

# LES INDICATEURS NÉCESSAIRES À LA PLANIFICATION EN SANTÉ MENTALE ET EN PSYCHIATRIE

*Résultats d'une enquête épidémiologique  
En Haute-Normandie, Ile-de-France, Lorraine et Rhône-Alpes*

## TOME 1

**Auteurs :**

Gwénaëlle Le Breton-Lerouillois

Fabien Gilbert

Viviane Kovess-Masféty



Ont participé à l'élaboration de ce rapport :

- Élodie Carmona (Fondation MGEN pour la santé publique)
- David Sapinho (Fondation MGEN pour la santé publique)
- Taraneh Shojaei-Brosseau (Fondation MGEN pour la santé publique)
- Ashley Wazana (Fondation MGEN pour la santé publique)
- Patrick Klein, Vincent Pottier et Valérie Assadourian (IPSOS)
- Jean-Baptiste Herbert et Chantal Cases (DREES)
- Dominique Beynier (IUP Management du social et de la santé Université de Caen)
- Alexandre Kysh (Lasmas - Iresco Paris)

## SYNTHÈSE

La nécessité d'allouer les moyens consacrés à la psychiatrie en fonction des besoins est reconnue par tous les acteurs même si la définition du besoin est différemment appréciée par ces nombreux acteurs. Un travail préalable<sup>1</sup> conduit dans le contexte d'un groupe d'experts franco québécois avait montré l'insatisfaction qui régnait parmi les planificateurs et le besoin de se doter de méthodes pour ce faire.

Le travail avait permis de relever les solutions utilisées par d'autres pays en particulier l'utilisation des indicateurs sociaux pour la planification. Dans la mesure où toutes les études épidémiologiques ont montré que la plupart des problèmes de santé mentale sont liés à des variables sociales relativement simples : sexe, âge, emploi, statut social, statut matrimonial ou le statut d'occupation du logement, ces corrélations ont amené à utiliser ces variables sociales pour en inférer la prévalence des problèmes par territoire de planification. En effet dans la plupart des pays , ces indicateurs sont produits en routine et détaillés à un niveau non seulement régional, mais aussi infra-régional et local et peuvent donc être utilisés pour estimer, de façon macroscopique, les besoins en santé mentale d'une aire socio-spatiale déterminée pour des coûts minimes.

Ainsi les indicateurs des besoins en santé mentale basés sur les indicateurs sociaux représentent une source d'information potentiellement utile pour planifier en fonction des besoins d'un « bassin de population » et sont des garants de l'équité dans la réponse aux besoins des différentes échelles géographiques.

Un modèle avait alors retenu l'attention des experts : le modèle de l'université de Denver (Colorado) qu'il a été décidé de tester sur quatre régions françaises volontaires suffisamment différentes pour assurer la stabilité des relations entre des indicateurs de besoin et ces derniers. Ce rapport est l'aboutissement de cette recommandation.

Le besoin est une notion complexe, d'une part parce qu'il faut s'entendre sur ce qu'on considère comme un besoin de soin et, d'autre part, parce que ces soins peuvent être prodigués dans différents systèmes et par différents intervenants.

Qui plus est, les personnes qui ont besoin de soins n'ont pas forcément besoin de soins en milieu spécialisé psychiatrique et certaines interventions peuvent relever du secteur social plus que médical.

Il faut donc savoir ce qui est souhaitable pour chaque type de problème rencontré. On peut par exemple partir des recommandations de bonne pratique, quand elles existent, ou des résultats d'un comité d'experts qui évaluent ce qu'il convient de faire pour les cas d'un type donné.

À ceci s'ajoute le fait que, dans une logique de santé publique, il convient de réserver les soins les plus spécialisés aux personnes qui en ont réellement besoin faute de quoi on court le risque que ces soins spécialisés ne se retrouvent débordés par des demandes qui pourraient être gérées par le système dit de première ligne dont les intervenants sont en plus grand nombre.

---

<sup>1</sup> V. Kovess, A. Lesage, B. Boisguerin, L. Fournier, A. Lopez, A. Ouellet, Planification et évaluation des besoins en santé mentale, Médecine-Sciences Flammarion, 2001

La planification des ressources de la psychiatrie doit donc prendre en considération à la fois le vaste champ de la santé mentale et celui de la psychiatrie et un minimum de deux dimensions doivent être planifiées : la dimension de la détresse psychologique qui concerne le système de soin primaire : généralistes et psychologues voir système de soin informel et celle de la psychiatrie qui concerne les maladies mentales ayant un retentissement important sur le fonctionnement de la personne et engendrant une souffrance psychologique marquée. Un troisième niveau pourrait être celui de la réinsertion et des ressources dites médico-sociales dont on connaît l'importance dans le domaine de la psychiatrie. Aussi avons-nous proposé de différencier deux niveaux de besoin.

Le besoin de soin en santé mentale est ici défini par l'une ou l'autre des variables :

- détresse psychologique,
- gêne dans la vie quotidienne due à la santé mentale, avoir manqué une ou plusieurs journées de travail pour un problème de santé mentale (uniquement calculé sur le total des actifs) présence d'un diagnostic des problèmes les plus fréquemment rencontrés dans les enquêtes de population : dépression, anxiété ou problèmes avec les substances, associés ou non à de la détresse et à une gêne modérée,
- présence de plus d'un diagnostic.

Le besoin de soin en psychiatrie est ici défini par l'une ou l'autre de ces catégories :

- comorbidité entre deux familles différentes de diagnostics DSM,
- diagnostic avec un retentissement très sévère dans la plupart des domaines de leur vie.

Pour synthétiser les résultats nous avons proposé de classer les personnes dans trois catégories mutuellement exclusives : pas de besoin de soin, besoin de soins en santé mentale et besoin de soins en psychiatrie.

Ces définitions sont destinées à une approche populationnelle. Elles permettent d'envisager des volumes de besoin compatibles avec les ressources disponibles et de les utiliser le plus adéquatement possible en réservant l'accès aux spécialistes pour les personnes qui souffrent des problèmes les plus difficiles à soigner.

Cette approche pose bien entendu la question de la formation des médecins généralistes à différencier les deux niveaux de besoin et de l'accès aux psychologues pour la prise en charge des problèmes qui relèvent des psychothérapies qu'ils sont habilités à dispenser.

Elle permet cependant seule d'éviter au système spécialisé d'être submergé par des demandes qui n'ont pas besoin de soins spécialisés et qui concernent un quart de la population, (de 25.2% à 28.1% suivant les régions), quand les besoins de soins en psychiatrie concernent environ 7.7 % de la population (de 6.4 à 8.5%) auxquels on doit ajouter 1% de patients les plus sévèrement atteints que notre méthode n'a pas pu évaluer en détail.

1. Tableau : Besoin de soin en santé mentale

Population générale Régions	N	Détresse	Gêne	Absentéisme	≥ 1 diagnostic	≥ 1 diagnostic et plus	≥ 2 diagnostics	Besoin de soins en santé mentale
Ile-de-France	5379	19,8%	11,7%	5,6%	25,6%	14,9%	12,1%	28,1%
Haute-Normandie	5072	16,3%	8,5%	3,7%	22,5%	12,1%	9,7%	25,4%
Lorraine	5109	18,4%	9,8%	3,7%	24,2%	13,9%	11,2%	25,6%
Rhône-Alpes	5202	16,5%	10,1%	3,9%	23,8%	12,8%	10,7%	25,2%
Total	20762	17,7%	10,0%	4,2%	24,0%	13,4%	10,9%	26,1%
<i>Significativité</i>		<0,001	<0,001	<0,001	0,017	0,002	0,007	0,002

2. Tableau : Besoin de soin en psychiatrie

Population générale Régions	N	Comorbidité 2	Diagnostic sévère	Besoin de soins en psychiatrie
Ile-de-France	5379	7,3%	3,1%	8,5%
Haute-Normandie	5072	5,3%	2,5%	6,4%
Lorraine	5109	6,8%	3,4%	8,3%
Rhône-Alpes	5202	6,3%	2,7%	7,4%
Total	20762	6,4%	2,9%	7,7%
<i>Significativité</i>		0,001	0,136	<0,001

La raison d'être de notre approche est basée sur le postulat d'une relation forte entre les déterminants socio démographiques et les deux catégories de besoin de soin : santé mentale et psychiatrie. Pour ce faire nous avons analysé l'apport en terme de risque de chacun de ces déterminants.

3. Tableau : Régression logistique multinomiale (Référence : Aucun besoin de soins)

N=19469	Besoins de soins en santé mentale				Besoins de soins en psychiatrie				Wald test
	RRR*	P-value	IC 95%		RRR*	P-value	IC 95%		
<b>Sexe</b>									<0,001
Homme	1				1				
Femme	1,62	<0,001	1,49	1,75	1,77	<0,001	1,53	2,04	
<b>Classes d'âge</b>									<0,001
18-24	1,02	0,842	0,83	1,27	1,19	0,236	0,89	1,60	
25-34	1,08	0,214	0,96	1,21	0,91	0,312	0,75	1,10	
35-49	1				1				
50-64	1,00	0,934	0,90	1,13	0,79	0,015	0,65	0,95	
65 et plus	0,87	0,132	0,73	1,04	0,36	<0,001	0,26	0,48	
<b>Statut marital</b>									<0,001
Célibataire	1,23	0,001	1,09	1,40	1,59	<0,001	1,30	1,95	
Marié/En couple	1				1				
Séparé	1,87	<0,001	1,62	2,15	2,67	<0,001	2,18	3,27	
Veuf	1,51	<0,001	1,31	1,75	2,26	<0,001	1,73	2,95	
<b>Revenu du foyer</b>									<0,001
moins de 1500 €	1,11	0,034	1,01	1,23	1,25	0,007	1,06	1,47	
de 1500 à 3000 €	1				1				
Plus de 3000 €	0,81	<0,001	0,73	0,90	0,64	<0,001	0,53	0,77	
NR**	0,71	0,001	0,58	0,86	0,78	0,152	0,55	1,10	
<b>Statut d'activité</b>									<0,001
Actif	1				1				
Demandeur d'emploi	1,60	<0,001	1,34	1,91	2,68	<0,001	2,11	3,41	
Retraité	0,86	0,051	0,75	1,00	0,92	0,505	0,73	1,17	
Etudiant	1,43	0,003	1,13	1,81	0,91	0,577	0,64	1,28	
Femmes au foyer	1,08	0,367	0,91	1,27	1,48	0,003	1,15	1,92	
Inactif	1,60	<0,001	1,25	2,03	2,52	<0,001	1,85	3,43	
<b>Niveau de diplôme</b>									<0,001
Aucun	1,22	0,002	1,07	1,38	0,99	0,914	0,80	1,22	
CEP/CAP/BEP	1				1				
Bac	0,93	0,216	0,83	1,04	0,89	0,231	0,73	1,08	
Bac+2	0,85	0,019	0,74	0,97	0,75	0,009	0,60	0,93	
Bac+3 et plus	0,86	0,015	0,76	0,97	0,74	0,007	0,60	0,92	
<b>Région</b>									<0,001
Ile-de-France	1				1				
Haute-Normandie	0,82	<0,001	0,73	0,91	0,71	<0,001	0,59	0,85	
Lorraine	0,87	0,009	0,78	0,97	0,94	0,476	0,78	1,12	
Rhône-Alpes	0,85	0,003	0,76	0,95	0,84	0,071	0,70	1,01	

On constate que toutes les variables d'ajustement sont significatives dans le modèle. Le fait d'être une femme multiplie par 1,62 le risque d'avoir un besoin de soins en santé mentale et par 1,77 le risque d'avoir un besoin de soins en psychiatrie par rapport au fait d'être un homme. Au niveau de l'âge, on observe une diminution du risque d'avoir un besoin de soins en psychiatrie pour les individus de plus de 50 ans par rapport à ceux âgés entre 35 et 49 ans. Concernant le statut marital, tous les odds ratio sont significativement supérieurs à 1, c'est-à-dire que les célibataires, les personnes

séparées et les veufs (ves) ont une probabilité plus importante d'avoir un besoin de soins par rapport aux individus mariés ou en couple.

Le revenu du foyer est également significatif et indique que plus les individus ont un revenu élevé, moins ils ont un besoin de soins et inversement. Le statut d'activité est aussi très révélateur de l'état de santé. Par exemple, les demandeurs d'emploi et les inactifs ont un risque accru d'avoir un besoin de soins. Le niveau de diplôme apparaît comme significatif dans le modèle, mais une stratification sur le sexe indique que seulement chez les femmes, il existe une diminution du risque d'avoir un besoin de soins pour les classes diplôme supérieur ou égal à Bac+2.

Enfin la région apparaît comme significative dans le modèle : tous les risques associés au besoin de soins en santé mentale sont significativement inférieurs à 1 par rapport à l'Ile-de-France, et la région Haute-Normandie a un risque plus faible d'avoir un besoin de soins en psychiatrie par rapport à l'Ile-de-France. Cependant, des analyses stratifiées sur la région ont montré que les relations entre les besoins de soins et les variables sociodémographiques sont du même ordre et vont dans le même sens dans chaque région.

On constate par ailleurs que si dans l'ensemble toutes les variables considérées ont une influence sur le besoin de soins en santé mentale et en psychiatrie, il existe des divergences qui méritent d'être soulignées : si les personnes les plus âgées (50 ans et plus) n'ont pas plus de besoins de soins en santé mentale cela n'est pas vrai pour les besoins en psychiatrie. De même si certains groupes de statut d'activité ont un risque élevé des deux types de besoin cela n'est pas vrai pour les étudiants qui ont plutôt des besoins en santé mentale qu'en psychiatrie et les femmes au foyer qui présentent la tendance inverse ; les non diplômés ont plus de besoin en santé mentale mais ce n'est pas le cas pour les besoins de psychiatrie. Enfin si les régions diffèrent de la région île de France pour les besoins de santé mentale ceci ne s'applique plus qu'à la haute Normandie pour les besoins de psychiatrie.

En conclusion, les facteurs de risque associés à un besoin de soins en santé mentale ou en psychiatrie sont constatés et confirment les résultats déjà observés dans la littérature.

Ceci permet à l'aide de modèles de régression linéaire de déterminer les proportions de besoins de soins ajustées à partir des données sociodémographiques dans différents territoires. Ces modèles de régression linéaire permettent d'obtenir les paramètres des droites de régression, la puissance des modèles étant mesurée par la proportion de variance expliquée c'est-à-dire la part de l'information restituée.

À l'aide des paramètres des droites de régression, les proportions de personnes ayant ou non des besoins de soins sont alors calculés et comparées aux proportions observées.

Ensuite, les paramètres des droites de régression sont appliqués aux données de l'INSEE afin d'estimer les besoins de soins des autres régions.

Au niveau régional, la variable d'ajustement qui donne les meilleurs résultats est la proportion de couple ( $R^2$  ajusté = 99.22%), les équations sont les suivantes :

$$\begin{aligned} \% \text{ Besoins de soins en santé mentale} &= 0,56185 - 0,43662 * \% \text{ couple} \\ \% \text{ Aucun besoin de soins} &= 0,24718 + 0,60674 * \% \text{ couple} \\ \% \text{ Besoins de soins en psychiatrie} &= 1 - (\% \text{ Besoins de soins en santé mentale} + \\ &\quad \% \text{ Aucun besoin de soins}) \end{aligned}$$

Il devient alors possible de produire des résultats par région en utilisant ces équations et les différents types de besoin sont proposés pour chacune des régions ainsi qu'une moyenne nationale pondérée.

Au niveau du territoire de santé, les meilleures estimations sont obtenues avec la variable d'ajustement % de propriétaire (R2 ajusté 75.59%) , les équations sont les suivantes :

$$\begin{aligned} \% \text{ Besoins de soins en santé mentale} &= 0,37880 - 0,18894 * \% \text{ propriétaire} \\ \% \text{ Aucun besoin de soins} &= 0,50871 + 0,25119 * \% \text{ propriétaire} \\ \% \text{ Besoins de soins en psychiatrie} &= 1 - (\% \text{ Besoins de soins en santé mentale} + \\ &\quad \% \text{ Aucun besoin de soins}) \end{aligned}$$

Pour ce niveau de territoire les résultats sont moins bons cependant on doit tenir compte du fait que nous ne disposons que des statistiques de l'insee 1999 et que les définitions de leur variables, bien que proches, ne sont pas tout à fait identiques aux questions posées ce qui signifie que le modèle peut être amélioré. De toute façon ces indicateurs doivent servir d'éléments de réflexion et être confrontés à d'autres éléments à disposition des régions pour être utilisés dans la distribution des ressources.

Le tome deux du rapport est consacré à l'analyse des données recueillies dans les quatre régions. Les analyses sont faites à la fois pour les territoires de santé et les territoires de proximité.

L'approche a largement utilisé la cartographie pour mettre en miroir la distribution des facteurs de risque sociaux et la prévalence des besoins de soins en santé mentale et en psychiatrie dans les deux niveaux de territoire. On a ensuite mis en parallèle l'offre de soin de première ligne (médecin généraliste) et les besoins de soins en santé mentale, et l'offre de soin de psychiatrie avec la répartition des psychiatres dans les territoires.

Les situations sont très différentes suivant les régions : dans certaines la répartition correspond aux besoins et dans d'autres ce n'est pas le cas, qu'il s'agisse de l'un ou l'autre type de besoin.

Ont ensuite été sélectionnées les populations qui présentaient les deux types de besoin pour étudier leur accès aux soins correspondant. Ces analyses toujours présentées par cartes montrent des adaptations variées : dans certains cas ce sont dans les territoires à faible densité psychiatriques que les pourcentages de besoin en psychiatrie sont les mieux comblés alors qu'inversement dans certains territoires à offre élevé ils ne le sont que moyennement. Les patients vus par les psychiatres et leurs



modes de pratique semblent donc assez différents suivant les régions et on ne peut pas inférer de la réponse aux besoins à partir des densités de professionnels.

On constate aussi une complémentarité entre les régions dans lesquelles les généralistes ont un rôle très important dans la prise en charge des besoins de soins en psychiatrie (Lorraine et Haute Normandie) et de celles où les psychothérapeutes non médecin ont un rôle important vis-à-vis de cette population (Ile-de-France et Rhône-Alpes).

Le rapport contient aussi une analyse spécifique des psychothérapies qui concerne 7% de la population dont un tiers en suit plusieurs dans sa vie ; les femmes sont plus concernées que les hommes, celles qui ont un niveau universitaire plus que celles qui n'ont pas été à l'université et les 35-49 ans plus que les autres classes d'âge.

La moitié des psychothérapies sont faites par des psychiatres, 10% par des analystes (15% en Ile-de-France), 24.5% par des psychologues ; la participation des personnes n'ayant pas ces formations est faible 5% tandis que 2.3% des personnes ignorent la profession de son thérapeute et qu'un autre 3.9% donne des réponses difficiles à exploiter. Enfin 55.5% des personnes ayant fait une psychothérapie ont consommé des psychotropes.

