However, the impact of such differences on patient outcomes may be less marked. The empirical evidence is limited and further studies are required.

2005

Commission Européenne. Direction Générale Santé et Protection des Consommateurs. (2005). "Livre vert : améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne". Bruxelles, Office des publications officielles des Communautés européennes

La santé mentale de la population européenne est l'un des moyens d'atteindre quelques-uns des objectifs stratégiques de l'Union européenne : le retour de l'Europe sur la voie de la prospérité durable, la concrétisation des engagements de l'Union en faveur de la solidarité et de la justice sociale, ou encore, l'amélioration tangible et concrète de la qualité de la vie des citoyens européens. Cependant, la santé mentale de la population de l'Union peut être considérablement améliorée. En effet : la mauvaise santé mentale touche un citoyen sur quatre et peut conduire au suicide, qui prélève un trop lourd tribut en vies humaines ; elle grève sévèrement, par les pertes et les charges dont elle est la cause, les mécanismes économiques, sociaux, éducatifs, pénaux et judiciaires ; l'exclusion sociale et la stigmatisation des malades mentaux, de même que les atteintes aux droits et à la dignité de ces derniers, demeurent une réalité et battent en brèche les valeurs fondamentales européennes. Des progrès sont possibles. Beaucoup d'initiatives ont déjà été prises. Elles doivent être développées et consolidées. La conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale qui s'est tenue en janvier 2005 a débouché sur de solides engagements politiques et sur un plan d'action exhaustif en la matière. Elle a invité la Commission européenne, co-organisatrice de la conférence avec l'OMS, à contribuer, en collaboration avec cette dernière, à l'application de ce plan dans la limite de ses compétences et conformément aux attentes du Conseil. Ce livre vert est une première réponse à cette invitation. Il propose à cet effet d'élaborer une stratégie communautaire sur la santé mentale qui apporterait la plus-value suivante : elle offrirait des structures d'échange et de coopération entre États membres, aiderait à renforcer la cohérence des actions engagées au niveau national et communautaire dans les secteurs liés ou non à la santé et permettrait aux parties prenantes de tous les horizons d'intervenir dans la recherche de solutions. Le présent livre vert vise à associer les institutions européennes, les pouvoirs publics, les professions de la santé, les parties prenantes d'autres secteurs, la société civile - y compris les associations de patients - et les milieux de la recherche à un débat sur l'importance de la santé mentale pour l'Union

européenne ainsi que sur la nécessité d'une stratégie communautaire à cet égard et sur les priorités éventuelles de celle-ci.

2004

Kovess, V. (2004). The state of mental health in the European Union. Bruxelles Office des publications officielles des Communautés européennes

Ce document compare l'état de santé mentale des populations de l'Union européenne et de la Norvège. Il se base sur les données de l'enquête Eurobarometer et de la base de données européenne "la santé pour tous".

2003

Korkeila, J., Lehtinen, V., Bijl, R., et al. (2003). "Establishing a set of mental health indicators for Europe." Scand J Public Health **31**(6): 451-459.

AIMS: This review presents the background work for developing a set of mental health indicators as part of a comprehensive health monitoring system in the European Union. The review focuses on the appraisal of mental health at population level with special emphasis on assessments that could be useful for mental health promotion. METHODS: A functional model of mental health is used to delineate variables important for a set of mental health indicators. Variables that are not possible to monitor at population level are not discussed here. Literature searches were conducted through the MEDLINE, PSYCHLIT, and SOCIOLOGICAL ABSTRACTS databases and available textbooks. RESULTS: The review presents findings from research seeking associations between mental health and ill health and different individual, social, economic, ecological, and service-related characteristics. Specific domains as key starting points in establishing a set of mental health indicators are outlined according to the research findings. CONCLUSION: A set of mental health indicators can enhance the visibility of mental health issues in the European context. Ultimately the indicators could be used in estimating how the targets set for health policies are met, and whether there has been a measurable decrease in disability, suffering, and disease.