# Table des Matières

<b>SYNTHÈSE</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>13</b>
<b>CHAPITRE I - CADRE CONCEPTUEL : PLANIFICATION EN SANTÉ MENTALE ET EN PSYCHIATRIE</b> .....	<b>17</b>
I.1 - LE CONTEXTE DE LA PLANIFICATION EN SANTE MENTALE ET EN PSYCHIATRIE .....	17
I.2 - LE BESOIN DE SOIN EN SANTE MENTALE ET EN PSYCHIATRIE .....	17
I.2.1 - <i>La présence d'un diagnostic</i> .....	18
I.2.2 - <i>La détresse psychologique ou la "démoralisation"</i> .....	18
I.2.3 - <i>Le fonctionnement social</i> .....	19
I.3 - LES BESOINS DE SOINS PSYCHIATRIQUES.....	19
I.4 - DEFINITION DU BESOIN DE SOIN .....	21
I.4.1 – <i>la mesure du besoin dans les enquêtes de population</i> .....	22
I.4.2 – <i>la mesure du besoin par des instruments cliniques</i> .....	24
I.5 - LES INDICATEURS SOCIAUX .....	25
I.6 - LES INDICATEURS DE BESOIN DE SOIN EN SANTE MENTALE ET EN PSYCHIATRIE : APPROCHE PROPOSEE POUR CE TRAVAIL.....	30
<b>CHAPITRE II – MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>25</b>
II.1 - UNE ENQUETE PAR TELEPHONE.....	25
II.2 - ÉCHANTILLONNAGE .....	25
II.2.1 - <i>Taille des échantillons</i> .....	25
II.2.2 – <i>Constitution des bases pour le tirage</i> .....	26
II.2.2.1 – Pour les téléphones filaires.....	26
II.2.2.2 – Pour les téléphones mobiles .....	26
II.2.3 – <i>Tirage au sort</i> .....	26
II.3 – ORGANISATION DU TERRAIN .....	27
II.3.1 – <i>Information auprès des foyers</i> .....	27
II.3.2 – <i>Formation des enquêteurs</i> .....	27
II.3.3 – <i>Protocole d'appel et de contact</i> .....	28
II.3.4 – <i>Premier appel</i> .....	28
II.3.5 – <i>Dispositif pour limiter les refus</i> .....	29
II.4 – COMPOSITION DU QUESTIONNAIRE.....	30
II.4.1– <i>Variables socio-démographiques</i> .....	30
II.4.2– <i>Instruments de mesure des besoins en santé mentale et en psychiatrie</i> .....	31
II.4.2.1 – CIDI-SF = un instrument de mesure des diagnostics .....	31
II.4.2.2 – Les troubles de l'usage des substances (alcool ou drogue).....	33
II.4.2.3 – Les échelles de mesure de la santé mentale .....	33
II.4.2.4 – Les autres échelles .....	34
II.4.3 - <i>La transformation des échelles en indicateurs de besoin de soins en santé mentale et en psychiatrie</i> ..	36
II.4.4 - <i>La mesure de l'Utilisation du système de soin</i> .....	40
II.4.5 – <i>Définition des variables du recours au système de soins</i> .....	41
II.4.5.1 - Recours auprès d'un professionnel.....	41
II.4.5.2 - Recours auprès des structures .....	41
II.4.5.3 - Recours auprès du système informel.....	42
II.4.6 – <i>L'organisation du questionnaire en deux parties : screening et questionnaire complet</i> .....	43
II.5 - UN SUIVI HEBDOMADAIRE .....	46
II.6 - GESTION DES INCAPABLES DE REpondre .....	48
II.7 - RESULTATS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON.....	49
II.7.1 – <i>Taux de réponse</i> .....	49
II.7.2 - <i>Taux de réponses des mono équipés portables</i> .....	51
II.8 – LES RESULTATS SUR LES INCAPABLES DE REpondre .....	51
II.8.1 – <i>Les ménages incapables de répondre</i> .....	51
II.8.2 - <i>individu sélectionné incapable de répondre</i> .....	52

II.9 – COMPARAISON TELEPHONES PORTABLES / MONO EQUIPEES FILAIRES .....	54
II.10 – METHODOLOGIE STATISTIQUE .....	54
II.10.1 – <i>Le redressement de l'échantillon filaire</i> .....	54
II.10.1.1 – La pondération .....	54
II.10.1.2 – Le redressement .....	54
II.10.2 – <i>L'intégration des monoéquipés portables</i> .....	55
II.10.3 - <i>Analyses et logiciel utilisés</i> .....	56
II.11 – METHODOLOGIE CARTOGRAPHIQUE.....	57
<b>CHAPITRE III – RÉSULTATS .....</b>	<b>58</b>
III.1 – PREVALENCE DES BESOINS .....	58
III.1.1 – <i>Présentation de la population enquêtée</i> .....	58
III.1.2 – <i>Prévalence sur un an des diagnostics par région</i> .....	59
III.1.3 – <i>La suicidalité</i> .....	60
III.1.4 <i>Troubles de l'usage des substances</i> .....	61
III.1.5 - <i>Les indicateurs de besoin de soin en santé mentale et en psychiatrie</i> .....	64
III.1.5.1 - Le besoin de soins en santé mentale .....	64
III.1.5.2 - Le besoin de soins en psychiatrie.....	64
III.1.6 - <i>Mise en évidence des facteurs de risque par une régression logistique multinomiale</i> .....	65
III.1.6.1 - Définition des indicateurs calculés lors d'une régression logistique .....	65
III.1.6.2 - Commentaires .....	67
III.2 – UTILISATION DU SYSTEME DE SOINS EN FONCTION DES BESOINS .....	68
III.2.1 – <i>Une offre de soins inégalement répartie sur le territoire</i> .....	68
III.2.2 – <i>Utilisation du système de soin pour un problème de santé mentale ou de psychiatrie</i> .....	71
III.2.2.1 – En population générale.....	71
III.2.2.2 – Pour ceux qui ont un besoin de soins en santé mentale .....	72
III.2.2.3 – Pour ceux qui ont un besoin de soins en psychiatrie .....	73
III.2.3 – <i>Système de soin informel</i> .....	74
III.2.3.1 – Pour l'ensemble de la population .....	75
III.2.3.2 – Pour ceux qui ont un besoin en santé mentale.....	75
III.2.3.3 – Pour ceux qui ont un besoin de soins en psychiatrie .....	77
III.3 – LA PLACE DES PSYCHOTHERAPIES .....	77
III.3.1 - <i>Recours aux « psy » non médecins les douze derniers mois</i> .....	78
III.3.2 - <i>Recours aux psychothérapies sur la vie</i> .....	80
III.3.2.1 - L'appartenance professionnelle des psychothérapeutes .....	82
III.3.2.2 - Les caractéristiques des personnes qui suivent des psychothérapies.....	83
III.3.3 - <i>Le recours aux psychotropes est plus fréquent que celui aux psychothérapies mais par contre les personnes qui suivent des psychothérapies ont aussi recours aux psychotropes</i> .....	84
III.3.4 - <i>Données régionales</i> .....	85
III.3.5 - <i>Conclusion</i> .....	86
<b>CHAPITRE IV – MODÉLISATION DES BESOINS : EXTRAPOLATION REGIONALE ET NATIONALE .....</b>	<b>87</b>
IV.1- PRESENTATION ET METHODES.....	87
IV.1.1 - <i>Objectif</i> .....	87
IV.1.2 - <i>Construction de la variable dépendante d'analyse</i> .....	87
IV.1.3 – <i>Méthodes statistiques</i> .....	87
IV.1.4 – <i>Les variables d'ajustement</i> .....	88
IV.1.5 – <i>Les biais de la méthode</i> .....	88
IV.2- RESULTATS.....	89
IV.2.1 – <i>Les proportions observées de l'enquête</i> .....	89
IV.2.2 – <i>Résultats des régressions linéaires</i> .....	89
IV.2.2.1 – Les besoins de soins en santé mentale .....	90
IV.2.2.2 – Les besoins de soins en psychiatrie.....	91
IV.2.2.3 – Aucun besoins de soins.....	92
IV.2.2.4 – Les paramètres des droites de régression les plus pertinents.....	93
IV.2.3 – <i>Utilisation des données du recensement général de l'INSEE de 1999</i> .....	94
IV.2.3.1 – Comparaisons des variables d'ajustement entre l'enquête et l'INSEE.....	94

IV.2.3.2 – Estimations des besoins de soins par région.....	95
IV.3- TENTATIVE DE MODELISATION DES HOSPITALISES EN LORRAINE.....	98

## INTRODUCTION

Ce rapport est le fruit d'une étude commanditée par la Direction Générale de la Santé (DGS) et de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) sur l'évaluation des besoins en santé mentale en France pour la mise en place d'une planification plus adaptée aux besoins et a fait l'objet d'un contrat. C'est le Professeur Viviane Kovess-Masféty, Directrice de l'EA 4069 de l'Université Paris 5 et de la Fondation MGEN pour la santé publique, qui en a assuré la responsabilité scientifique.

Ce travail se situe dans la suite des travaux menés par des experts franco-québécois sur les indicateurs de santé mentale nécessaires à la planification, publié sous la forme d'un livre dénommé : Planification en psychiatrie, commandité par la DGS et en suit en quelque sorte les recommandations.

Le travail de bibliographie mené dans le cadre du travail précédent avait en effet relevé l'expérience conduite au Colorado sur les besoins de soin en santé mentale en particulier dans sa recherche des différences interrégionales et ses propositions de modéliser des indicateurs sociaux pour « prédire » les besoins territoriaux. Le rapport concluait sur la nécessité d'appliquer cette méthode au contexte français pour vérifier la diversité des besoins inter et intra régionaux et la possibilité d'extrapoler les besoins à partir d'indicateurs sociaux disponibles en routine pour les territoires concernés.

En effet, toutes les études épidémiologiques ont montré que la plupart des problèmes de santé mentale et de psychiatrie sont liés à des variables sociales telles que le sexe, l'âge, le statut matrimonial ou le fait de vivre seul, le statut d'emploi ou le fait de bénéficier de certaines aides sociales. Cette impression est d'ailleurs corroborée par les intervenants qui observent que les demandes ne sont pas les mêmes suivant le profil sociodémographique des territoires de santé. À partir de ces liaisons statistiques, il serait donc possible, du moins en théorie, de prédire pour un territoire donné, une fréquence supérieure ou inférieure à la moyenne des autres territoires pour que les ressources puissent suivre ces besoins.

En ce qui concerne le besoin de soins, le rapport s'est situé dans les suites du plan d'action pour la psychiatrie et la santé mentale (Cléry-Melin, Kovess, Pascal) qui a, en partie, inspiré l'actuel plan de santé mentale et de psychiatrie et qui proposait un cadre conceptuel pour différencier le besoin de soin en santé mentale du besoin de soin en psychiatrie ainsi que les types d'intervenants pour y répondre.

Comme dans l'étude faite au Colorado, le présent travail s'est basé sur des enquêtes en population générale réalisées en 2005 dans quatre régions françaises volontaires.

Ces enquêtes ont été orientées selon les axes suivants :

- Évaluer, à partir d'outils diagnostic scientifiquement validés (CIDI-SF) combinés avec une échelle permettant d'évaluer le retentissement des troubles (Sheehan) et de deux échelles de détresse psychologique (MH 5 et RE) provenant d'un instrument générique de qualité de vie : le SF-36, la prévalence des besoins en santé mentale et en psychiatrie.

- Évaluer les modalités de l'utilisation des soins pour les problèmes de santé mentale et de psychiatrie dans les régions, les territoires de santé et les territoires de proximité tant en ce qui concerne les soins de psychiatrie que les soins de première ligne et le système informel et les mettre en miroir avec l'offre
- Corréler les différents besoins avec les indicateurs socio-démographiques disponibles en routine dans les territoires à partir des variables sociales 1) déclarées dans l'enquête sur un mode individuel et 2) disponibles au niveau agrégé dans les recensements de l'INSEE.
- Trouver les indicateurs les plus pertinents permettant d'estimer le besoin de soins en santé mentale et en psychiatrie dans des territoires géographiques à l'échelle que la précision des données rend possible
- S'assurer de la robustesse du modèle afin de généraliser l'usage de ces indicateurs à l'ensemble des régions de la France métropolitaine voire à des territoires intrarégionaux.

Pour pouvoir suivre ce travail un comité de pilotage national a été mis en place par la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) (*cf. Annexe 1*).

Une première réunion a eu lieu le 19 septembre 2002 au ministère de la Santé à laquelle ont été conviés les directeurs d'Agence Régionale de l'Hospitalisation et de Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et qui avait pour but une présentation méthodologique par la responsable scientifique de modules régionaux de l'enquête afin de susciter la candidature de régions volontaires.

Quatre régions se sont ainsi proposées dans lesquelles ces enquêtes se sont déroulées et dans une cinquième région : la région PACA, une enquête identique s'est déroulée concernant les besoins en pédopsychiatrie qui a fait l'objet d'un rapport spécifique et est en passe d'être étendue à d'autres régions.

Un cahier des charges a été rédigé pour permettre un appel d'offre et un contrat a été établi avec la fondation MGEN pour la santé publique pour cette mise en place. La sélection de la firme a été faite par le comité de pilotage national qui a validé le cahier des charges ainsi que la méthodologie d'enquête. Ce comité a eu pour mission de s'assurer du bon déroulement de l'étude et du suivi des diverses phases de l'enquête. Il a ensuite contribué à valider les étapes intermédiaires de l'étude ainsi que les présentations intermédiaire et finale.

Parallèlement un comité régional a été mis en place dans chacune des quatre régions volontaires. Sa composition a été proposée par les responsables institutionnels de chacune des régions. La première réunion a eu pour objectif de présenter le projet et sa méthodologie. La seconde a permis de présenter les résultats et remettre les fichiers de données aux personnes désignées grâce à un contrat spécifique DGS/région.

Ce sont les responsables régionaux qui ont fourni les fichiers de correspondance entre les communes et les territoires de santé ainsi que les territoires de proximité SROS 3. À noter que le nombre de territoires de proximité a dû quelque fois être diminué à notre demande pour conserver des tailles d'échantillon satisfaisantes.

3 Tableau : Quelques dates clés

Quelques dates clés	
19 septembre 2002	Présentation du projet aux directeurs ARH-DRASS – Ministère de la Santé
15 avril 2005	Première réunion du comité de pilotage
14 juin 2005	Deuxième réunion du comité de pilotage
21 octobre 2005	Troisième réunion du comité de pilotage
12 mai 2006	Remise du rapport préliminaire sur les indicateurs de santé mentale
12 janvier 2007	Présentation du rapport final sur les indicateurs en santé mentale

Le présent rapport a été divisé en deux tomes qui correspondent à des lectorats différents : le premier tome correspond aux aspects généraux de ce travail tandis que le second est destiné plus spécifiquement aux quatre régions qui ont participé à l'enquête.

La première du rapport général (tome 1) reprend le cadre conceptuel à la base des enquêtes et de la recherche d'indicateurs sociaux prédictifs des besoins de soin. Elle reprend aussi les bases de la définition des besoins en particulier la proposition de différenciation entre besoin de soin en santé mentale et besoin de soin en psychiatrie

La deuxième décrit la méthodologie suivie par les enquêtes dans les quatre régions : l'échantillonnage et les instruments; elle définit les variables utilisées dans les analyses ainsi que la gestion des incapables de répondre à l'enquête et celles des personnes monoéquipées portables.

La présentation des résultats comprend en fait deux parties: une partie proprement épidémiologique qui présente les résultats obtenus dans les enquêtes et une partie statistique qui présente les essais d'extrapolation aux autres régions ainsi qu'à l'échelon national; cette partie est la cinquième partie

La troisième partie décrit les différences entre les régions. Pour ce faire on a pris le parti de présenter les résultats par diagnostic puis par indicateurs de santé mentale et enfin par besoin de soin en santé mentale et en psychiatrie sorte d'indicateur composite. L'utilisation des soins est présentée pour chacune de ces divisions territoriales pour la population générale déclarant avoir été en contact avec un ou plusieurs intervenants pour un problème de santé mentale qu'il s'agisse du système de soin de première ligne ou du système spécialisé en psychiatrie voir du système informel.

Afin de mieux cerner les effets de l'offre sur la réponse aux besoins, on a ensuite sélectionné la population en besoin de soin de santé mentale et on l'a mise en miroir avec l'offre de ce type de soin, la même démarche a été faite pour la population en besoin de soin psychiatrique avec l'offre de soin spécialisée en psychiatrie.

A la demande de la DGS, une partie est dédiée spécifiquement aux recours aux psychothérapies et à la nature des intervenants qui les pratiquent.

La cinquième partie décrit comment à partir des résultats sur quatre régions très diverses et représentant un tiers de la population française, on peut dans une certaine mesure extrapoler les résultats aux autres régions, au pays en entier et même aux niveaux des territoires de santé à l'intérieur des régions.

Le deuxième tome est divisé en quatre sous chapitres dont chacun correspond à une des régions étudiées. La présentation des résultats commence par une description socio démographique des populations enquêtées et celle des relations attendues entre les problèmes de santé mentale et les variables socio démographiques à la base de l'approche. La présentation des résultats suit la même logique que pour les résultats interrégionaux qu'elle décline en territoires de santé et territoires de proximité.



## CHAPITRE I - CADRE CONCEPTUEL : PLANIFICATION EN SANTÉ MENTALE ET EN PSYCHIATRIE

La nécessité d'allouer les moyens de la psychiatrie en fonction des besoins est reconnue par tous les acteurs impliqués dans le champ même si la définition du besoin est différemment appréciée par ces nombreux acteurs.

Un travail préalable conduit dans le contexte d'un groupe d'experts franco québécois déjà cité a montré l'insatisfaction qui règne parmi les planificateurs tant français que québécois sur cette question et le besoin de se doter d'instruments pour ce faire.

Un modèle avait alors retenu l'attention des experts : le modèle de l'université de Denver (Colorado) qu'il a été décidé de tester sur quatre régions françaises volontaires suffisamment différentes pour assurer la stabilité des relations entre des indicateurs de besoin et ces derniers. Ce rapport est l'aboutissement de cette recommandation.

### **I.1 - Le contexte de la planification en santé mentale et en psychiatrie**

Il apparaît de plus en plus clairement que la planification doit prendre en considération le vaste champ de la santé mentale.

Un minimum de deux dimensions doivent être planifiées : la dimension de la détresse psychologique qui concerne le système de soin primaire : généralistes et psychologues voir système de soin informel et celle de la psychiatrie qui concerne les maladies mentales ayant un retentissement important sur le fonctionnement de la personne et engendrant une souffrance psychologique marquée.

Un troisième niveau pourrait être celui de la réinsertion et des ressources dites médico-sociales dont on connaît l'importance dans le domaine de la psychiatrie.

Cependant quelque soit le niveau de planification auquel on s'adresse il semblerait que l'attribution égale par territoire ne corresponde pas aux besoins. D'où la nécessité de produire des indicateurs simples permettant une meilleure répartition des ressources.

### **I.2 - Le besoin de soin en santé mentale et en psychiatrie**

Le besoin est une notion complexe, d'une part parce qu'il faut s'entendre sur ce qu'on considère comme un besoin de soin et, d'autre part, parce que ces soins peuvent être prodigués dans différents systèmes et par différents intervenants.

Qui plus est, les personnes qui ont besoin de soins n'ont pas forcément besoin de soins en milieu spécialisé psychiatrique et certaines interventions peuvent relever du secteur social plus que médical.

Il faut donc savoir ce qui est souhaitable pour chaque type de problème rencontré. On peut par exemple partir des recommandations de bonne pratique, quand elles existent, ou des résultats d'un comité d'experts qui évaluent ce qu'il convient de faire pour les cas d'un type donné.

Tout en tenant compte du fait que , dans une vision de santé publique cohérente, il convient de réserver les soins les plus spécialisés aux personnes qui en ont réellement besoin faute de quoi on court le risque que ces soins spécialisés ne se retrouvent débordés par des demandes qui pourraient être gérées par le système dit de première ligne dont les intervenants sont en plus grand nombre.

### Les trois dimensions de la santé mentale

En épidémiologie psychiatrique on reconnaît généralement trois dimensions qui sont pertinentes à la santé mentale et, éventuellement, à sa mesure :

- la présence d'un diagnostic (l'axe santé maladie),
- la détresse psychologique,
- le fonctionnement social.

#### *1.2.1 - La présence d'un diagnostic*

La mise au point de classifications de plus en plus précises des troubles mentaux permet aux intervenants de s'accorder dans la description des personnes dont ils ont la charge et éventuellement de comparer leurs résultats.

Ces classifications tendent à converger après avoir été polarisées sur deux tendances : celle de l'association américaine de psychiatre, le DSM : I, II, III, IIIR et actuellement IV ; et la classification internationale des maladies (CIM), dont le chapitre V correspond aux maladies mentales et qui a connu les versions 7, 8, 9 et actuellement 10.

Ces évolutions ont permis d'inclure de nouveaux diagnostics et de suivre les observations des psychiatres qui prenaient en charge les cas.

La révision la plus récente de la CIM (CIM 10) permet une bonne compatibilité avec la classification américaine. Qui plus est, elle comporte une version pour les cliniciens et une version pour les chercheurs, avec des critères précis. Les versions du DSM comportent depuis longtemps des critères (description des symptômes, durée, coïncidence sur une même période) qui permettent en principe une bonne fidélité inter juge. Il reste encore des divergences entre ces classifications mais elles sont relativement peu importantes et il est bien entendu possible de les utiliser conjointement.

#### *1.2.2 - La détresse psychologique ou la "démoralisation"*

Dès 1973, Frank proposait le concept de "démoralisation" : état dans lequel les possibilités psychiques des individus sont dépassées, que ce soit pour une raison extérieure (stress) ou pour une raison intérieure (névrose). Il se basait en fait sur une réalité clinique. La démoralisation est l'état dans lequel sont les patients quand ils viennent consulter. A ce stade, le diagnostic exact a peu d'importance, il faut leur proposer de l'aide, et les résultats obtenus avec ces instruments concordent avec cette demande d'aide.

Cet état est évalué simplement à partir de listes de symptômes choisis parmi les symptômes les plus fréquents qui permettaient au départ de sélectionner les personnes présentant des états névrotiques ou des réactions psychophysiologiques puisque les individus souffrant de ces troubles obtenaient les scores les plus élevés.

Cependant les chercheurs expérimentés comme Dohrenwend ont préféré reprendre le concept de "démoralisation" plutôt que de les considérer comme un véritable indicateur d'états névrotiques. D'une façon générale, les chercheurs préfèrent considérer ces instruments comme de bons indices de stress vécu ou de détresse psychologique, mais hésitent à leur attribuer des propriétés plus précises. Certes la plupart de personnes qui souffrent de troubles anxiodépressifs ont des scores élevés à ces échelles mais de nombreuses personnes ont des scores élevés pour des périodes plus ou moins longues, parfois en réaction à un stress particulier, sans toutefois présenter un diagnostic psychiatrique .

### *1.2.3 - Le fonctionnement social*

Cette dimension est devenue de plus en plus importante quand on a constaté que, dans les études conduites en population générale, la prévalence des personnes qui présentaient un diagnostic était très élevée remettant en cause la définition même d'une maladie conduisant à un besoin de soin.

La révision du DSM III-R en DSM IV a acté l'inclusion dans la définition même du diagnostic, d'un retentissement fonctionnel ou d'une souffrance psychologique « significative ».

La révision du CIDI dans les enquêtes WMH dont la partie européenne est ESEMED, va dans le même sens en ajoutant une échelle de mesure des dysfonctionnements dans quatre domaines de la vie sur une échelle de 0 à 10 (Sheehan Disability Scale).

On peut aussi utiliser l'échelle dite de fonctionnement global, qui est l'axe V du DSM-IV: le Global Assessment Scale GAS (Endicott et al., 1976) et le Global Assessment Functioning Scale GAF (APA, 1987 ; Goldman et al., 1992) décrivent le fonctionnement global à partir d'une note de 0 à 100 qui correspondent à des niveaux de gravité clinique et à des niveaux d'incapacité mesurés « globalement ».

### **I.3 - Les besoins de soins psychiatriques**

La première tentative d'évaluation du besoin de soin à partir d'enquêtes de population remonte à Leighton et Murphy qui ont utilisé une échelle de détresse psychologique conjointement à d'autres informations, tandis que deux psychiatres classaient indépendamment les personnes au regard de l'ensemble du matériel collecté, en cas (certain ou probable) et non-cas (certain ou probable).

Les informations dont disposaient les psychiatres pour établir leur classification provenaient de différentes sources : textes des réponses des sujets aux questions portant sur les symptômes, leur durée et leur retentissement; les interviews des généralistes qui

trahaient ces personnes ; et tout document pertinent en provenance de cliniques et d'hôpitaux psychiatriques.

Le retentissement fonctionnel était évalué séparément du diagnostic et cette dimension était ensuite combinée avec le diagnostic pour produire une définition de cas basée sur le "besoin de soins psychiatriques".

Le "besoin de soins psychiatriques" est alors établi à partir (Leighton, 1963) d'un modèle d'organisation de symptômes (appelé syndrome pour éviter le terme de diagnostic qui implique une étiologie) qui recouvre chacune des 32 catégories du DSM-I ; de la certitude du psychiatre par rapport à ce syndrome (seuls les cas certains sont pris en compte) ; de la date d'apparition (passé vs actuel) ; de la durée (6 mois minimum) ; et du retentissement fonctionnel coté sur une échelle en cinq points.

Certes, dans ce schéma théorique, la définition du cas repose sur la présence de symptômes, mais elle implique une durée minimum des symptômes (6 mois) et un retentissement notable de ceux-ci (plus de 20 %) sur les activités de la vie du sujet. On estime, en effet, que la maladie est plus que la présence de symptômes, car elle implique un retentissement sur la vie du sujet.

Le besoin de soins psychiatriques est lui-même gradué en cinq catégories dont seules les deux premières sont utilisées dans les taux de prévalence :

- ↳ La catégorie I comprend les sujets souffrant de psychoses et de maladies psychiatriques d'origine organique (3 % de la population),
- ↳ La catégorie II comprend les sujets qui ont été évalués avec certitude comme ayant un syndrome, accompagné d'un retentissement fonctionnel moyen ou important.

Dans la mesure où l'étiologie sociale est recherchée, en particulier l'action des stress psychosociaux, les catégories syndromiques dites réactionnelles au stress n'ont pas été utilisées. Enfin, une classe de syndromes indéterminés a été créée pour pouvoir tenir compte de troubles psychiatriques dont la présence est certaine, bien qu'on ne puisse les classer dans une catégorie de symptômes.

On doit encore préciser que, pour les auteurs, la classification en besoin d'attention psychiatrique ne correspond pas forcément à un besoin de soins en psychiatrie. Elle permet simplement d'obtenir une définition opérationnelle du cas, de leur point de vue absente du DSM-I, dans la mesure où cette classification était faite pour être utilisée dans un contexte clinique où la question du besoin de soins ne se pose pas.

Cette notion a été récemment reprise par Bebbington qui estime que les mesures des troubles de santé mentale en population générale incluent des troubles relativement modérés et que, par conséquent, il faut introduire des mesures additionnelles car on ne peut traduire directement ces troubles en besoin de soin. À noter que Leighton et Murphy considéraient que, par définition, les troubles psychotiques étaient synonymes d'un besoin de soin ; le retentissement n'étant pris en compte que pour les troubles névrotiques et que cette position a été reprise dans des enquêtes récentes.

La notion de durée semble un facteur clef quoique difficile à évaluer ; dans une certaine mesure le besoin concerne les troubles qui durent : par exemple, Bebbington propose d'utiliser une période de six semaines pour déterminer un besoin de soin alors que les critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur sont de deux semaines. A un degré de plus on pourrait poser que seuls les troubles qui ne s'arrêteraient pas spontanément sur une certaine période constituent des besoins de soins ; cet argument serait valable s'il existait des critères qui permettent de prédire l'évolution spontanée du trouble vers la guérison, sachant que les troubles névrotiques sont, par exemple, réputés spontanément curables dans 40 % des cas. En fait, comme nous l'avons dit, on manque d'études de suivi en population générale avec groupe contrôle qui permettraient de comparer les différents traitements, y compris la prise en charge dans le système de soins primaire ou spécialisé, et l'évolution sans traitement.

La majorité des enquêtes de prévalence des troubles mentaux n'incluent pas de mesures du dysfonctionnement en tant que tel, quoiqu'il existe des exceptions notables comme les études de Weisman sur la dépression. Certes, la classification américaine du Diagnostic Standard Manual (DSM), utilisé comme source des entrevues standardisées comme le Diagnostic Interview Schedule (DIS) ou le Composite International Diagnostic Interview (CIDI), inclut, pour établir plusieurs diagnostics, la nécessité d'un critère d'atteinte du fonctionnement ; mais il s'agit d'une évaluation très générale qui ne prend pas en compte les différents rôles par exemple.

Les arrêts de travail sont une des variables les plus fréquemment relevées ; par exemple dans l'enquête Basse-Normandie (Kovess 1998) 3,9 % de la population avait présenté un arrêt de travail l'année précédente pour un problème de santé mentale, et ce pourcentage est de 10,1 % pour les déprimés.

#### **I.4 - Définition du besoin de soin**

À la suite du rapport franco-canadien nous avons proposé d'adopter la définition suivante : *"Un besoin de soins en psychiatrie existe dès lors qu'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique ou d'un problèmes de santé mentale présente une altération significative dans les sphères clinique ou sociale, et qu'une intervention clinique ou sociale peut traiter ou contenir le trouble"*. (Wing, Brewin, Thornicroft 1992)

Cette définition s'appuie sur quelques concepts clés : la nécessité d'avoir un problème clairement identifié et "significatif" c'est à dire d'une certaine intensité, et l'existence d'une intervention efficace telle que proposée dans des recommandations de bonne pratique.

Pour déterminer le besoin de soin, quatre éléments sont nécessaires :

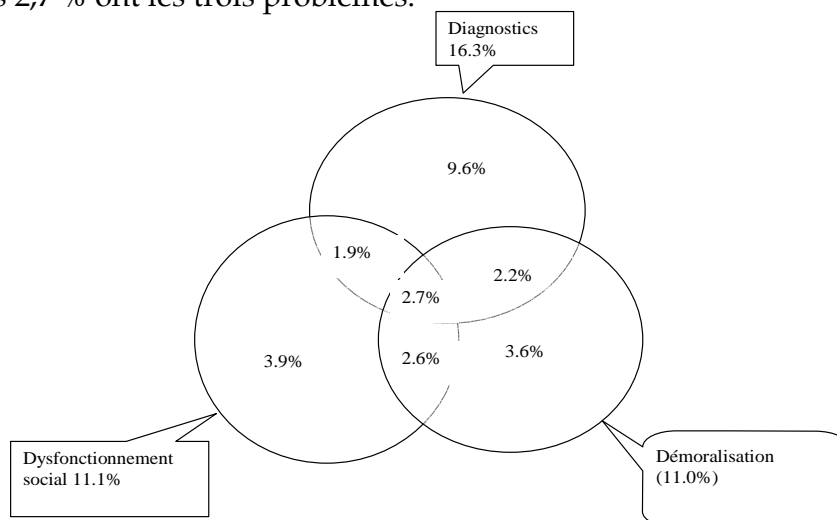
- ↳ La présence d'un diagnostic d'un problème de santé mentale
- ↳ La présence d'une détresse psychologique
- ↳ La présence d'un retentissement fonctionnel
- ↳ La présence / absence d'un traitement adapté

#### 1.4.1 – la mesure du besoin dans les enquêtes de population

Dans leur tentative d'évaluer l'ampleur des besoins de soins, Shapiro et al. (1985) ont proposé, dans un des sites de l'étude ECA, qu'un besoin existait s'il y avait présence d'un désordre dans la dernière année et : soit 1) un niveau de détresse psychologique, mesuré par un instrument standardisé et dépassant un seuil donné ; soit 2) avoir perdu plus d'une journée selon la réponse à la question indiquée plus haut ; 3) avoir consulté dans la dernière année pour raisons de santé mentale. Avec de tels critères, les besoins de soins de santé mentale touchaient près de 20 % de la population. Cependant, ceci n'indique pas, les interventions ou les services requis, bref la nature des besoins. Il s'agit d'un indicateur indirect des besoins sur une base populationnelle. Mais on ne sait pas si ces personnes, identifiées avec un désordre et un certain niveau de détresse et de dysfonctionnement, accepteraient un traitement, ni lequel, ni qui devrait le fournir.

Une autre enquête en population générale a été conduite aux USA dans l'état du Colorado (Ciarlo et al., 1992), auprès de 4 745 personnes tirées au sort dans une quarantaine de zones géographiques, trois dimensions de l'épidémiologie en santé mentale ont été mesurées : 1) une mesure du diagnostic psychiatrique par le DIS : troubles mentaux DSM III (troubles dépressifs et anxieux, abus de substances, personnalité antisociale, schizophrénie et troubles cognitifs), 2) une mesure de la détresse psychique (CES-D), 3) une évaluation du retentissement des troubles dans les différents rôles de la vie quotidienne : activités physiques, soins de base, productivité du travail à l'école, à la maison ou dans un emploi, relations interpersonnelles, problèmes légaux.

L'enquête démontre que les champs du diagnostic psychiatrique, de la gêne fonctionnelle et de la détresse psychologique ne se recouvrent que très partiellement : sur une période d'un mois 16,3 % de la population présente un diagnostic psychiatrique, 11 % une détresse psychologique et 11,1 % une gêne significative dans ses activités quotidiennes ; les deux tiers de ces personnes présentent deux de ces problèmes soit 9,7 % et seules 2,7 % ont les trois problèmes.



Ces trois dimensions sont donc relativement autonomes, ce qui signifie que des personnes ont des diagnostics classifiables sans retentissement psychologique ou social et, qu'inversement, des personnes qui souffrent de détresse psychologique ou d'un dysfonctionnement d'origine psychologique n'ont pas de diagnostic, du moins parmi ceux mesurés dans cette enquête.

Dans cette enquête, les auteurs proposent d'utiliser les trois dimensions (diagnostic, détresse et dysfonctionnement) pour rendre opératoires les besoins de soins, en y ajoutant des critères de durée : on aboutit alors à cinq catégories qui correspondent à différents degrés de besoin et peuvent être utilisées par les planificateurs pour établir leurs priorités et les typologies de moyens correspondants.

Ceux qui présentent un de ces problèmes : 26.1% ; ceux qui en présentent deux : 8.8 % et qui semblent la catégorie cible ; ceux qui ont un diagnostic et un autre critère (retentissement ou détresse) qui correspondent à la définition anglaise du besoin de soin : 6.3% ; ceux qui ont un diagnostic sévère (schizophrénie, manie, dépression majeure, trouble cognitif), 2,2 % ; et ceux qui ont un trouble sévère et un des autres signes, 1,6 % dont 1,1 % souffrent de troubles chroniques, c'est-à-dire ayant duré plus d'un an.

	Population en 1980	Un critère de besoin	Au moins 2 critères de besoin	Diagnostic et dysfonction	Diagnostic grave	Diagnostic grave et dysfonction
Comté Jefferson	262,041	63,561 (24.3%)	20,074 (7.6%)	14,239 (5.4%)	4,398 (1.7%)	2,358 (0.9%)
Denver Nord-ouest	111,581	43,343 (38.8%)	17,653 (15.8%)	12,749 (11.4%)	4,244 (3.8%)	1,686 (1.5%)
Denver Nord-est	81,773	25,203 (30.8%)	9,216 (11.3%)	6,599 (8.1%)	2,049 (2.5%)	913 (1.1%)
Nord-est Colorado	59,505	13,103 (22.0%)	4,071 (6.8%)	2,937 (4.9%)	1,337 (2.2%)	722 (1.2%)
Total	2,010, 695	525,006 (26.1%)	177,404 (8.8%)	127,024 (6.3%)	44,384 (2.2%)	22,028 (1.1%)

C'est à partir de ces groupes que les planificateurs doivent décider de leurs priorités ainsi que des différents systèmes de soin à impliquer.

Les données recueillies par l'enquête montrent, entre autres, que si on considère uniquement le diagnostic, il n'y a pas de différence dans l'utilisation des services de psychiatrie telle que déclarée, alors que l'appartenance à deux catégories et, a fortiori, à trois, permet de prédire l'utilisation des services extrahospitaliers ou intrahospitaliers.

A partir de ces données les chercheurs proposent au planificateur de choisir ses objectifs et les services qui correspondent au problème considéré ; il est aussi possible, par exemple, de traiter séparément les problèmes de substances (alcool - drogues) si leur

prise en charge est faite dans un système autonome. De même la participation des services sociaux peut être individualisée et ajoutée à celle des services médicaux ; ces derniers peuvent être, eux-mêmes, subdivisés, suivant qu'il s'agit du système de soin primaire, secondaire ou tertiaire.

#### *1.4.2 – La mesure du besoin par des instruments cliniques*

D'autres études ont essayé d'aller plus loin dans la détermination du besoin de soins en différenciant le besoin de soin dans le réseau de soin primaire (généraliste) et dans le système de soin spécialisé.

Dans le cadre d'une étude populationnelle en Finlande (mini finland health survey) sur un échantillon représentatif des plus de 30 ans, le groupe de Lehtinen (1990) a utilisé une stratégie en deux phases : un screening avec le GHQ et, dans la deuxième phase, un instrument diagnostic clinique, le PSE 9, utilisé par une infirmière de recherche, auquel s'ajoutaient des données en provenance des différents registres pertinents : pensions pour handicap et prise en charge d'un psychotrope au long cours. Le besoin de soins était évalué tant du point de vue de la personne que du spécialiste, un questionnaire permettait en effet de connaître les opinions de la personne sur ses besoins tandis que deux types de besoin étaient évalués par les chercheurs.

Le besoin de soin spécialisé impliquait : un indice de sévérité ou, pour les cas limites, une évaluation du besoin par la personne qui faisait passer le PSE, et l'intervention d'un psychiatre de recherche ayant revu les histoires de cas avec l'infirmière. Les cas qui n'atteignaient pas ce niveau étaient considérés comme relevant du système de soin primaire. Avec une telle procédure, Lehtinen arrivait à la conclusion que 9,7 % de la population avait des besoins de soins de santé mentale émanant des services de base, et que 8,7 % avaient des besoins de santé mentale émanant des services psychiatriques.

Les travaux de l'équipe du MRC Social Psychiatry Unit, au cours des 15 dernières années, ont amené le développement de procédures standardisées d'évaluation des besoins d'intervention pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, généralement psychotiques, déjà en contact avec les services (Brewin et al., 1987) puis, à partir de 1992, à une extension de ces procédures aux cas identifiés lors d'enquêtes épidémiologiques, et qui sont généralement affectés de troubles mentaux non-psychotiques. Ces efforts ont produit une procédure connue sous le nom de Needs for Care Assessment Schedule-Community version (NFCAS-C, Bebbington et al., 1996).

Cette étude épidémiologique en deux étapes a été menée auprès d'une population d'un quartier défavorisé de Londres. 760 adultes de 18-65 ans ont répondu à un instrument de dépistage de type inventaire de la détresse psychologique, le General Health Questionnaire. Dans une seconde étape, un échantillon stratifié de 408 personnes a été interviewé par un agent de recherche avec formation clinique pour mesurer les diagnostics à l'aide d'un questionnaire standardisé, le SCAN, permettant de classer les diagnostics selon le CIM-10, d'établir les services reçus et ce que la personne souhaiterait comme soins. Un comité d'experts composé d'un psychiatre, d'un psychologue et l'agent



de recherche, révisait l'histoire de chaque cas et établissait les besoins d'interventions à l'aide du NFCAS-C.

La prévalence, dans le dernier mois, de l'ensemble des désordres selon la classification CIM-10 était de 9,8 %, celle, dans la dernière année, de 12,3 % ; pour la dépression majeure, cette prévalence était de 3,1% et 5,3 % respectivement ; de 2,8 % pour les états anxieux. Près de 10,4 % de la population aurait un besoin de soins spécialisés selon l'évaluation découlant de la procédure NFCAS-C, et moins de la moitié de ces besoins étaient comblés. L'étude démontre aussi que des personnes présentant un désordre ne nécessitaient pas d'interventions (par exemple, il était jugé que le désordre venait de débiter ou pourrait se résoudre ou se résolvait sans interventions des services), ou que d'autres, sans désordre selon le SCAN, pourraient bénéficier d'intervention- surtout des personnes affectées de symptômes qui ne présentent pas un désordre complet relevé par le CIM-10, mais qui présentent détresse et difficultés de fonctionnement social ; enfin d'autres personnes présentant un désordre ne pouvaient voir leurs besoins d'intervention comblés, soit parce qu'elles refusaient un traitement potentiellement efficace ou, encore, parce que les traitements disponibles avaient failli dans leurs cas.