Sources d'information

ENQUETES ET BASES MEDICO-ADMINISTRATIVES

Les enquêtes nationales

- L'enquête Depres de 1996 repère des épisodes dépressifs majeurs (EDM) sur six mois. D'après les résultats de cette enquête, près de 9 % de la population souffrait de ce trouble au cours des six mois précédant l'étude.
- L'enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) recueille l'état de santé à partir des données issues du questionnaire MINI et d'un auto-questionnaire sur des pathologies déclarées par la personne. La prévalence des EDM était alors évaluée à 12 %.
- L'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG), réalisée auprès de 36 105 personnes âgées de 18 à 75 ans s'est déroulée sur plusieurs sites entre 1999 et 2003. Parmi

les personnes interrogées, 11 % ont été repérées comme ayant connu un épisode dépressif au cours des deux semaines précédant l'enquête.

- L'étude européenne ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) utilise un autre questionnaire, le Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI, version 2000) pour repérer des prévalences d'épisodes dépressifs sur une période de 12 mois.
- Le baromètre santé, lors des deux enquêtes en 2005 et en 2010, évalue la prévalence de l'EDM (épisode dépressif caractérisé) au cours des 12 mois précédant le recueil des données à 7,8 %. En 2005, les questions sur le recours ont été posées à tous les sujets alors qu'en 2010 elles n'étaient posées que si la personne interrogée répondait positivement aux questions filtres sur les symptômes de dépression. En 2017, la prévalence de l'EDM est évalué chez les actifs occupés à l'aide du questionnaire standardisé CIDI-SF.
- L'enquête Anadep a décrit en 2005 que sur 1 608 répondants ayant eu recours à un professionnel pour raison de santé mentale, 67,2 % ont consulté un médecin généraliste et que parmi ceux-là, 46,1 % ont consulté exclusivement un médecin généraliste.
- L'enquête EHIS-ESPS 2014 évalue que presque une femme sur dix et un homme sur vingt présentent des symptômes dépressifs, qui s'accentuent à partir de 75 ans, et touchent particulièrement les ménages d'employés. Avec 7 % de personnes concernées, la France se situe dans la moyenne européenne.

Les bases de données médico-administratives

- PMSI-MCO : le programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine-chirurgie-obstétrique permet notamment d'étudier les hospitalisations pour tentatives de suicide et d'analyser de façon descriptive les séjours hospitaliers, les caractéristiques de la patientèle ainsi que des données médicalisées précisant, entre autres, le(s) diagnostic(s) comorbides. Ces données autorisent ainsi l'estimation des taux annuels d'hospitalisation pour tentatives de suicide et d'évaluer le risque de réadmission (depuis 2004).
- RIM-P : le recueil d'information médicalisé en psychiatrie mis en place en 2007 recueille les données relatives aux hospitalisations en psychiatrie, à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire. Il permet d'étudier le suivi et les modalités de prises en charge des personnes atteintes de pathologies psychiatriques graves.
- SNIIR-AM et EGB : le système national d'information inter régimes de l'assurance maladie et l'échantillon généraliste de bénéficiaires portent sur les données en ambulatoire. Le SNIIR-AM propose des données exhaustives sur les remboursements de soins en ville et permet d'étudier la consommation de psychotropes. L'EGB constitue de son côté un échantillon au 1/97ème avec ou sans soins de la population et sa conservation prévue est de 20 ans. Ces 2 bases comportent des données sur le patient [âge, sexe, résidence, date de décès, couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), affection longue durée (ALD)] et sur les soins remboursés.

ORGANISMES RESSOURCES

Sites français

Anap
Élaboration de méthodologie sur le parcours de soins en psychiatrie.

Ascodocpsy

Base de données et bibliographies thématiques sur la santé mentale.

Atlas de la santé mentale
L'Atlas de la santé mentale en France constitue une base de données territorialisées. Il rassemble plus de 350 indicateurs pouvant être mobilisés dans l'élaboration et le suivi des diagnostics de santé partagés des projets territoriaux en santé mentale.

Bibliothèque médicale Henry Ey (Sainte-Anne)
Sélection de ressources sur la psychiatrie, les urgences psychiatriques, l'addictologie, la pédopsychiatrie… La bibliothèque propose des méthodologies de recherche bibliographique en psychiatrie, des sites internet de référence…

Collectif Schizophrénie
Portail d'information sur la schizophrénie à l'intention des personnes vivant avec la maladie, à leurs proches et aux professionnels de santé.