Cependant il importe de garder à l'esprit qu'il s'agit ici des besoins en population générale et que les besoins des personnes présentant des troubles psychiatriques sévères de type psychotiques sont peu présentes dans ces enquêtes du fait de la faible prévalence de ces troubles et du fait qu'ils habitent dans des lieux spécifiques ou encore qu'ils répondent peu aux enquêtes.

Pour ces raisons il importe que parallèlement aux enquêtes conduites en population générale, se mette en place une enquête auprès des personnes en contact avec le système de soin spécialisé en psychiatrie en particulier le secteur et les lieux d'hospitalisation non sectorisés comme certains hôpitaux généraux ou les cliniques privées pour lesquelles des données sociodémographiques et géographiques devraient être relevées pour disposer des deux types d'information. Le PMSI et la fiche patient permettent de relever la plupart de ces variables.

### **I.5 - Les indicateurs sociaux**

L'utilisation des indicateurs sociaux dans la planification des besoins de soin repose sur le fait que les problèmes de santé mentale étant liés statistiquement aux variables sociales, il devrait être possible de prévoir les besoins à partir de ces dernières en utilisant les données disponibles à partir des données de ce type collectées en routine ; ainsi pour chaque territoires de base, on peut établir la prévalence de besoin. Pour les régions, on compile les besoins des territoires.

En effet toutes les études épidémiologiques ont montré que la plupart des problèmes de santé mentale sont liés à des variables sociales relativement simples : sexe, âge, emploi, statut social, statut matrimonial ou encore le fait de vivre seul, c'est

pourquoi ces corrélations ont amené à utiliser des variables sociales pour en inférer la prévalence des problèmes.

Pour un territoire donné, des indicateurs comme le taux de chômage, le taux de personnes à bas revenu, le taux de personnes séparées/divorcées, le taux des personnes en location sont des données facilement accessibles en principe pour un territoire donné.

Ces données sont non seulement corrélées avec ces problèmes de santé mais aussi avec l'utilisation des soins. Elles peuvent être utilisées dans le cadre de la planification et elles sont connues sous le terme d'indicateurs sociaux. Ces indicateurs sont généralement combinés et cette combinaison permet une distribution par territoire qui tient compte de quantités de besoin différentes telles que perçues par les différents acteurs en proposant une modulation relativement objective et acceptable par tous. L'utilisation de ces indicateurs sociaux fournit bien entendu une évaluation des besoins d'une population spécifique (Bloom, 1983) et pose des problèmes de validation et d'extrapolation.

L'adoption des indicateurs sociaux est particulièrement intéressante parce qu'une fois définis, ils ne requièrent pas des coûts élevés ou le recours continu à des consultants techniques. Ces indicateurs sont produits en routine par les pays industrialisés et détaillés à un niveau non seulement régional, mais aussi sous-régional et local. Des comparaisons faites avec d'autres approches d'évaluation des besoins dans une même région ont permis de constater que l'utilisation de ces indicateurs était l'approche la plus utile et la plus acceptée par les gestionnaires ; parallèlement les décideurs politiques admettent que les régions jugées nécessiteuses par ces indicateurs ont plus de besoins que les autres (Goodman et Haugland, 1994).

Ces indicateurs peuvent en effet servir à estimer, de façon macroscopique, les besoins en santé mentale d'une aire géo-démographique déterminée à des coûts minimes.

Les indicateurs de besoins en santé mentale basés sur les indicateurs sociaux représentent une source d'information pour planifier en fonction des besoins. Ils permettent d'appréhender les besoins d'un « bassin de population » et sont de ce fait garants de l'équité dans la réponse aux besoins des différentes zones géographiques.

Les indicateurs retenus à des fins de planification en santé mentale doivent être validés et régulièrement mis à jour. Il faut se souvenir que les indicateurs sociaux, aussi utiles et précis qu'ils puissent être, ne constituent que des indicateurs indirects des besoins. D'où la nécessité d'intégrer continuellement à l'arsenal des indicateurs sociaux les connaissances qui se dégagent des études de population générale ou spécifiques, qu'il faut par conséquent continuer à mener à intervalles réguliers pour suivre la santé de la population et son ancrage avec les indicateurs sélectionnés.

Les indicateurs sociaux les plus fréquemment utilisés dans la littérature sont présentés dans le tableau suivant

4 Tableau : Indicateurs fréquemment utilisés

NIMH (p.100) rang	Grosser: 0-11, 12-17, 18-64, 65 et+	3 catégories 15 p.100, 25,5 p.100, 36 p.100 fonction scores :	Slem (données utilisation)	Synthétique Prévalence de besoins de sous- populations rapportées à la composition de la zone étudiée
1. Hommes CSP basses	1. Minorités raciales	1. Hommes séparés ou divorcés	1. famille avec une seule personne	1. age : 18-24,25- 44, 45-64, 65 +
2. Population seuil pauvreté	2. Seuil de pauvreté	2. Femmes séparées ou divorcées	2. hommes divorcés ou séparés	2. sexe
3. Ménages non mariés	3. Taux de divorce	3. Femmes veuves		3. race
4. Monoparental	4. Chômage	4. Familles seuil pauvreté		4. statut marital (marié, célibataire divorcé/séparé /veuf)
5. Jeunes dépendants	5. Suicide	5. 18-24 ans < 8 années école		
6. Agés dépendants	6. Abus d'enfants (facteur 2/1)	détresse psychologique		CES-D/DIS
7. Plus d'une personne par pièce	désordres sévères ou modérés			
8. Nouvel arrivé				

Comme on peut le voir dans le tableau 2, ces indicateurs sont conceptuellement différents : les quatre premiers partent de données sociodémographiques et tentent d'estimer soit une classification des zones par rang du plus nécessaire au moins nécessaire ; soit des catégories : besoin élevé, moyen et modéré soit encore d'établir un score plus précis (Slem). La cinquième catégorie tente d'évaluer directement les quantités des problèmes de santé à partir des données d'une enquête en les mesurant suivant la présence de certains facteurs sociaux liés à la prévalence des différents problèmes. A noter aussi que ces indicateurs ont été validés sur des critères eux aussi très divers, à savoir : la présence d'un problème relativement sévère, un indicateur de détresse psychologique ou encore l'utilisation du système de soin spécialisé. L'un d'entre eux prévoit des analyses par groupes d'âge.

L'enquête conduite dans le Colorado a été utilisée pour valider une approche par indicateur : le Denver University proche de l'indicateur de Slem. Ce dernier repose sur deux indicateurs sociaux (pourcentage d'hommes divorcés; pourcentage de la population sous le seuil de pauvreté). Les techniques statistiques de régression linéaire multiple visent à optimiser les paramètres de ces deux variables en fonction des différents critères ou combinaison de critères de besoin. Ils établissent les paramètres suivants pour leur indicateur DU en fonction de différentes combinaisons de critères pouvant être utilisés (même si le dernier critère des personnes avec troubles mentaux graves a des propriétés prédictives plus faibles).

5 Tableau.- Prévalence des besoins (Étude menée par le Denver University)

	B <sub>0</sub>	B <sub>1</sub>	B <sub>2</sub>
Au moins 1 des 3 critères	12,2992	0,2309	1,6557
Au moins 2 des 3 critères	1,3623	0,1578	0,8454
Diagnostic et dysfonctionnement social ou démoralisation	0,9025	0,1227	0,6015
Diagnostic grave (psychose, troubles organiques)	0,7455	0,0929	0,0739
Diagnostic grave et dysfonction	0,7676	0,0169	-0,0069

La prévalence de besoins dans chaque catégorie se calcule à l'aide de l'équation de régression linéaire suivante : prévalence de besoin dans le territoire = B<sub>0</sub> + (B<sub>1</sub> \* pourcentage sous seuil pauvreté) + (B<sub>2</sub> \* pourcentage d'hommes divorcés). A chaque type d'indicateur correspondent des coefficients spécifiques.

Ainsi, pour tout secteur de recensement qui représentait ici l'unité territoriale de base de la modélisation, on peut établir la prévalence de besoin. Pour des régions, il s'agit de compiler les besoins des secteurs de recensement les composant.

Dans les suites de ce travail, une approche de modélisation de l'hospitalisation et du contact avec les services de psychiatrie a été conduite à Montréal par A.Lesage et reprend celle suggérée par Jarman et Hirsh (1992). Comme pour la modélisation du Colorado, l'unité d'analyse est petite, soit les secteurs de recensement de Statistiques Canada (moins de 6000 habitants ; dans l'est de Montréal, plus de 89 secteurs de recensement). Pour chaque secteur de recensement, on peut facilement trouver les indicateurs sociaux que sont les variables socio-démographiques publiées par Statistiques Canada ; grâce aux archives de l'hôpital, on peut connaître le nombre de personnes hospitalisées, en ambulatoire, vues en urgence ou ayant eu au moins un contact dans une année, pour cette étude-ci 1993.

Dans une première phase de modélisation de cette étude (Lesage et Coll., 1996), plus de 69 variables socio-économiques ont été identifiées et rapprochées des variables britanniques de Jarman et Hirsh, variables couvrant les dimensions suivantes associées à l'utilisation des services psychiatriques-pauvreté, isolement social, groupe culturel, chômage, rapport propriétaire/locataire, milieu urbain/rural. A la suite d'analyses de corrélations entre ces variables, 33 variables ont été retenues pour l'analyse de régression linéaire sur les taux d'utilisation soit global, soit l'hospitalisation dont les résultats sont présentés dans le tableau suivant.

6 Tableau - Modélisation de deux types d'utilisation de services en 1993 dans l'est de Montréal. Les paramètres sont ceux de l'analyse de régression linéaire

<i>{PRIVATE }Variables</i>	<i>Toute utilisation</i>	<i>Hospitalisation</i>
$B_0$	-6,123	-0,525
<i>Population née au Québec (p.100)</i>	2,395	
<i>Population née en Amérique centrale ou du sud (p.100)</i>	6,862	
<i>Population active âgée de 25+(p.100)</i>	0,034	
<i>Foyers avec revenu \$20,000-\$29,000 (p.100)</i>	5,214	
<i>Foyers avec revenus \$40,000-\$49,000 (p.100)</i>		1,317
<i>Employé groupe emploi IV/V (p.100)</i>	-4,906	
<i>Population vivant seule (p.100)</i>	40,694	5,501
<i>Agée de 15+ séparée, veuve ou divorcée (p.100)</i>	5,710	3,779
<i>Travailleurs autonomes (p.100)</i>	5,118	
<i>Index Mayer-Renaud et Renaud (p.100)</i>	0,039	
<i>Foyer avec personne seule (p.100)</i>		-0,526
<i>Foyer non-propriétaire (p.100)</i>		-0,371
<b><i>Variance expliquée</i></b>	<b>0,731</b>	<b>0,480</b>

Les britanniques ont quant à eux suggéré une série d'indicateurs basés à la fois sur des variables « a priori » et sur d'autres retenues à la suite d'analyses de régression à la recherche des meilleurs prédicteurs de l'admission dans un hôpital: dans les deux cas, on modélisait ces variables en fonction des taux d'admission dans les districts ou les régions sanitaires britanniques (un pays de 55 millions d'habitants). Dans un exemple de régression des taux d'admission standardisé pour la composition en âge, en genre, en statut marital, du district, le modèle retenu prévoyait ainsi un taux d'admission de :

$$SPARM_{asms} = 12 + 0,66 \times DRUGSTN + 0,82 \times SMR (IHD)$$

où DRUG1STN correspond à la proportion de toxicomanes et le SMR au taux de mortalité standardisé par maladie cardiovasculaire.

Le second modèle recommandé pour les zones infra-districts ne disposant pas du DRUGS1STN est basé sur l'indicateur UPA (underprivileged area index) développé par les médecins généralistes pour refléter la lourdeur de leur zone de clientèle. Le UPA est composé de variables de recensement suivantes : 1) personnes âgées vivant seules ; 2) foyers avec enfants de moins de 5 ans ; 3) familles monoparentales ; 4) travailleurs manuels ; 5) population inactive ; 6) personnes vivant dans des foyers surpeuplés ; 7) personnes ayant déménagé dans la dernière année ; 8) personnes des groupes ethniques (ici Nouveau Commonwealth et Pakistan). La modélisation conduit à l'équation suivante des taux d'admission :

$$\text{taux d'admission du district} = 3,65 + 0,034 \times UPA$$

Même si cet indicateur peut être et doit être amélioré, on considère qu'il constitue un immense progrès par rapport à une distribution homogène des ressources.

### **I.6 - Les indicateurs de besoin de soin en santé mentale et en psychiatrie : Approche proposée pour ce travail**

La mesure du besoin de soin en psychiatrie implique une évaluation du niveau de gravité en plus d'une évaluation du besoin de soin, afin de déterminer ce qui relève des acteurs de la santé mentale et ce qui relève des acteurs de la psychiatrie.

Nous proposons que les problèmes dits de santé mentale relèvent du système de soin de première ligne c'est à dire le médecin généraliste, le psychologue ou le psychothérapeute. Certains de ces besoins peuvent aussi relever du secteur informel dont nous verrons qu'il joue un rôle important en appui ou seul.

Nous proposons de considérer que les personnes dont les problèmes sont les plus sévères relèvent de la psychiatrie, ou en tout cas que les personnes qui en souffrent soient dans un premier temps évaluées par un psychiatre qu'il s'agisse d'un psychiatre libéral ou exerçant dans le contexte de la psychiatrie de secteur. Ces personnes ne devraient pas être prises en charge par le secteur informel si c'est leur seul mode de prise en charge

Ainsi nous proposons de classer les personnes dans des catégories mutuellement exclusives : pas de besoin de soin, besoin de soins en santé mentale et besoins de soins en psychiatrie.

Ces définitions sont destinées à une approche populationnelle ; elles permettent d'envisager des volumes de besoin compatibles avec les ressources disponibles et de les utiliser le plus adéquatement possible en réservant l'accès aux spécialistes pour les personnes qui souffrent des problèmes les plus difficiles à soigner.

Cette approche pose bien entendu la question de la formation des médecins généralistes à différencier les deux niveaux de besoin et de l'accès aux psychologues pour la prise en charge des problèmes qui relèvent des psychothérapies qu'ils sont habilités à dispenser.

Elle devrait permettre d'éviter au système spécialisé d'être submergé par des demandes qui n'ont pas besoin de soins spécialisés et qui concernent un quart de la population quand les besoins de soins en psychiatrie concernent 8% de la population environ.

Le présent travail a repris la démarche proposée par Ciarlo et Tweed dans le Colorado en conduisant des enquêtes de population qui permettent dans un premier temps d'évaluer les différents niveaux de besoin puis leurs relations statistiques avec les variables sociodémographiques.

On cherchera ensuite à déterminer des indicateurs sociaux valables en France

permettant à partir des données de l'INSEE de « prédire » aux niveaux des territoires ces différents niveaux de besoin.

La France dispose en effet de plusieurs sources de variables disponibles pour des territoires de relativement faible surface :

- le recensement comporte pour un maillage très fin du territoire (zone de recensement) des données précises concernant : la composition de la famille, la nationalité, le lieu de naissance, la situation matrimoniale, la situation face à l'emploi (chômage, durée) cependant cette base bien que mise à jour régulièrement n'est constituée que tous les dix ans.

- le fichier des CAF mis à jour annuellement permet d'obtenir les allocataires de différentes allocations : RMI, allocation pour famille monoparentale et dispose des adresses des allocataires

- le fichier des recettes fiscales permet de connaître les revenus et comporte aussi les adresses

Toutes ces données sont recueillies au moment de l'enquête directement auprès des individus pour vérifier leurs liens avec les besoins de soins. Ces relations statistiques étant vérifiées, on cherchera ensuite à sélectionner l'ensemble des variables les plus pertinentes et les plus facilement utilisables dans les territoires à des fins de planifications pour les besoins de santé mentale et les besoins de soins en psychiatrie.

## CHAPITRE II – MÉTHODOLOGIE

La méthodologie a suivi le cahier des charges qui avait été approuvé par le comité national dans lequel les régions participantes sont représentées.

### II.1 - Une enquête par téléphone

La méthode téléphonique a été choisie pour plusieurs raisons : ce moyen est largement utilisé dans les enquêtes de santé mentale dans de nombreux pays et avait été utilisé avec succès en France dans une enquête antérieure menée en Ile de France auprès d'un millier de personnes avec un questionnaire très semblable.

L'approche par téléphone réduit les coûts par rapport à celle dite en face à face qui implique un contact en personne de l'enquêteur et par conséquent des déplacements nombreux et coûteux d'autant que les personnes sont souvent absentes de leur domicile. L'approche téléphonique permet d'utiliser des « sauts » sans que cela soit compliqué pour l'enquêteur à qui les questions sont présentées directement suivant la réponse qui a été donnée par les personnes. Elle permet aussi un contrôle de qualité grâce à l'écoute des entretiens et à l'intégration de programmes qui détectent les incohérences dans les entrées. Enfin les données sont saisies directement et disponibles au fur et à mesure ce qui permet un bon suivi du terrain.

Par contre la méthode par téléphone a certains inconvénients : un certain nombre de personnes sont sur des listes rouges ou oranges et il faut trouver des moyens pour les contacter en créant des numéros aléatoires. Cependant dans ce cas on doit gérer le fait que ces numéros créés aléatoirement ne correspondent pas forcément à des abonnés individuels mais à des domiciles secondaires, entreprises, fax ou n'existent pas tout simplement. Une des difficultés est de déterminer le statut des numéros qui ne correspondent pas à ces catégories et ont été appelés plus de 15 fois à des périodes et horaires différents et auxquels personne n'a jamais répondu.

Enfin et surtout de plus en plus de personnes ne sont plus équipés de ligne filaire et n'ont qu'un téléphone portable alors qu'il n'existe pas d'annuaire pour ces numéros. Ce problème est d'autant plus important pour notre sujet qu'on peut faire l'hypothèse que ces personnes ont des caractéristiques différentes quant à leurs facteurs de risque et à leur santé mentale que les autres personnes aussi avons nous du faire un échantillon de numéros aléatoires de portables et les intégrer aux numéros filaires.

### II.2 - Échantillonnage

#### *II.2.1 - Taille des échantillons*

Une des considérations importantes dans l'élaboration de notre enquête a été la taille de l'échantillon. À partir de l'enquête conduite dans le Colorado et des prévalences attendues, il a semblé que l'interview de 5 000 personnes « réussies », par région volontaire soit 20 000 au total, était nécessaire aux fins de l'enquête permettant ainsi une représentativité à l'échelle des territoires de santé auxquels se sont ajoutés un échantillon nationale de 2000 personnes équipées uniquement de portables.



## *II.2.2 – Constitution des bases pour le tirage*

### **II.2.2.1 – Pour les téléphones filaires**

Pour obtenir la taille souhaitée une base de 60 000 numéros a été constituée. La constitution de cet échantillon a été réalisée à partir d'un fichier des numéros de téléphone de France Télécom, sur liste blanche, dans chacune des quatre régions volontaires. Un second fichier a été créé pour les listes rouge et orange en tirant aléatoirement un chiffre en remplacement du dernier chiffre de chaque numéro de téléphone. Ainsi, le nouveau fichier comprend :

- ↳ Des numéros de téléphone de ménage ordinaires en liste blanche,
- ↳ Des listes rouges et orange dans leurs proportions réelles
- ↳ Des numéros non attribués,
- ↳ Des numéros attribués ne correspondant pas à des ménages ordinaires (entreprises, collectivités...).

Cette méthode a permis l'obtention d'un fichier pour partie renseigné, à hauteur de 60%, en noms et adresses, expurgé des numéros d'entreprises, de collectivités...

Les numéros non renseignés restant comprennent :

- ↳ Des numéros non attribués,
- ↳ Des lignes directes d'entreprises ou de collectivités,
- ↳ Des fax,
- ↳ Des numéros de foyers ordinaires sur listes rouge et orange.

### **II.2.2.2 – Pour les téléphones mobiles**

Une approche spécifique a été proposée pour tenir compte des mono équipé portable sur un échantillon national d'environ 2000 personnes et une liste de 10 000 numéros de portables ayant une couverture nationale a été constituée. En effet dans le cadre d'enquêtes par téléphone mobile, on ne dispose pas d'une telle base. Les seules informations qui sont communiquées sont les plages - préfixes de quatre chiffres, octroyées par l'Autorité de Régulation des Télécommunications (ART), aux différents opérateurs de téléphonie mobile. La constitution d'échantillons de numéros de téléphone mobile passe donc par un générateur de nombres aléatoires parmi les préfixes de type 06.XY qui ont effectivement été attribués aux opérateurs.

De plus, contrairement à France Télécom, les préfixes attribués par les opérateurs de téléphonie mobile n'ont aucune signification sur le plan géographique ; la région d'habitation doit donc être demandée à la personne lors de l'entretien.

## *II.2.3 – Tirage au sort*

La constitution de l'échantillon s'est effectuée en deux étapes : d'abord par le tirage d'un échantillon aléatoire de foyers ordinaires et ensuite par la sélection aléatoire d'une personne à l'intérieur du foyer sélectionné.

Les critères d'inclusion étaient d'être majeur, d'avoir sa résidence principale dans la région concernée et de parler suffisamment français pour que l'entretien soit possible.

Dans la mesure où il s'agit d'un tirage aléatoire, chaque individu doit avoir la même probabilité d'être tiré au sort, et les personnes interviewées ne sont pas

interchangeables ; un entretien non réalisé est compté comme une non réponse et l'échantillon est ensuite ajusté pour qu'il ait la composition sociodémographique de la population qu'il représente.

Au sein d'un ménage, une personne est tirée au sort dans le ménage pour répondre au questionnaire ; l'enquêteur doit donc commencer par dresser la liste de toutes les personnes adultes présentes à l'adresse qui correspond au numéro de téléphone ; une fois cette liste constituée, un numéro est attribué aléatoirement à chaque personne et permet le tirage au sort de la personne en tenant compte de la taille du ménage. Un poids spécifique est ensuite attribué à la personne en fonction de la taille du ménage dont elle est issue pour tenir compte du fait que les probabilités d'être tirées ne sont pas identiques suivant la taille des ménages et ainsi assurer une représentativité adéquate.

## **II.3 - Organisation du terrain**

### *II.3.1 - Information auprès des foyers*

Avant le démarrage de l'enquête auprès des quatre régions volontaires, les services du Ministère de la Santé impliqués dans ce travail, ont rédigé une lettre-annonce destinée à être envoyée avant l'enquête aux personnes dont les numéros avaient été tirés au sort sur liste blanche pour les prévenir et leur présenter les buts de cette enquête. Ce courrier avait pour objectif d'informer la population des objectifs de l'enquête sur l'évaluation des besoins en santé mentale mais également de sensibiliser l'ensemble des individus sur la nécessité de répondre au questionnaire par téléphone. Ce courrier signé des directeurs de la Direction Générale de la Santé (DGS) et de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) avait aussi pour but de convaincre les personnes invitées à participer à l'enquête, du caractère officiel de l'enquête et de l'intérêt de la participation de chacun pour la santé. Par ailleurs, il mentionne également que toutes les données seront traitées en toute confidentialité et que les enquêteurs de l'Institut de sondage IPSOS sont tenus au respect de la confidentialité sans délai ni limite de durée.

Un numéro « vert » a été mis en place afin que les personnes sélectionnées puissent appeler à tout moment pour demander des renseignements à propos de l'étude.

### *II.3.2 - Formation des enquêteurs*

L'Institut de Sondages IPSOS a organisé deux jours de formation auprès de quatre-vingt-deux enquêteurs sur deux villes différentes, à Bordeaux les 11 et 12 avril 2005 (40 enquêteurs) et à Plérin les 04 et 05 avril 2005 (42 enquêteurs).

Cette formation avait pour objectif de donner et de former les enquêteurs à toutes les techniques d'argumentaire existantes permettant de limiter les refus et de contourner les réticences des personnes que les enquêteurs ont été amenés à avoir au téléphone.

Durant le premier jour, les enquêteurs ont été sensibilisés sur l'échantillonnage à savoir la population à interroger, la méthode aléatoire, le principe théorique et les

implications pratiques afin de limiter les refus et les injoignables. À la suite de ce premier jour de formation, des travaux pratiques et des jeux de rôle ont eu lieu pour initier les enquêteurs à contourner les refus.

Lors du second jour de formation, la responsable scientifique a présenté en personne les objectifs de l'enquête et son importance à l'ensemble des enquêteurs. Ces derniers ont pris connaissance des données générales sur le sujet et les indicateurs en Santé Mentale. Ensuite, le questionnaire a été lu et détaillé dans sa globalité. Enfin, les enquêteurs ont pu commencer de début des appels téléphoniques une fois qu'ils se sont sentis formés à affronter tous les types de refus possibles.

Le terrain a pu démarrer de manière effective, après un test du questionnaire qui s'est déroulé du 25 février au 04 mars 2005 auprès de 120 individus de 18 ans et plus (30 par région volontaire), à partir du 05 avril à Plérin et 12 avril à Bordeaux ; les deux centres d'appel qui ont réalisé l'enquête. Il s'est terminé le 30 juillet 2005.

### *II.3.3 – Protocole d'appel et de contact*

Une fois le courrier envoyé aux ménages des quatre régions volontaires, les enquêteurs ont pu commencer à tenter de contacter les multiples foyers. Ces tentatives de contact ont été réparties sur les plages d'horaires d'appel de 12 heures à 21 heures, du lundi au vendredi, et entre 10 heures et 17 heures le samedi. Chaque numéro est appelé jusqu'à quinze fois à des jours et heures différents. L'enquêteur a laissé sonné jusqu'à huit fois. En cas de non réponse ou de répondeur, le numéro de téléphone est rappelé une heure plus tard. En cas de numéro occupé, le rappel est effectué quinze minutes plus tard.

En cas d'absence de la personne sélectionnée, l'enquêteur propose une autre heure et date d'appel avec une prise de rendez-vous.

Il a été envisagé une possibilité d'appel en dehors des plages horaires sélectionnées de l'enquête pour limiter le nombre de refus et d'absence. Par ailleurs en cas d'interruption de l'interview par téléphone pour diverses raisons, l'enquêteur avait la possibilité de re-contacter la personne interrogée et de reprendre le questionnaire interrompu afin de le mener à terme.

Chaque enquêteur devait essayer quinze fois au minimum de contacter un ménage au cours d'une période de trois mois après avoir pris connaissance des coordonnées des ménages. Si après ce nombre de tentatives, l'enquêteur n'a pu contacter les foyers concernés et que d'autres tentatives ne se solderont également par aucune réponse de la part des ménages alors ces derniers sont considérés comme « indisponibles ».

### *II.3.4 – Premier appel*

Le premier entretien téléphonique permet d'établir la composition du foyer (âge et sexe) et de déterminer la personne qui allait être interviewée. Dans le cas où la personne éligible à l'interview était la personne qui a répondu au premier appel, ou était immédiatement mobilisable l'entretien était réalisé immédiatement. Dans le cas

contraire un rendez vous téléphonique était proposé.

### *II.3.5 – Dispositif pour limiter les refus*

Un certain nombre d'éléments avaient pour but de limiter les refus :

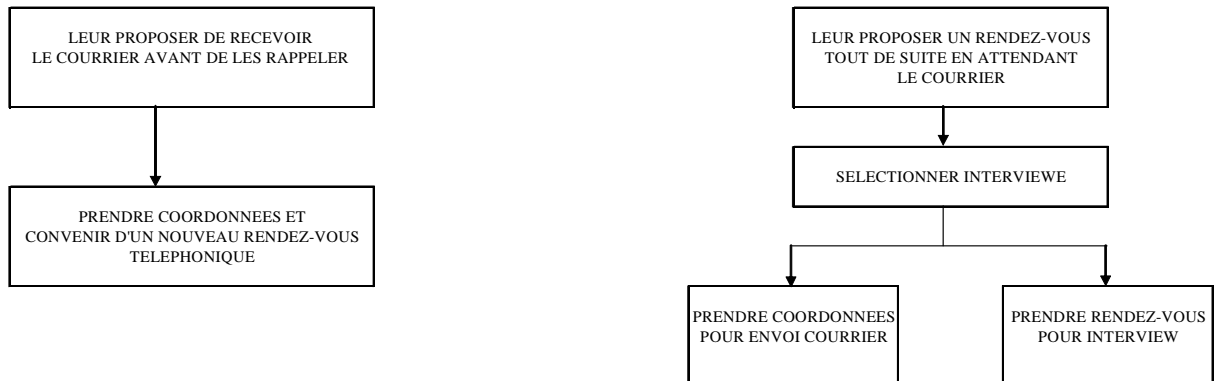
- ↳ Une sensibilisation des foyers grâce à l'envoi de la lettre-annonce peu de temps avant l'appel téléphonique ;
- ↳ Une forte visibilité de l'organisme pour lequel l'étude est effectuée (que ce soit dans la lettre ou à l'intérieur du questionnaire de recrutement) : le Ministre de la Santé
- ↳ La mise en place d'un numéro vert auquel les personnes sélectionnées peuvent appeler à tout moment pour demander des renseignements à propos de l'étude ;
- ↳ La possibilité pour la personne qui n'est pas « disponible » pour participer à l'enquête dans les jours suivants l'appel, de fixer un rendez-vous une semaine après, deux semaines après, voire plus longtemps après ;
- ↳ Des rappels à des horaires différents les ménages ou les personnes sélectionnés pour permettre d'optimiser les chances de faire participer à l'étude un foyer sélectionné ;
- ↳ Des stratégies pour diminuer les injoignables
  - ↳ En rappelant jusqu'à 15 fois à des jours et des heures différents,
  - ↳ En appelant sur une longue période de plusieurs mois.

La formation donnée aux enquêteurs a eu pour objectif de les former à toutes les techniques d'argumentaire existantes permettant de limiter les refus et de contourner les réticences des personnes qu'ils étaient amenés à avoir au téléphone. Ceci afin que les enquêteurs fassent tout ce qui est en leur pouvoir pour réussir à contacter la personne sélectionnée, la persuader d'accepter un rendez-vous, développer une série d'arguments pour la pousser à répondre.

Une procédure particulière a été mise en place pour les listes rouge et orange. En effet dans ce cas, les personnes ne pouvaient pas avoir reçu de lettre avant l'entretien puisque leur numéro était tiré au hasard et qu'en conséquence leur adresse n'était pas disponible pour ce faire. Il a donc fallu dès le contact téléphonique leur présenter l'enquête et les informer :

- ↳ Des raisons de la réalisation de cette enquête et de son intérêt/des commanditaires,
- ↳ Du fait que leur numéro de téléphone a été tiré au sort,
- ↳ De la nécessité d'accepter de participer à cette étude.

**Graphique n°1 : Démarche méthodologique « liste rouge »**



## II.4 - Composition du questionnaire

### II.4.1- Variables socio-démographiques

Le recueil des variables socio démographiques était un élément essentiel car il devait établir les relations statistiques entre ces variables et les différents niveaux de besoin en santé mentale et en psychiatrie.

Ces variables devaient aussi être disponibles en routine pour différents niveaux géographiques.

Ainsi des indicateurs comme le taux de chômage, le taux de personnes à bas revenu, le taux de personnes séparées/divorcées, le taux des personnes en location sont-ils disponibles pour un territoire donné.

Certaines de ces variables sont des variables recueillies habituellement dans les enquêtes telles que :

- L'âge
- Le sexe
- La situation matrimoniale
- Le niveau scolaire
- La situation professionnel : le fait d'occuper ou non un emploi et la catégorie occupée par cet emploi

D'autres variables plus détaillées sur la situation sociale ont aussi été relevées telles que

- 1 La tranche de revenus de la famille
- 2 Le statut du logement :
- 3 Les minima sociaux : allocation au logement (APL, ALS, ALF), RMI, allocation de parent isolé, allocation compensatrice tierce personne, allocation adulte handicapé, fond de solidarité vieillesse, allocation supplémentaire d'invalidité, allocation de veuvage, allocation d'insertion, allocation de solidarité spécifique.

#### *II.4.2- Instruments de mesure des besoins en santé mentale et en psychiatrie*

Les instruments ont été choisis afin de permettre de mesurer les deux dimensions de besoin : santé mentale et psychiatrie.

Nous avons donc sélectionné 1) des instruments mesurant la détresse psychologique, la gêne pour un problème émotionnel et 2) instruments permettant de porter des diagnostics psychiatriques suivant la classification DSM IV ainsi qu'une évaluation du retentissement qui est un élément essentiel pour passer d'un besoin de santé mentale à un besoin de soins en psychiatrie.

Au total six instruments de mesure et des questions spécifiques (hors instruments) pour la thématique relative au suicide ont été utilisés dans ces enquêtes

##### **II.4.2.1 - CIDI-SF = un instrument de mesure des diagnostics**

Le choix de cet instrument a correspondu à différents critères : le temps passé en entretien qui ne devait pas trop dépasser 30 minutes en moyenne pour l'ensemble du questionnaire et le souhait d'être en concordance avec les recommandations du groupe chargé à la direction santé publique de l'UE de la mesure de la santé mentale ainsi bien entendu que les possibilités de comparaisons internationales.

Le choix s'est donc porté sur le CIDI dans sa version Short-Form (SF) qui permet d'obtenir les diagnostics des troubles de l'anxiété, des troubles dépressifs et des troubles liés à l'utilisation de substances (abus d'alcool, dépendance à l'alcool, abus de drogue(s) et dépendance aux drogue(s).

Etant donné la méthode et les contraintes, les troubles psychotiques y compris la manie n'ont pas été mesurés pas plus que les troubles de la personnalité.

Toujours pour des raisons de temps et aussi parce qu'il a été prouvé que cela évite les réponses négatives en fin d'entretien, le CIDI SF a été divisé en deux parties : une partie dite de screening ou des questions dites d'ouverture sur le ou les symptômes les plus fréquents sont posées. Le reste des questions concernant ce diagnostic n'est alors posé qu'en cas de réponse positive. Nous décrirons plus loin les détails de cette approche.

4. Tableau : Les diagnostics mesurés par le CIDI-SF

SECTION QUESTIONNAIRE	DIAGNOSTIC
Section E	Dépression : épisode dépressif majeur Et questions sur la suicidalité
Section F	Phobies : spécifique, sociale et agoraphobie
Section G	Panique : attaques et troubles avec ou sans agoraphobie
Section H	Troubles d'Anxiété généralisée
Section I	Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC)
Section J	Troubles d'Anxiété post-traumatique
Section K	Troubles de l'usage d'alcool et de drogue

☞ - L'échelle du Sheehan

L'évolution des classifications et leur transformation en besoin de soins a amené les épidémiologistes qui travaillent sur des populations qui ne demandent pas forcément des soins pour leurs troubles, à évaluer de manière de plus en plus précise le retentissement qui paraît un élément déterminant et permet de distinguer des troubles plutôt de l'ordre de la santé mentale qui peuvent être traités par le système de soin primaire : médecins généralistes ou psychologues et des troubles très invalidants qui doivent au moins être évalués par un psychiatre et que nous avons considérés comme en besoin de soins psychiatriques.

L'échelle du Sheehan permet à la personne interrogée de déterminer, sur une échelle de 0 (pas d'incapacité) à 10 (incapacité), le retentissement fonctionnel que ses troubles peuvent engendrer dans sa vie quotidienne d'après quatre dimensions concernant :

- Ses tâches ménagères (le ménage, les courses ou s'occuper de la maison, de l'appartement),
- Sa capacité de travail,
- Sa capacité à établir et à maintenir des relations proches avec les autres,
- Sa vie sociale

Sur cette échelle une cote en dessous de 4 signifie qu'il n'y a pas de retentissement, de 4 à 7 que ce retentissement est modéré et au delà qu'il est très important.

#### II.4.2.2 - Les troubles de l'usage des substances (alcool ou drogue)

Les troubles de l'usage de l'alcool ont été mesurés à partir de deux instruments : le CAGE et le CIDI-Short Form.

➤ *Le Cut down Annoyed Guitly Eye opener (CAGE)* : Cet instrument de mesure permet à partir de quatre questions d'évaluer une probabilité de problèmes d'alcool en utilisant le seuil de deux réponses positives. Pour diminuer au maximum le temps passé seules les personnes ayant répondu positivement à deux questions ou plus ont été invitées à répondre aux questions du CIDI-SF consacrées à l'alcool.

➤ *La dépendance ou l'abus à l'alcool (le CIDI-SF)* : dix sept questions sont entièrement consacrées aux problèmes d'abus et de dépendance à l'alcool (vin, spiritueux, bière...) afin de pouvoir construire les diagnostics DSM IV correspondants

➤ *La dépendance aux substances* : Les personnes ayant répondu affirmativement à une question sur l'usage d'une drogue ou d'un médicament pour obtenir des effets non prescrits sont interrogées de manière plus détaillée sur les drogues de manière à pouvoir porter un diagnostic d'abus ou de dépendance aux substances

#### II.4.2.3 - Les échelles de mesure de la santé mentale

☞ - *La détresse psychologique : deux sous échelles du SF-36*

*La détresse psychologique* a été mesurée par une sous-échelle relative à la santé psychique : le MH-5 qui indique la présence d'une détresse psychologique sans qu'on puisse parler de troubles caractérisés même si les personnes qui présentent des troubles anxio dépressifs caractérisés ont généralement des scores élevés. Les travaux internationaux ont fixé le seuil à 56 en dessous duquel les personnes sont considérées comme ayant une détresse psychologique.

*La gêne ressentie pour des troubles psychologiques* est mesurée par le RE-3 (sous-échelle du SF-36). Ce dernier permet de mesurer le retentissement spécifique du à un problème de santé mentale ou un problème avec les substances ayant une interférence sur ses habitudes.

Une question a été ajoutée sur l'existence et *le nombre de journées de travail perdues* pour un problème de santé mentale, y compris de mésusage de substances.

☞ - *La santé mentale positive*

A la suite des recommandations du groupe expert européen, la santé mentale positive a été mesurée à partir des trois échelles qui étaient suggérées:

☞ L'instrument de mesure *Mastery* : les sept items en quatre points de « tout à fait d'accord » à « entièrement en désaccord » permettent d'évaluer le sens de la maîtrise c'est-à-dire le sentiment qu'a la personne à contrôler sa vie et les événements qui lui arrivent. Elle donne une idée de la mesure dans laquelle une personne pense qu'elle exerce un contrôle sur son avenir.

☞ L'échelle *d'Andrew* : les cinq points de « heureux » à « tellement malheureux » permettent de savoir si la personne interviewée est heureuse ou pas.

☞ L'échelle *Vita* (sous-échelle du SF-36) permet de mesurer, à partir de quatre



questions, le bien-être qui recouvre les dimensions de l'énergie, de la vitalité et du sentiment général de bonheur.

#### II.4.2.4 - Les autres échelles

D'autres dimensions pertinentes à la santé mentale ont été recueillies. Elles concernent soit des facteurs de protection : la présence d'un bon réseau social et d'un confident ou des facteurs de risque comme de graves difficultés ou un isolement social.

##### ☞ - *Le réseau social*

Le réseau social peut être une source de soutien et de plaisir mais il peut aussi être une source de fardeau et de stress si les demandes émanant du réseau sont abusives ou si les relations interpersonnelles sont conflictuelles (O'Reilly, 1998). Il importe donc de distinguer la structure du réseau social de sa fonction ainsi que l'effet direct et indirect du réseau de soutien social sur la santé mentale. Dans le cadre de cette enquête, nous nous sommes appuyés sur deux instruments de mesure : la mesure du réseau social en trois questions mise au point par Dalgard et les quatre questions sur l'isolement utilisées par l'enquête Santé Canada et recommandées par le groupe d'expert européen. L'instrument de mesure Dalgard, comporte trois questions visant à évaluer le soutien social de la personne interviewée. L'instrument de mesure *Santé Canada* a permis de recenser le soutien affectif perçu à partir de quatre questions à réponses « oui/non ».