CREAI –ORS Occitanie
Dossier bibliographique sur la santé mentale et l'organisation de soins (2017)

Fondation Fondamental
Fondation de coopération scientifique dédiée à la lutte contre les maladies malades les plus graves.

Haute Autorité de santé (HAS)
Recommandations sur les parcours de soins en psychiatrie, référentiels de bonne pratique.

Info dépression
Dédié aussi bien au grand public qu'aux professionnels de santé, ce site réalisé par Santé Publique France (ex INPES) a pour vocation de fournir les informations nécessaires pour reconnaître et comprendre les symptômes de la maladie et accompagner les proches.

Infosuicide
Site d'information sur le suicide créé par le Centre thérapeutique spécialisé Recherche et rencontre. Il informe sur les aspects éthiques, juridiques, statistiques, les programmes nationaux, la recherche, et l'actualité concernant ce grave problème.

Irdes
Un des axes de recherche de l'Irdes porte sur la santé mentale.
Les publications sont en ligne sur le web à la rubrique : Psychiatrie et santé mentale.
Une bibliographie thématique porte sur la recherche participative en santé mentale. Elle est consultable sous la rubrique « Synthèses & Bibliographies ».

IRESP Pays-de-la-Loire
Dossier documentaire sur la santé mentale, troubles mentaux et du comportement (2019)

Ministère chargé de la santé
Ce site met en ligne divers dossiers sur la santé mentale : Feuille de route santé mentale et psychiatrie 2018, prévention du suicide, politique de santé publique en matière d'addictions

Psychai
Base de données bibliographiques en ligne du centre de documentation du CH Alpes-Isère, spécialisé en psychiatrie.

Psycom
Le Psycom est un organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale. Il aide à mieux comprendre les troubles psychiques, leurs traitements et l'organisation des soins psychiatriques. Il édite des documents d'information à l'intention des patients et de leurs proches, des professionnels et du grand public. Il publie une lettre d'informations hebdomadaire.

Psydoc
Site géré par la Fédération Française de Psychiatrie et alimenté par des collaborations diverses. On accède aux rubriques suivantes : liste des associations membres de la FFP, bases de données interactives, plates-formes scientifiques (ensemble structuré d'informations dans un domaine particulier, à partir de références bibliographiques, d'articles et d'adresses web), revues en psychiatrie, colloques, cyberconférences, conférences de consensus-RPC-RMO, formations, recherche en psychiatrie, listes de diffusion, questions d'usagers, sélection de sites.

L'Observatoire national du suicide (ONS)
Veille stratégique et recueil numérique sur la problématique du suicide en France.

SFSP
Dossier documentaire sur la santé mentale : plans, programmes, lois, avis, rapports… (2018)

Unafam
Cette association concentre son action au profit de l'entourage des personnes vivant avec des troubles psychiques sévères, essentiellement des personnes atteintes de schizophrénie, de troubles bipolaires, de dépressions sévères, de psychoses graves et de troubles obsessionnels compulsifs. Depuis plus récemment, l'Unafam reçoit les parents d'enfants et d'adolescents ayant des troubles psychologiques, des troubles psychiques ou des troubles du comportement. Elle publie la revue *Regards*.

Sites internationaux

OCDE
Nombreuses publications sur la santé mentale dans les pays de l'OCDE : épidémiologie, coût, politique psychiatrique, ainsi que la relation entre santé mentale et emploi avec la série des *Mental health at work* ou le Health Mental Health Framework.

OMS
Publications sur la politique de prévention de la santé mentale dans le monde : prévention du suicide, atlas, plan d'action… L'ensemble des publications sur cette thématique est à cette url : https://www.who.int/mental_health/publications/fr/

Santé mentale et dépendance aux substances
Site spécialisé du " Department of Mental Health and Substance Dependence " de l'OMS : travaux et projets OMS sur la santé mentale, centres collaborateurs, publications, actualité.

WHO Mindbank
Plateforme de partage d'informations de l'OMS sur la santé mentale, l'abus de substances psychoactives, le handicap et les droits de l'homme. Elle permet l'accès aux politiques nationales menées dans les différents domaines listés ci-dessus, ainsi qu'aux principaux rapports de l'OMS et des Nations Unis.

Union européenne

La rubrique *Mental Health Europe* rassemble les actions et les publications de l'Union européenne dans le domaine de la santé mentale.