##### 5. Tableau : La mesure du soutien affectif

Santé Canada	
Avez-vous un(e) confident(e) c'est-à-dire quelqu'un à qui parler de vos sentiments ou de vos préoccupations personnelles ?	Oui/non/ne sait pas
Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise ?	Oui/non/ne sait pas
Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter lorsque vous avez à prendre des décisions personnelles importantes ?	Oui/non/ne sait pas
Avez-vous quelqu'un qui vous fait sentir qu'il vous aime et qu'il tient à vous ?	Oui/non/ne sait pas

☞ - *La mesure des difficultés sévères*

Le fait de vivre des difficultés sévères et persistantes est un facteur de risque important pour la santé mentale. La mesure de ces difficultés a été abordée à partir de sept items décrivant des situations très difficiles retrouvées dans la littérature sur ce sujet (Brown et Harris) que pouvait vivre la personne interviewée : conditions de vie (logement, finances...), l'état de santé de quelqu'un qui vit avec elle (conjoint, enfants...), sa vie professionnelle et de celle de son conjoint, de vos relations avec votre partenaire...

☞ - *Les maladies physiques*

Pour déterminer la présence de problèmes de santé, il a été demandé aux personnes interviewées si certains problèmes de santé avaient été diagnostiqués, chez eux, l'année passée. L'enquêteur lisait une liste de quatorze problèmes de santé ayant pour réponse « oui/non ».

➤ Avez-vous souffert l'année passée ou souffrez-vous actuellement...

1. Oui
2. Non
3. (Nsp)

Sq1 - d'Arthrite ou de rhumatisme

Sq2 - de problèmes chroniques du dos ou du cou

Sq3 - de Maux de tête fréquents ou sévères

Sq4 - d'Autres douleurs chroniques

Sq5 - d'Un accident vasculaire cérébral

Sq6 - d'Une crise cardiaque

Sq7 - d'hypertension artérielle

Sq8 - de Diabète

Sq9 - d'Ulcères digestifs

Sq10 - de Problèmes neurologiques

Sq11 - de Problème pulmonaire, tel qu'une bronchite chronique obstructive ou un emphysème

Sq12 - de cancer ou de leucémie

Sq13 - d'Autre problème grave de longue durée que nous n'avons pas mentionné

Sq 14 - d'un accident qui a nécessité une intervention médicale ou chirurgicale ?

À noter que toutes les échelles du SF-36, ont été utilisées ce qui permet de connaître les difficultés relatives aux activités quotidiennes telles que des difficultés pour faire des efforts physiques importants ou des efforts physiques modérés, faire ses courses ou encore la diminution des activités physiques en raison d'un mauvais état de santé, l'intensité des douleurs ainsi que leur incidence sur la vie sociale et professionnelle.

7 Tableau : Signification des scores des différentes échelles du SF-36

Nom des échelles		Score minimal	Score maximal
Activité physique	PF	Limitations importantes de toutes les activités physiques, y compris se laver ou s'habiller	Peut faire toutes sortes d'activités physiques, y compris celles qui demandent des efforts vigoureux
Limitations dues à l'état physique	RP	A des problèmes au travail et dans les activités de la vie quotidienne en raison de son état physique	N'a pas de problème au travail et dans les activités de la vie quotidienne en raison de son état physique
Douleurs physiques	BP	A des douleurs physiques très importantes	N'a pas de douleurs physiques qui aient des conséquences
Santé perçue	GH	Évalue son état de santé comme étant mauvais et s'aggravant	Évalue son propre état de santé comme excellent
Vitalité	VT	Sentiment de fatigue, d'épuisement permanent	Sentiment permanent de vitalité et d'être en pleine forme
Vie et relations avec les autres	SF	Difficultés importantes dans la vie normale de relations avec les autres en raison de problèmes physiques ou émotionnels	Pas de difficultés dans la vie normale de relations avec les autres en raison de problèmes physiques ou émotionnels
Santé psychique	MH	Sentiment permanent de nervosité, voire de dépression	Absence de sentiment de nervosité ou de dépression, impression d'être heureux
Limitations dues à l'état psychique	RE	A des problèmes au travail et dans les activités de la vie quotidienne en raison de son état psychique	N'a pas de problème au travail et dans les activités de la vie quotidienne en raison de son état psychique
Évolution de la santé perçue	HT	Beaucoup moins bon	Beaucoup mieux

#### II.4.3 - La transformation des échelles en indicateurs de besoin de soins en santé mentale et en psychiatrie

On a analysé les résultats des différentes échelles utilisées en fonction des normes qui sont proposées par la littérature :

- **Détresse psychologique** (4 dernières semaines) : cette échelle est positive si le score MH5 est  $\leq 56$
- **Gène pour une raison de santé mentale** -RE3 est positif si on a une réponse positive à une de trois questions (4 dernières semaines)
- **Absentéisme pour un problème de santé mentale** - Réduction des activités habituelles jusqu'à perdre d'une ou plusieurs journées de travail en raison de

l'état émotionnel ou de la consommation d'alcool ou de drogues (dernière année) : ce score ne peut être calculé que pour les personnes qui ont un emploi

### La Transformation du CIDI SF en diagnostic DSM IV

En ce qui concerne les variables diagnostiques la transformation est plus complexe : Le principe des instruments diagnostiques standardisés consiste en effet à poser les questions qui correspondent aux critères des classifications en l'occurrence le DSM IV, aux répondants en termes facilement compréhensibles, et à reconstituer avec des algorithmes la classification.

Nous prendrons pour exemple la construction de la variable dépression. Ainsi pour la dépression : épisode dépressif majeur les conditions sont les suivantes :

- ↳ Avoir une humeur dépressive ou de l'anhédonie pendant au moins 2 semaines de manière continue dans la journée et presque tous les jours
- ↳ Avoir quatre ou plus symptômes associés pendant la même période tels que troubles de sommeil, de l'appétit, culpabilité excessive, pensées de mort
- ↳ Avoir une gêne ou moins modérée dans un des quatre domaines évalués par l'échelle de Sheehan
- ↳ Ne pas avoir eu ces symptômes dans les suites immédiates (deux mois) d'un deuil si la durée n'a pas dépassé cette période

Les mêmes règles s'appliquent aux autres diagnostics dont les algorithmes sont présentés en annexe

A côté de la production des diagnostics spécifiques, les variables qui ont été compilées sont les suivantes

- **Diagnostic** - présence d'un ou plus des diagnostics (DSM IV) mesurés dans l'enquête dans la dernière année (présenté sous forme >1 diagnostic) en fonction d'algorithmes présentés plus loin dans le texte qui visent à reproduire les critères de la classifications
- **Diagnostic plus** : présence d'un ou plus des diagnostics (DSM IV) mesurés dans l'enquête dans la dernière année plus présence de détresse psychologique ou de gêne ou d'absentéisme pour un problème de santé mentale (présentée sous forme >1 diagnostic plus)
- **Diagnostic Abus/dépendance** alcool et/ou drogues : présence d'un diagnostic DSM IV abus ou dépendance alcool ou drogue l'année passée
- **>=2 Diagnostics**- La présence conjointe d'au moins deux diagnostics DSM IV mesurés dans l'enquête
- **Diagnostic comorbide (2)** - La présence d'une **comorbidité**, dans le sens de deux catégories de diagnostics : troubles anxieux, troubles dépressifs troubles de l'usage des substances ;par exemple, un diagnostic de troubles dépressifs et un problème de substances
- **Diagnostic sévère** -présence d'un des diagnostics DSM IV et d'un degré élevé de sévérité tel qu' évalué à partir du SDS (Sheehan Disability Scale)

dans quatre domaines de la vie quotidienne . Est qualifié ici de sévère un diagnostic pour lequel le score au SDS est supérieur ou égal à 28 soit un retentissement important dans tous les secteurs de la vie

Dans ce travail nous avons considéré comme un besoin de soins en santé mentale les premières catégories et nous avons considéré comme un besoin de soin en psychiatrie les deux dernières.

Cette position s'appuie sur de nombreux travaux qui considèrent que la comorbidité entre catégories de diagnostic est un élément de sévérité et sur le fait que les personnes qui ont été évaluées par l'échelle de Sheehan et qui présentent des scores  $\geq 28$  on atteint un niveau de sévérité qui correspond aux patients traités par des psychiatres en ambulatoire ou en hospitalisation

	Variable	Valeur Negative	Valeur Positive
		= 0	= 1
Screening humeur dépressive	F32H_scr	Q1=2 OR Q1=1 AND 3<=Q1=1 AND Q2<=2 AND Q3<=2	
<b>Critères</b>			
Symptômes :			
	Anédhonie	#s1_H Q61=2	Q61=1
	Modification de poids/d'appétit : c	#s2_H Q63=3 OR Q63<=2 AND Q(Q63<=2) AND (Q64a>=3)	
	Insomnies, ou hypersomnies	#s3_H (Q65=2 OR Q65=1 AND Q(Q65=1 AND Q66<=2) OR Q67=1	
>=	Modification de l'activ.psychomot	#s4_H (Q68=2 OR Q69=2) AND ((Q68=1 AND Q69=1) OR (Q70=1 AND Q71=1)	
A 4	Manque d'énergie, ou fatigue	#s5_H Q62=2	Q62=1
	S'être senti sans valeur ou coupé	#s6_H Q74=2 AND Q75=2	Q74=1 OR Q75=1
	Difficultés de concentration ou le	#s7_H Q72=3 AND Q73=3	Q72=1 OR Q73=1
	Pensées récurrentes de mort ou	#s8_H Q76=2	Q76=1
=>	Nombre de symptômes	F32H_sx	= #s1_H+#s2_H+#s3_H+#s4_H+#s5_H+#s6_H+#s7_H+#s8_H
>=	4	F32H_A F32H_sx < 4	F32H_sx >= 4
B	Absence des critères de l'épisode MIF32H_B	Q88=1	Q88 = 2
C	Altération du fonctionnement social, F32H_C	(Q78=0 AND Q77_0<4 AND (Q78>0 OR Q77_0>=4 OR Q77_1>=4 OR Q77_2>=4 OR Q77_3>=4	
D	Non dûs à une affection médicale gé F32H_D	Q85 = 1	Q85 = 2 OR Q85 = 3
E	Non directement lié à un DEUIL de n F32H_E	Q84_1 = 1 AND Q86 < 8	Q84_1 <> 1 OR 8<=Q86<60

Screening anhédonie (si non screening F32A_scr	Q4=2 OR Q4=1 AND 3<=Q4=1 AND Q5<=2 AND Q6<=2		
<b>Critères</b>			
Symptômes :			
	Anhédonie (1 par défaut)	#s1_A	
	Modification de poids/d'appétit : c	#s2_A Q90=3 OR Q90<=2 AND Q(Q90<=2) AND Q91a>=3	
	Insomnies, ou hypersomnies	#s3_A (Q92=2 OR Q92=1 AND Q(Q92=1 AND Q93<=2 OR Q94=1	
>=	Modification de l'activ.psychomot	#s4_A (Q95=2 OR Q96=2) AND ((Q95=1 AND Q96=1 OR Q97=1 AND Q98=1	
A 4	Manque d'énergie, ou fatigue	#s5_A Q89=2	Q89=1
	S'être senti sans valeur ou coupé	#s6_A Q101=2 AND Q102=2	Q101=1 OR Q102=1
	Difficultés de concentration ou le	#s7_A Q99=2 AND Q100=2	Q99=1 OR Q100=1
	Pensées récurrentes de mort ou	#s8_A Q103=2	Q103=1
=>	Nombre de symptômes	F32A_sx	= #s1_A+#s2_A+#s3_A+#s4_A+#s5_A+#s6_A+#s7_A+#s8_A
>=	4	F32A_A F32A_sx < 4	F32A_sx >= 4
B	Absence des critères de l'épisode MIF32A_B	Q115=1	Q115 = 2
C	Altération du fonctionnement social, F32A_C	(Q105=0 AND Q104_0<4 AND (Q105>0 OR Q104_0>=4 OR Q104_1>=4 OR Q104_2>=4 OR Q104_3>=4	
D	Non dûs à une affection médicale gé F32A_D	Q112=1	Q112=2 OR Q112=3
E	Non directement lié à un DEUIL de n F32A_E	Q111_1 = 1 AND Q113 < 8	Q111_1 <> 1 OR 8<=Q113<60

## Synthèse

Screening humeur dépressive OU anhé F32_scr	f32H_scr=0 AND f32A_scr=f32H_scr=1 OR f32A_scr=0
<b>Critères</b>	
Symptômes :	
Anhédonie	
Modification de poids/d'appétit : diminution ou augmentation	
Insomnies, ou hypersomnies	
>= Modification de l'activ.psychomotrice : agitation ou ralentissement	
A 4	Manque d'énergie, ou fatigue
S'être senti sans valeur ou coupable	
Difficultés de concentration ou lenteur de la pensée	

#### II.4.4 - La mesure de l'Utilisation du système de soin

La mesure des services de soins s'est faite de deux façons.

a) A la fin de chaque section diagnostique, des questions étaient posées sur l'utilisation des soins pour ce problème particulier et la nature de l'intervenant auprès de qui l'aide avait été recherché. Etaient aussi recherchées les consommations de médicaments, de drogues ou d'alcool.

b) A la fin du questionnaire une section était consacrée à l'utilisation des soins : à partir de la question suivante :

« Avez-vous déjà consulté dans les douze derniers mois pour des problèmes émotifs, nerveux ou des problèmes de consommation d'alcool et de drogue... ».

Une liste décline huit intervenants possibles dont le médecin généraliste/médecin de famille, les divers spécialistes de la santé mentale (psychiatre, psychothérapeute ou psychologue) et d'autres intervenants n'appartenant pas au système de santé *stricto sensu* (travailleur social, guérisseur, prêtre...).

S'en suivent des questions concernant l'utilisation des services des urgences hospitalières, de centres médico-psychologiques, de centres de crise, de groupes d'entraide comme par exemple les alcooliques anonymes, d'un organisme communautaire ou d'une hospitalisation en service de jour ou de nuit d'un établissement de santé.

Des questions sont aussi posées sur les psychothérapies, sur le statut du psychothérapeute (psychiatre, psychanalyste, psychologue, médecin autre qu'un psychiatre...), sur leur fréquence, sur leur durée en individuelle ou de groupe.

Enfin des questions concernent les traitements psychotropes avec une présentation de liste de produits par classes de psychotropes qui ont pu être reçus pour ces problèmes de santé mentale durant les douze derniers mois.

Dans ce travail l'utilisation des soins pour les problèmes a combiné les réponses à chacune des sections diagnostiques avec celle de la question spécifiquement demandée à ce sujet afin de couvrir tous les recours aux soins pour les problèmes de santé mentale que la personne les ait reconnu comme tels ou pas.

La combinaison des différents intervenants permet de construire différentes catégories dont

- ↳ Les intervenants en psychiatrie c'est-à-dire psychiatre et psychothérapeutes non médecins
- ↳ Les médecins non psychiatres qui regroupent les médecins généralistes et les spécialistes non psychiatres.
- ↳ Le médecin généraliste utilisé exclusivement c'est-à-dire sans aucun intervenant de psychiatrie
- ↳ L'intervention d'un intervenant quel qu'il soit c'est-à-dire tous les intervenants du système formel

On a présenté séparément les recours à des intervenants des recours à des structures ce qui signifie que le psychiatre peut avoir été consulté en libéral ou dans le secteur.

On a aussi identifié les soins extrahospitaliers et intra hospitaliers ainsi que ceux qui étaient prodigués par le secteur psychiatrique.

#### II.4.5 – Définition des variables du recours au système de soins

##### II.4.5.1 - Recours auprès d'un professionnel

**Médecin généraliste** : avoir consulté un médecin généraliste les 12 derniers mois pour un problème de santé mentale

**Médecin généraliste ou spécialiste non psychiatre** : avoir consulté un médecin qui ne soit pas un psychiatre les 12 derniers mois pour un problème de santé mentale

**Psychothérapeute non médecin** : avoir consulté un psychologue ou un psychothérapeute, qui ne soit ni médecin ni psychologue, les 12 derniers mois pour un problème de santé mentale

**Psychiatre** : avoir consulté un psychiatre les 12 derniers mois pour un problème de santé mentale

**Au moins un intervenant psy** : avoir consulté un psychologue ou un psychothérapeute, qui n'était ni médecin ni psychologue, ou un psychiatre les 12 derniers mois pour un problème de santé mentale

**Un de ces intervenants** : avoir consulté un médecin généraliste ou spécialiste non psychiatre ou un psychologue ou un psychothérapeute, qui n'était ni médecin ni psychologue, ou un psychiatre ou une assistante sociale ou infirmière ou un autre intervenant les 12 derniers mois pour un problème de santé mentale

**Médecin généraliste exclusif** : avoir consulté un médecin généraliste et ne pas avoir consulté un intervenant psy ou une assistante sociale ou une infirmière ou un autre intervenant les 12 derniers mois pour un problème de santé mentale

##### II.4.5.2 - Recours auprès des structures

**Consultation externe hospitalière** : avoir une consultation externe à l'hôpital pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou des problèmes de consommation de d'alcool ou de drogues

**Urgence** : avoir été en urgence à l'hôpital pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues

**Extrahospitalière (CMP...)** : s'être adressé à une structure externe (CMP, hôpital de jour, CATTP) pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues



**Cure de désintoxication** : avoir suivi une cure de désintoxication pour des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues

**Hospitalisation pour problèmes psychologiques ou de substances** : avoir eu une hospitalisation tous services pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues

**Hospitalisation PMSI** : avoir eu une hospitalisation en services spécialisés (PMSI)

**Services sectorisés** : utilisation d'un service sectorisé pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou des problèmes de consommation de d'alcool ou de drogues

#### II.4.5.3 - Recours auprès du système informel

**Ligne d'aide ou d'écoute** : avoir téléphoné à une ligne d'aide ou d'écoute pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues

**Groupe d'entraide** : s'être adressé au cours des 12 derniers mois à un groupe d'entraide pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues

**Total self help** : avoir téléphoné à une ligne d'aide ou d'écoute ou s'être adressé au cours des 12 derniers mois à un groupe d'entraide pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues

**Culte** : avoir consulté un prêtre, un pasteur ou autre officier du culte au cours des 12 derniers mois pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues

**Médecine douce** : avoir consulté un spécialiste des médecines douces qui n'est pas un médecin pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues

**Secteur informel** : avoir téléphoné à une ligne d'aide ou d'écoute ou s'être adressé au cours des 12 derniers mois à une structure externe type CMP ou avoir consulté un prêtre, un pasteur ou autre officier du culte au cours des 12 derniers mois pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues

**Secteur informel seul** : s'être adressé au secteur informel seulement, et pas à un intervenant professionnel ou à une structure

#### II.4.6 – L'organisation du questionnaire en deux parties : screening et questionnaire complet

Toutes les questions d'entrée ont été posées à la suite dans une partie dite de screening. Dès lors que l'interviewée répond positivement à une question, elle est invitée à répondre aux questions d'une ou des section(s) la concernant. À l'inverse, la personne ayant répondu négativement à l'ensemble des questions d'entrée ne sera pas concernée par les différentes sections diagnostiques du questionnaire.

Cependant étant donné notre cadre conceptuel, nous avons aussi cherché les besoins en santé mentale c'est à dire ceux de personnes qui présentaient une détresse psychologique sans nécessairement se qualifier pour un diagnostic ou encore celles qui vivaient de grosses difficultés même sans présenter de symptômes de l'un ou l'autre de ces registres.

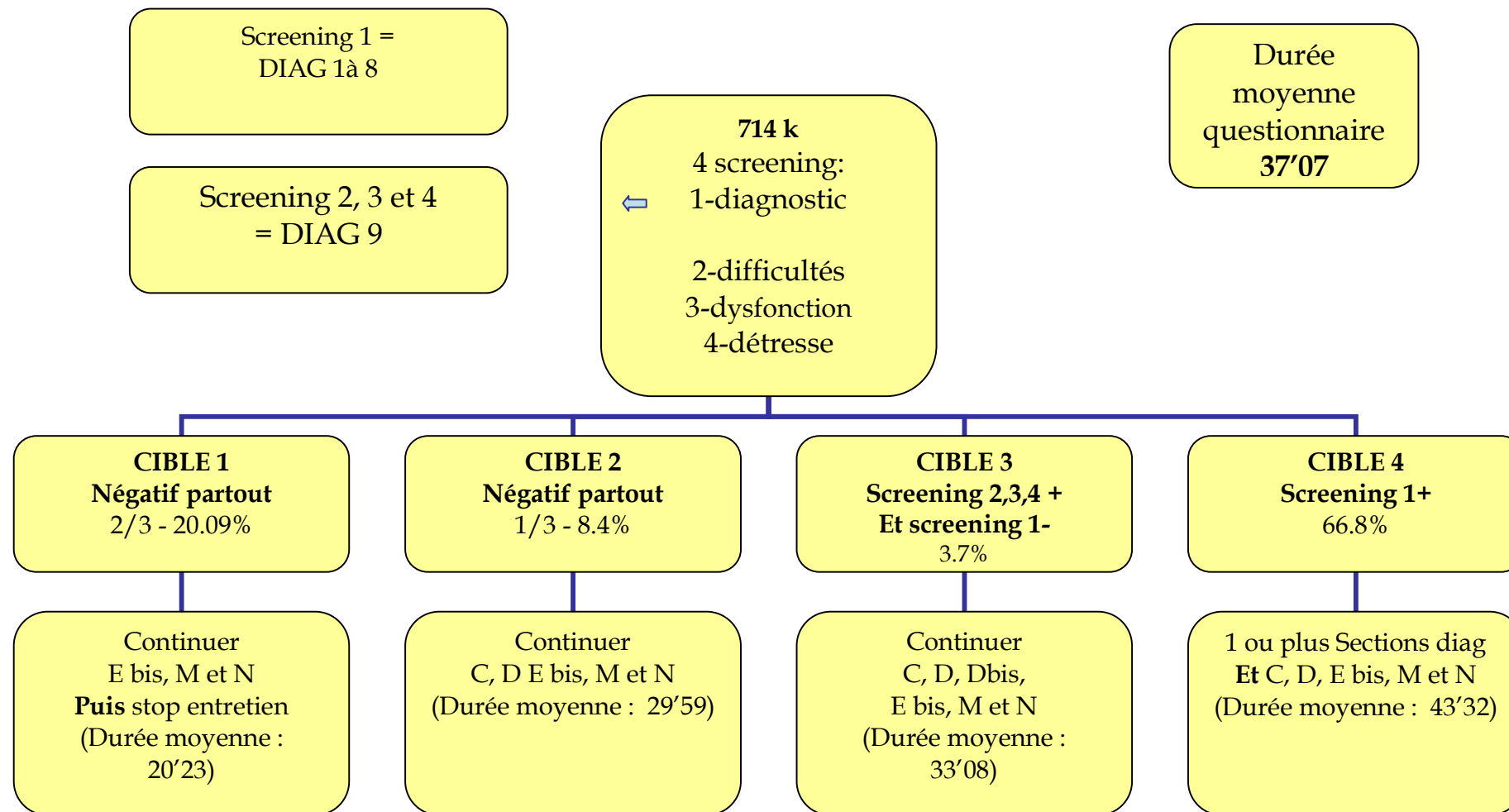
Le questionnaire a été divisé en sections. Les sections A et N correspondent aux questions sur les données sociodémographiques ; étant donné l'importance quantitative de cette section elle a été posée en deux parties en début et fin d'interview. Viennent ensuite la section B est dite de screening tandis que les sections de E à L correspondent aux différents diagnostics et que la section M correspond à l'utilisation des soins pour un problème de santé mentale d'alcool ou de drogue. A noter une section particulière sur la suicidalité posée à tous.

- 1 **Section A** : Critères d'éligibilité et participation
- 2 **Section N** : 1ère partie Données socio-démographiques
  - Question d'entrée pour chacun des diagnostics
  - Personne à risque c'est-à-dire qui vit des difficultés majeures
  - Présence d'une détresse psychologique (MH5 <56)
- 8 **Section C** = La santé physique et les handicaps
- 9 **Section D** = Le profil psychologique
- 10 **Section D bis** = Le retentissement et consultations Détresse psychologique
- 11 **Section E** = La dépression
- 12 **Section E bis** = Le suicide
- 13 **Section F** = Les phobies
- 14 **Section G** = Les épisodes de panique
- 15 **Section H** = L'anxiété généralisée
- 16 **Section I** = Les TOC
- 17 **Section J** = La névrose post traumatique
- 18 **Section K** = L'alcool
- 19 **Section L** = Les drogues
- 20 **Section M** = La consommation des services
- 21 **Section N** : deuxième partie Données socio-démographiques

Un autre élément était aussi à prendre en compte ; fort heureusement un certain nombre de personnes répondent négativement à toutes les questions du screening et elles sont la majorité. Cependant dans une enquête sur les besoins de soins en santé mentale et en psychiatrie toutes ces personnes sans symptômes n'apportent pas beaucoup d'information alors qu'on préfère consacrer du temps aux personnes qui ont des besoins.

Pour maximiser l'intérêt des informations recueillies, on a mis en place une sorte de philtre qui fait que parmi les personnes qui sont négatives à toutes les questions sur screening on propose un entretien raccourci aux 2/3 d'entre elles pour ne conserver qu'un tiers auxquelles l'entretien complet est proposé comme il l'est bien sur à toutes les personnes positives au screening qu'il s'agisse d'une question diagnostic, de détresse psychologique ou d'un facteur de risque. Cela aboutit au diagramme suivant :

### 4 cibles distinctes



On y remarque qu'en fait de nombreuses personnes ont répondu positivement à une question d'entrée et que rares sont les personnes qui ont des facteurs de risque ou de la détresse et ne correspondent pas à cette catégorie. On voit aussi l'efficacité de la méthode qui permet de consacrer le plus de temps aux personnes qui ont des symptômes.

## II.5 - Un suivi hebdomadaire

La firme, qui a réalisé l'enquête, a transmis chaque semaine à l'équipe de recherche un suivi précis des réponses permettant de suivre la progression du travail de terrain et les taux de réponse par catégories.

Le tableau ci dessous permet de connaître les différentes catégories de réponse dont les numéros hors cible, les taux de refus par ménage puis par individu.

6. Tableau : Exemple d'un tableau de suivi des appels

		TOTAL	IDF			HAUTE NORMANDIE			LORRAINE			RHONE-ALPES		
			TOT	LB	LR	TOT	LB	LR	TOT	LB	LR	TOT	LB	LR
<b>A</b>	fichier téléphone	10650	2351	2351	0	2718	2718	0	2808	2808	0	2773	2773	0
<b>B</b>	Contacts téléphonique en cours (RDV, Occupés... )	4405	1008	1008	0	1090	1090	0	1153	1153	0	1154	1154	0
<b>(C)</b>	base utilisée	1537	322	322	0	420	420	0	423	423	0	372	372	0
<b>D</b>	Numéros Hors cibles (collectivité, Faux n°s... )	603	135	135	0	158	158	0	157	157	0	153	153	0
<b>(D)</b>	Total ménages contactables	934	187	187	0	262	262	0	266	266	0	219	219	0
<b>E</b>	Foyers non éligibles	40	9	9	0	13	13	0	7	7	0	11	11	0
<b>(E)</b>	Total ménages interrogeables	894	178	178	0	249	249	0	259	259	0	208	208	0
<b>(F)</b>	Taux de refus ménage %	7,27	8,43	8,43	0	10,04	10,04	0	4,25	4,25	0	6,73	6,73	0
<b>(F)</b>	Total ménages participants	829	163	163	0	224	224	0	248	248	0	194	194	0
<b>(G)</b>	Individus hors champ	19	2	2	0	5	5	0	3	3	0	9	9	0
<b>(G)</b>	Total individus sélectionnés	810	161	161	0	219	219	0	245	245	0	185	185	0
<b>H</b>	Interviews impossibles (absent longue durée, Incapacité.. )	43	11	11	0	12	12	0	14	14	0	6	46 6	0

		TOTAL	IDF			HAUTE NORMANDIE			LORRAINE			RHONE-ALPES		
<b>(H)</b>	Total individus interrogeables	767	150	150	0	207	207	0	231	231	0	179	179	0
<b>(IT)</b>	Total refus individus	38	10	10	0	5	5	0	13	13	0	10	10	0
<b>(IP)</b>	Taux de refus individus	4,95	6,67	6,67	0	2,42	2,42	0	5,63	5,63	0	5,59	5,59	0
<b>(I)</b>	Total individus enquêtés	729	140	140	0	202	202	0	218	218	0	169	169	0
<b>(Q)</b>	Taux d'abandon en cours de Questionnaire (%)	2,06	5,71	5,71	0	0,99	0,99	0,	0,46	0,46%	0	2,37	2,37	0
<b>R</b>	Questionnaires réalisés	714	132	132	0	200	200	0	217	217	0	165	165	0
<b>P1</b>	Taux de refus global (%)	12,23	15,09	15,09	0	12,46	12,46	0	9,87	9,87	0	12,32	12,32	0
<b>P2</b>	Taux de refus global + abandon (%)	14,28	20,81	20,81	0	13,45	13,45	0	10,33	10,33	0	14,68	14,68	0

## II.6 - Gestion des incapables de répondre

Le suivi de ces tableaux a fait préciser la nature des non réponses par ménage puis par individus des personnes dites « incapables de répondre » pour une raison qui n'était ni linguistique ni du fait d'une absence au foyer.

Nous avons donc établi une codification

1) pour les ménages dans lesquels on n'arrivait pas à joindre une personne « capable de répondre » en insistant pour qu'au moins six appels soient faits afin de tenter de joindre au moins une personne à ce numéro avec qui le dialogue aurait été possible.

Les codes étaient les suivants:

§1 -personne âgée qui a du mal à entendre

§2 -personne qui ne comprend pas les questions ni de quoi il s'agit

§3 -personne incohérente qui tient des propos bizarres

§4 -personne qui semble sous l'effet de l'alcool ou d'une drogue

§5- personne avec une maladie physique qui l'empêche de parler longtemps au téléphone

§6 - Autres cas : noter en clair

Nous avons estimé que les personnes des catégories 2,3 et 4 étaient potentiellement des personnes qui pouvaient avoir des problèmes de santé mentale mais que notre méthodologie ne permettait pas de détecter adéquatement dans la mesure où elle implique un interview qui n'est pas destiné à évaluer les troubles les plus sévères de type psychotique.

2) Non seulement il pouvait arriver que l'interviewer ne trouve aucune personne avec qui conduire l'entretien dans le ménage mais il arrivait qu'une fois que la sélection de la personne à interviewer soit faite celle-ci ne puisse être interrogée.

Ceci pouvait être parce qu'elle était absente et dans ce cas nous avons vérifié s'il ne s'agissait pas d'une raison médicale en particulier d'une hospitalisation pour un problème de santé mentale.

Si cela était le cas ou si la personne était présente mais n'était pas capable de répondre pour une raison qui n'était pas une impossibilité physique, une absence pour une raison qui n'était pas en rapport avec sa santé ou la non compréhension du français, nous avons posé des questions à la personne que nous avons au téléphone au sujet de la personne qui avait été sélectionnée et ne pouvait répondre.

Ces questions étaient les suivantes :

- Q1 . Est-ce que cette personne a déjà souffert de dépression, c'est-à-dire s'est-elle sentie si déprimée qu'elle mangeait à peine, ne pouvait plus travailler ou faire ses activités habituelles et ceci pendant une période de quelques semaines ou quelques mois ? 18.8%
- Q2 . Cette personne a-t-elle causé des problèmes à son entourage parce pendant une période de 2 semaines ou plus, elle est soudainement devenu très actif (ve) jour et nuit, elle semblait ne pas avoir besoin de repos et elle parlait beaucoup plus que d'habitude ? 9.4%

- Q3 Cette personne a-t-elle eu une maladie qui a duré plus de 6 mois pendant laquelle elle avait des visions, entendait des voix ou pensait que des gens l’espionnaient ou complotaient contre lui ? 4.5%
  - Q4 Cette personne souffre t-elle d’une diminution des facultés intellectuelles telle qu’elle est incapable d’accomplir les rôles sociaux habituels ? 37.6%
  - Q5. Cette personne a t-elle déjà eu un problème avec l’alcool au point que cela a posé des problèmes à son travail et avec sa famille 4.5%
  - Q6. Cette personne a t-elle déjà eu un problème de drogue au point que cela a posé des problèmes à son travail et avec sa famille ? 0.7%
  - Q7. Et au cours des 12 derniers mois, vous êtes vous rendu à un hôpital ou une clinique pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou encore des problèmes de consommation d’alcool ou de drogue ? 4.5%
- Si Q7 = 1, poser Q8*
- Q8. Etait-ce en clinique privée, centre hospitalier spécialisé en psychiatrie ou en hôpital général ? N=13  
 en clinique privée 15.4%  
 en centre hospitalier spécialisé en psychiatrie 53.8%  
 en hôpital général 38.5%  
 (Autres structures)
  - Q9. Au cours des 12 derniers mois a-t-elle pris des médicaments pour des problèmes psychologiques psychiatriques, d’alcool ou des drogues ? 8%

## II.7 - Résultats concernant l’échantillon

### II.7.1 – Taux de réponse

Au total, 59 836 numéros ont été appelés. Ils se décomposent de la manière suivante :

7. Tableau : Présentation du nombre de numéros appelés

Nombre de numéros appelés	Remarques
21 224	Entreprises, collectivités, fax, non attribués
38 612	Ménages contactables
406	Non francophones
5 561	Injoignables après 15 tentatives (y compris répondeurs et occupés)
248	Injoignables
4 154	Refus ménages
28 243	Ménages éligibles pour tirage au sort d’un individu Kish
1 357	Individus hors champ (mineur, résidence secondaire, non francophone)
2 795	Injoignables après 15 appels
1 312	Impossibles (503 absents de longue durée sans raison médicale, 107 autres, 702 incapables de répondre candidats proxis (287 réalisés))
2 109	Refus
5	Annulés
<b>588</b>	<b>Abandons en cours de questionnaire</b>



Le taux de réponse est **65.6%** si on considère que les personnes qui n'ont pu être jointes après les 15 appels n'étaient dans notre échantillon et de **55.5%** si on considère que ces non réponses sont des refus déguisés et doivent être considérés comme tels. Le tableau suivant montre les résultats détaillés suivant les types de numéros par région

8. Tableau : de répartition des réponses

	Global	ILE DE FRANCE			HAUTE - NORMANDIE			LORRAINE			RHONE - ALPES		
		TOT	LB	LR	TOT	LB	LR	TOT	LB	LR	TOT	LB	LR
fichier téléphone	59836	17748	8341	9407	13654	7515	6139	13295	7470	5825	15139	8399	6740
base utilisée	59836	17748	8341	9407	13654	7515	6139	13295	7470	5825	15139	8399	6740
Ménages éligibles	32351	8544	5863	2681	7959	6218	1741	7606	6144	1462	8242	6623	1619
Taux de refus ménage	12.70%	13.30%	10.03%	20.44%	14.06%	12.43%	19.87%	10.69%	9.44%	15.94%	12.62%	11.17%	18.53%
Ménages participants	28238	7408	5275	2133	6840	5445	1395	6793	5564	1229	7202	5883	1319
Individus éligibles	27233	7225	5154	2071	6566	5230	1336	6649	5449	1200	6800	5562	1238
Individus interrogeables	23188	5641	4095	1546	5735	4626	1109	5659	4663	996	5659	4699	960
Questionnaires proxis	287												
Taux de refus individus	10.88%	8.44%	7.25%	11.58%	10.08%	9.40%	12.89%	8.57%	7.96%	11.45%	8.54%	7.90%	11.67%
Individus enquêtés	20670	5165	3798	1367	5157	4191	966	5172	4290	882	5176	4328	848
Taux d'abandon en cours de question.	2.84%	2.98%	3.11%	2.63%	2.87%	2.65%	3.83%	2.78%	2.80%	2.72%	2.74%	2.66%	3.18%
<b>Interviews réalisées</b>	<b>20077</b>	<b>5011</b>	<b>3680</b>	<b>1331</b>	<b>5007</b>	<b>4078</b>	<b>929</b>	<b>5026</b>	<b>4169</b>	<b>857</b>	<b>5033</b>	<b>4212</b>	<b>821</b>
<b>Taux de refus global</b>	<b>23.70%</b>	<b>21.60%</b>	<b>17.12%</b>	<b>31.98%</b>	<b>24.03%</b>	<b>21.71%</b>	<b>32.71%</b>	<b>19.12%</b>	<b>17.26%</b>	<b>27.23%</b>	<b>21.05%</b>	<b>18.94%</b>	<b>30.21%</b>
<b>refus global abandon</b>	<b>26.55%</b>	<b>24.59%</b>	<b>20.22%</b>	<b>34.61%</b>	<b>26.90%</b>	<b>24.36%</b>	<b>36.54%</b>	<b>21.90%</b>	<b>20.05%</b>	<b>29.95%</b>	<b>23.80%</b>	<b>21.60%</b>	<b>33.39%</b>

## II.7.2 - Taux de réponses des mono équipés portables

9. Tableau : Taux de réponse sur l'échantillon national monoéquipé portable

	<b>Global</b>
fichier téléphone	39649
base utilisée	39649
Individus enquêtes	27091
Individus Hors champ	14459
Dont : Age <18 ans	1181
Dont : Non exclusif mobile	12734
Individus sélectionnés	12632
Individus acceptant l'entretien	3684
Taux de refus individus apres acceptation	41.53%
Individus enquêtés	2154
Taux d'abandon en cours de questionnaire	4.32%
<b>Interviews réalisées</b>	<b>2061</b>
<b>Taux de refus global + abandon apres acceptation</b>	<b>45.85%</b>

Le taux de réponses des personnes mono équipées portables a été beaucoup moins bon ; d'une part il a été difficile d'obtenir que les personnes acceptent l'entretien étant donné la complication de l'utilisation d'un portable qui devait avoir ses batteries rechargées et du lieu qui devait être approprié pour répondre. Bien entendu on proposait à ces personnes de les rappeler au moment de leur choix mais dans les faits presque la moitié des personnes ayant accepté n'ont plus été jointes ou ont refusés amenant à un taux globale de 16 ;3% de réponses.

On aboutit donc au tableau résumé suivant

	<b>Nombre Global</b>	Région Ile de France	Région Haute Normandie	Région Lorraine	Région Rhône	<b>Mobile (national)</b>
Interviews réalisées	20077	5011	5007	5026	5033	2061
Taux de réponse	62.7% (54.4%)	56.3% (46.2%)	64.5% (57.8%)	66.5% (59.5%)	63.5% (54.3%)	16.3%

## II.8 - Les résultats sur les incapables de répondre

### II.8.1 - Les ménages incapables de répondre

Dans cette enquête 248 Ménages sélectionnés par hasard ont été contactés pour les quels le dialogue était impossible, la sélection avec l'interviewé n'a donc pas pu être faite. Nous avons alors demandé à la firme d'augmenter les nombres d'appel pour augmenter les

chances de trouver une personne avec qui le dialogue aurait été possible puis nous leur avons demandé de coder les réponses comme suit.

10. Tableau : Les ménages incapables de répondre

	Global	ILE DE FRANCE			HAUTE - NORMANDIE			LORRAINE			RHONE - ALPES		
		TOT	LB	LR	TOT	LB	LR	TOT	LB	LR	TOT	LB	LR
Foyers non francophones	406	168	128	40	38	31	7	127	106	21	73	58	15
Foyer injoignables (après 15 tentatives)	5566	2396	1170	1226	898	411	487	876	399	477	1345	701	644
Ménages francophones non joignables	248	87	63	24	77	66	11	99	89	10	77	71	6

La sélection avec l'interviewé n'a pas pu être faite, le dialogue est impossible. motif de dialogue impossible (248):

- 1 -personne âgée qui a du mal à entendre (108)
- **2 -personne qui ne comprend pas les questions ni de quoi il s'agit (75)**
- **3 -personne incohérente qui tient des propos bizarres (20)**
- **4 -personne qui semble sous l'effet de l'alcool ou d'une drogue (1)**
- 5- personne avec une maladie physique qui l'empêche de parler longtemps au téléphone (23)
- 6 - Autres cas (21) : noter en clair (personnes âgées en fin de vie, personnes difficilement audibles...)

Parmi ces raisons les raisons 2,3 et 4 nous ont semblé potentiellement en relation avec un problème sévère de santé mentale.

#### *II.8.2 - individu sélectionné incapable de répondre*

Non seulement on pouvait sélectionner des ménages dans lesquels on ne trouvait personne en état de répondre mais encore la personne sélectionnée pouvait aussi être dans cette catégorie.

Dans ce cas il était alors possible de chercher à en connaître la raison auprès du répondant non sélectionné pour vérifier si cette impossibilité était due à une raison qui aurait été en rapport avec un problème de santé mentale.

Les raisons de cette impossibilité ont été codées de la manière suivante :

**Cas n° 1 : La personne sélectionnée est INJOIGNABLE pendant la durée de l'étude : 617**

1. Absence longue durée pour une raison qui n'est pas liée à la santé (physique ou mentale) – 503

2. Absence longue durée pour une raison liée à la santé (ex : injoignable car à l'hôpital .... ) = Interview avec un autre membre du foyer sur l'individu sélectionné 7

3. Autre raison = 107

**Cas n° 2 : La personne sélectionnée est en dans l'impossibilité MENTALE, PHYSIQUE OU LINGUISTIQUE de réaliser l'étude : 1047 sujets**

Les raisons de ce type d'impossibilité sont les suivantes

1. La personne sélectionnée ne parle pas couramment le français - on arrête l'interview 352

2. La Personne sélectionnée est en incapacité physique ou mentale = Interview avec un autre membre du foyer sur l'individu sélectionné 695

	Global	ILE DE FRANCE			HAUTE - NORMANDIE			LORRAINE			RHONE - ALPES		
		TOT	LB	LR	TOT	LB	LR	TOT	LB	LR	TOT	LB	LR
Individus injoignables (après RDV et 15 appels réalisés)	2785	1042	667	375	487	332	155	556	414	142	700	512	188
Interviews impossibles (absent longue durée, incapacité physique, mentale ou linguistique)	1754	540	391	149	342	271	71	433	371	62	439	350	89

Pour toutes les personnes dont la non participation pouvait être due à leur état de santé mentale, soit environ 702 personnes, on a posé à un informateur (dit prox) des questions destinées, non pas à porter un diagnostic, mais à évaluer grossièrement la présence probable d'un problème psychiatrique sévère. Ceci a été fait à partir de questions simples décrivant les symptômes les plus apparents de ces divers problèmes . 287 entretiens ont été réalisés de cette façon dont on a pu extrapoler les réponses aux 702 personnes qui se trouvaient susceptibles de présenter de tels problèmes.

↳ Parmi les 287 prox réalisés:

- 50.2% des individus ont au moins un problème de santé mentale (144 personnes)
- 18.8% de dépressifs
- 9.4% de maniaques
- 4.5% de schizophrènes
- 37.6% de personnes diminuées intellectuellement
- 4.5% de dépendance à l'alcool
- 0.7% de dépendance à la drogue
- 4.5% d'hospitalisation pour des problèmes psychiatriques
- 8% de prise de médicaments pour des problèmes psychiatriques, psychologiques, d'alcool ou de drogue

Après extrapolation aux 702 incapables de répondre on devra ajouter aux résultats notre estimation du nombre des personnes souffrant d'un problème de santé mentale parmi les incapables de répondre (ménages + individus) soit au total 454 personnes qui représentent 1.5% de l'échantillon dont 37.6% de déficients mentaux.

Ceci signifie qu' 1% des personnes de notre échantillon souffraient d'un problème de santé mentale sévère et handicapant que nous n'avons pu évaluer par notre méthode car ils ont fait partie de la catégorie des incapables de répondre.

## **II.9 - Comparaison téléphones portables / mono équipées filaires**

Comme on pouvait s'y attendre les profils démographiques des porteurs de téléphones filaires sont différents de ceux qui n'ont que des téléphones portables.

Parmi les monoéquipés portables, nous constatons une plus grande proportion d'hommes et plus particulièrement de jeunes âgés de moins de 34 ans et une plus faible proportion (1,5%) de personnes âgées de 60 ans et plus. Il n'y a pas de différence significative pour les autres tranches d'âge.

En conséquence on trouve une plus faible proportion de retraités parmi les monoéquipés et deux catégories sont surreprésentées : les étudiants et les demandeurs d'emploi majoritairement âgés de moins de 34 ans étant célibataires. Une grande majorité d'entre eux vit dans des logements à loyer modéré.

A l'inverse concernant les téléphones filaires, les femmes sont surreprésentées (57,7%). 24,6% des personnes détentrices d'un téléphone filaire sont âgées de 60 ans et plus. Les possesseurs de filaire vivent plus souvent en couple.

D'où, deux « profils » particuliers pour l'utilisateur monoéquipé :

- Jeune adulte actif, locataire du parc immobilier privé, tranches de revenus du foyer moyennes ou supérieures
- Personne de plus de 35 ans inactive, née en Afrique, tranches de revenus basses vivant en logement social

## **II.10 - Méthodologie statistique**

### *II.10.1 - Le redressement de l'échantillon filaire<sup>2</sup>*

L'enquête a comporté quatre échantillons issus de l'Île de France, de Haute Normandie, de Lorraine et de Rhône Alpes soit 20077 individus.

#### **II.10.1.1 - La pondération**

Comme pour toute enquête réalisée en aléatoire, la variable de Pondération intègre la prise en compte de la probabilité de sélection de l'individu. Chaque questionnaire prenant un poids de départ égal au nombre de personnes éligibles dans le ménage.

#### **II.10.1.2 - Le redressement**

Le redressement de l'échantillon a porté sur les variables suivantes :

---

<sup>2</sup> Partie réalisée par Élodie Carmona

- Sexe / Age / PCS Chef de famille / Catégorie de Commune et Département pour chacune des 4 Régions individuellement.

La variable de pondération dont les dimensions sont décrites ci-dessus a servi de poids de départ pour un redressement de type RAS (Raking Adjusted Statistics). Cette méthode consiste en un ajustement itératif à la proportionnelle sur chaque marge jusqu'à stabilisation de résultat. Ce redressement a été réalisé avec le logiciel COSI ® de la société Statiro.

### *II.10.2 – L'intégration des monoéquipés portables*

Dans le cadre de notre enquête, les interviews d'individus mono équipés mobiles ont été conduites sur un échantillon national de 2061 personnes. Parmi ces interviews, 371 concernaient des individus résidant en Ile-de-France, 181 en Rhône-Alpes, 83 en Lorraine et 65 en Haute-Normandie.

Pour obtenir le fichier de travail, il nous a donc fallu, pour chaque région, procéder à la fusion des deux fichiers « mono équipé mobile » et « filaire ». Pour cela, nous avons fondé notre démarche sur les données de l'enquête cadre de vie et sécurité 2005 de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), qui nous a fourni en particulier la proportion d'individus mono équipés mobiles dans chaque Zone d'Études et d'Aménagement du Territoire (ZEAT). Ainsi cette enquête de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) indique-t-elle que la proportion d'individus de plus de 18 ans mono équipés mobiles est de 10% en Ile-de-France, 8,9% en Rhône-Alpes, 11,3% en Lorraine et 10,3% en Haute-Normandie.

Pour chaque région, il a été appliqué une pondération spécifique aux individus mono équipés mobiles afin de tenir compte de ces taux, lors de la fusion avec le fichier filaire. Ce poids était de 1,5 pour les individus mono équipés mobiles vivant en Ile-de-France et 2,9 pour les interviews de Rhône-Alpes, soit des valeurs statistiquement raisonnables. En revanche, étant donné les faibles effectifs du fichier mono équipés mobiles en Lorraine et Haute-Normandie (respectivement 83 et 65 pour 5087 et 5070 filaires), il aurait fallu, dans le cas de ces deux régions, attribuer un poids d'environ 7 aux individus mono équipés mobiles.

Il nous a semblé excessif d'appliquer une telle pondération. Par conséquent, une méthodologie spécifique a été adoptée à la région Lorraine et Haute-Normandie. Dans un premier temps, nous avons ôté du fichier mono équipé les personnes résidant en Ile-de-France et en Rhône-Alpes, puis, sur l'échantillon de 1509 ainsi obtenu, nous avons comparé les résultats concernant les différents indicateurs entre la Lorraine et le reste de l'échantillon, puis nous avons fait de même concernant le Haute-Normandie. Nous n'avons pas, à une exception près, retrouvé de différence significative, tant concernant les prévalences des différents troubles que concernant l'utilisation du système de soin. Dès lors, il a été possible d'intégrer ce nouvel échantillon de mobiles, d'une part à l'échantillon de la région Lorraine et d'autre part à l'échantillon de la région Haute-Normandie avec des pondérations de 0,38 et 0,43 respectivement.

### II.10.3 - Analyses et logiciel utilisés<sup>3</sup>

**Test du Chi2** : il est utilisé pour étudier la liaison entre deux variables qualitatives. Dans le cas du croisement entre un diagnostic codé en binaire (présence du diagnostic oui/non) et de la région d'habitation, l'hypothèse testée peut s'écrire de la façon suivante :

$$H_0 : PR1 = PR2 = PR3 = PR4$$

« Les proportions de personnes présentant le diagnostic sont équivalentes par région »

$$H_1 : PR1 \neq PR2 \neq PR3 \neq PR4$$

« Les proportions de personnes présentant le diagnostic ne sont pas équivalentes par région »

Au terme de ce test, on accepte ou on rejette l'hypothèse  $H_0$  en observant la valeur de la significativité. Si  $p\text{-value} > 0,05$  on accepte  $H_0$ , si  $p \leq 0,05$  on rejette  $H_0$ . 0,05 correspond au risque d'erreur, noté  $\alpha$ .

**Significativité ou P-Value ou degré de signification (souvent noté p)** : permet de quantifier la force de notre conviction. Il est égal à la probabilité d'observer (si  $H_0$  est vraie) un écart avec la valeur du paramètre fixée par l'hypothèse nulle au moins aussi grand que celui constaté sur l'échantillon. Si  $PH_0=30\%$  et si on observe sur un échantillon de 100 personnes  $p=50\%$ , l'écart avec  $PH_0$  est de 20%. Dans ce cas, le degré de signification vaut  $10^{-5}$ .

Si on avait observé 40%, on aurait trouvé  $p = 0,03$ . Dans les 2 cas, la différence est significative au risque 5% ; mais le degré de signification  $p$  indique qu'elle le serait restée dans le premier cas (et pas dans le second) si le risque d'erreur avait été fixé à  $10^{-5}$ .

**Risque d'erreur  $\alpha$**  : Comme toute décision, la conclusion d'un test statistique est sujette à erreur. L'erreur de première espèce notée  $\alpha$  consiste à rejeter l'hypothèse  $H_0$  alors qu'elle est vraie. La valeur de 5% est celle qui est habituellement choisie pour  $\alpha$  comme limite au-delà de laquelle on convient de rejeter  $H_0$ . Cela signifie que si  $H_0$  est vraie, 5% des échantillons conduiront à rejeter à tort cette hypothèse.

Remarque : il faut bien comprendre la différence entre le risque d'erreur  $\alpha$  et le degré de signification  $p$ . Le risque d'erreur est une caractéristique du texte qui fixe le pourcentage de cas où on conclura au rejet de  $H_0$  alors que  $H_0$  est vraie. Le degré de signification est attaché à un échantillon particulier (il y a autant de degré de signification que d'échantillons différents). Il mesure, d'une certaine manière, l'écart entre cet échantillon et l'hypothèse  $H_0$ . On conclut au rejet de  $H_0$  à partir des observations faites sur un échantillon si le degré de signification est plus petit que le risque  $\alpha$ .

**Intervalle de confiance à 95%** : calculé à partir de la moyenne et de l'écart type d'un échantillon, l'intervalle contient à 95% des cas, la moyenne inconnue ou le pourcentage d'une certaine propriété de la population.

---

<sup>3</sup> J. Bouyer, D. Hémon, S. Cordier, F. Derriennic, I. Stücker, B. Stengel, J. Clavel, *Épidémiologie Principes et méthodes quantitatives*, Les éditions INSERM, 2001, pp.172-174.

## Modèles de régression

### Principes

Etant données :

Une variable à expliquer Y (appelée aussi variable dépendante)

Des variables  $X_1$  et  $X_2$  dont on souhaite étudier les relations avec Y (variables explicatives ou indépendantes ou covariables)

Faire une régression de la variable Y sur les variables  $X_1$  et  $X_2$  consiste à déterminer la valeur moyenne de Y pour chaque valeur possible du couple  $(X_1, X_2)$ .

Cette valeur est notée :

$$E(Y / X_1=x_1 \text{ et } X_2=x_2) = f(x_1, x_2)$$

« Moyenne de Y quand la variable  $X_1$  prend la valeur  $x_1$  et  $X_2$  prend la valeur  $x_2$

### Régression linéaire

Y : variable quantitative

L'espérance de Y est une fonction linéaire de paramètres à estimer.

$$E(Y) = A + BX$$

### Régression logistique

Y : variable binaire (codée en 0/1)

$$\text{Logit}[E(Y)] = A + BX$$

Avec  $\text{Logit}[E(Y)] = \ln (P/1-P)$  où P est la probabilité de l'événement étudié

Toutes les analyses ont été faites avec le logiciel Stata SE version 9. Les tests réalisés sont des tests de comparaison du Chi-deux.

## II.11 - Méthodologie cartographique

Les cartes ont été réalisées à partir du logiciel MapInfo qui est un Système d'Information Géographique (SIG). Les données ont été importées sous un format excel, ensuite référencées dans une table MapInfo à partir d'une variable géographique (région, département, territoire de santé, territoire de proximité). Chaque ligne d'observation correspond à une variable spatiale.

À partir des données « indicateurs en santé mentale », nous avons pu élaborer des cartes thématiques grâce à la fonction écart-type de MapInfo. La méthode consiste en : « La répartition de la classe médiane se fait à la moyenne des valeurs. Les classes au dessus et au dessous de cette classe sont à un écart type de la valeur. Il y a donc un nombre de classes optimal en fonction de vos données »<sup>4</sup>.

Cette répartition nous a permis d'établir une classification en trois strates : élevé, moyen et faible.

---

<sup>4</sup> Bruno Granger



## CHAPITRE III – RÉSULTATS

### III.1 – Prévalence des besoins

#### III.1.1 – Présentation de la population enquêtée

11. Tableau : Description de l'échantillon par région

	Ile-de-France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total	P-value
N	5379	5072	5109	5202	20762	
<b>Sexe</b>						0,968
Homme	47,7%	47,8%	48,1%	48,2%	48,0%	
Femme	52,3%	52,2%	51,9%	51,8%	52,0%	
<b>Age moyen</b>	43,5	45,6	46,1	45,4	45,1	<0,001
<b>Age en classe</b>						<0,001
18-24 ans	13,4%	12,5%	11,8%	12,2%	12,5%	
25-34 ans	23,0%	19,3%	19,0%	20,0%	20,3%	
35-49 ans	30,1%	29,1%	29,1%	28,8%	29,3%	
50-64 ans	19,4%	21,7%	21,1%	22,2%	21,1%	
65-98 ans	14,1%	17,4%	19,0%	16,7%	16,8%	
<b>Statut d'activité</b>						<0,001
Actif	58,6%	54,5%	51,6%	55,8%	55,1%	
Demandeur d'emploi	7,1%	5,1%	5,0%	5,6%	5,7%	
Retraite	17,5%	23,1%	23,3%	22,1%	21,5%	
Etudiant	8,9%	7,2%	7,3%	7,3%	7,7%	
Femmes au foyer	5,0%	6,5%	9,7%	6,1%	6,8%	
Autres inactifs	3,0%	3,7%	3,1%	3,2%	3,2%	
<b>Statut marital</b>						<0,001
En couple	13,8%	13,1%	11,3%	13,5%	12,9%	
Marié	49,3%	57,4%	57,9%	56,7%	55,3%	
Séparé/divorcé	7,6%	5,5%	5,4%	5,8%	6,0%	
Veuf	5,2%	6,4%	7,2%	5,4%	6,0%	
<b>Niveau de diplôme</b>						<0,001
Aucun	9,3%	13,7%	12,6%	10,4%	11,5%	
CEP/CAP/BEP	34,3%	49,1%	49,9%	43,6%	44,2%	
BAC	19,7%	16,7%	16,8%	18,0%	17,8%	
1 <sup>er</sup> cycle	12,9%	10,0%	10,8%	12,8%	11,6%	
2 <sup>ème</sup> cycle	11,3%	6,5%	6,4%	8,6%	8,2%	
3 <sup>ème</sup> cycle	12,5%	3,9%	3,6%	6,7%	6,7%	
<b>Type de commune</b>						<0,001
Rurale	3,7%	30,8%	27,3%	22,4%	21,0%	
Moins de 20 000 hab	4,8%	15,7%	19,9%	15,4%	13,9%	
Entre 20 000 et 100 000 hab	3,0%	17,3%	18,8%	16,6%	13,9%	
Plus de 100 000 hab	88,5%	36,3%	34,0%	45,6%	51,2%	

À la lecture du tableau (ci-dessus), nous constatons qu'il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes entre les quatre régions. À l'inverse pour

les classes d'âge, il s'avère que la région Ile-de-France apparaît comme une région avec une population de jeunes alors que les régions Haute-Normandie et Lorraine enregistrent des taux supérieurs pour les classes [50-64 ans] et [65-98 ans]. Le statut marital, quant à lui, est une variable significative mettant en évidence un taux de personnes séparées/divorcées plus important en région Ile-de-France que dans les autres régions. Les régions Haute-Normandie et Lorraine ont un taux plus élevé de personnes veuves; en corrélation avec les tranches d'âges.

La région Ile-de-France a le pourcentage le plus élevé de demandeurs d'emploi mais aussi d'actifs et de diplômés et bien entendu un taux très bas de population rurale et un taux élevé habitant dans une grande ville.

### III.1.2 – Prévalence sur un an des diagnostics par région

12. Tableau : Prévalence des diagnostics de santé mentale par région

Diagnostiques	Ile-de-France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total	P-value
N	5379	5072	5109	5202	20762	
<b>Troubles de l'humeur</b>						
Dépression	10,6%	7,8%	9,9%	8,1%	9,1%	<b>&lt;0,001</b>
Dépression légère	1,4%	1,3%	1,3%	1,1%	1,3%	0,732
Dépression moyenne	7,5%	5,2%	6,6%	5,4%	6,2%	<b>&lt;0,001</b>
Dépression sévère	1,4%	0,9%	1,4%	1,1%	1,2%	0,160
<b>Troubles anxieux</b>						
Au moins un diagnostic d'anxiété	16,6%	15,8%	16,3%	16,3%	16,2%	0,819
Anxiété généralisée	4,0%	3,7%	3,7%	3,8%	3,8%	0,910
Phobie sociale	5,6%	5,4%	4,8%	5,4%	5,3%	0,468
Phobie spécifique	7,2%	7,1%	7,9%	7,4%	7,4%	0,488
Agoraphobie sans trouble de panique	2,5%	2,6%	2,5%	2,5%	2,5%	0,996
Trouble panique sans agoraphobie	0,5%	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,462
Trouble panique avec agoraphobie	2,0%	2,1%	1,8%	1,9%	1,9%	0,805
TOC	3,2%	2,3%	3,2%	2,7%	2,8%	<b>0,039</b>
Attaque de panique	5,7%	4,9%	5,4%	4,7%	5,2%	0,197
Etat de stress post-traumatique	4,7%	4,4%	4,7%	4,8%	4,6%	0,800

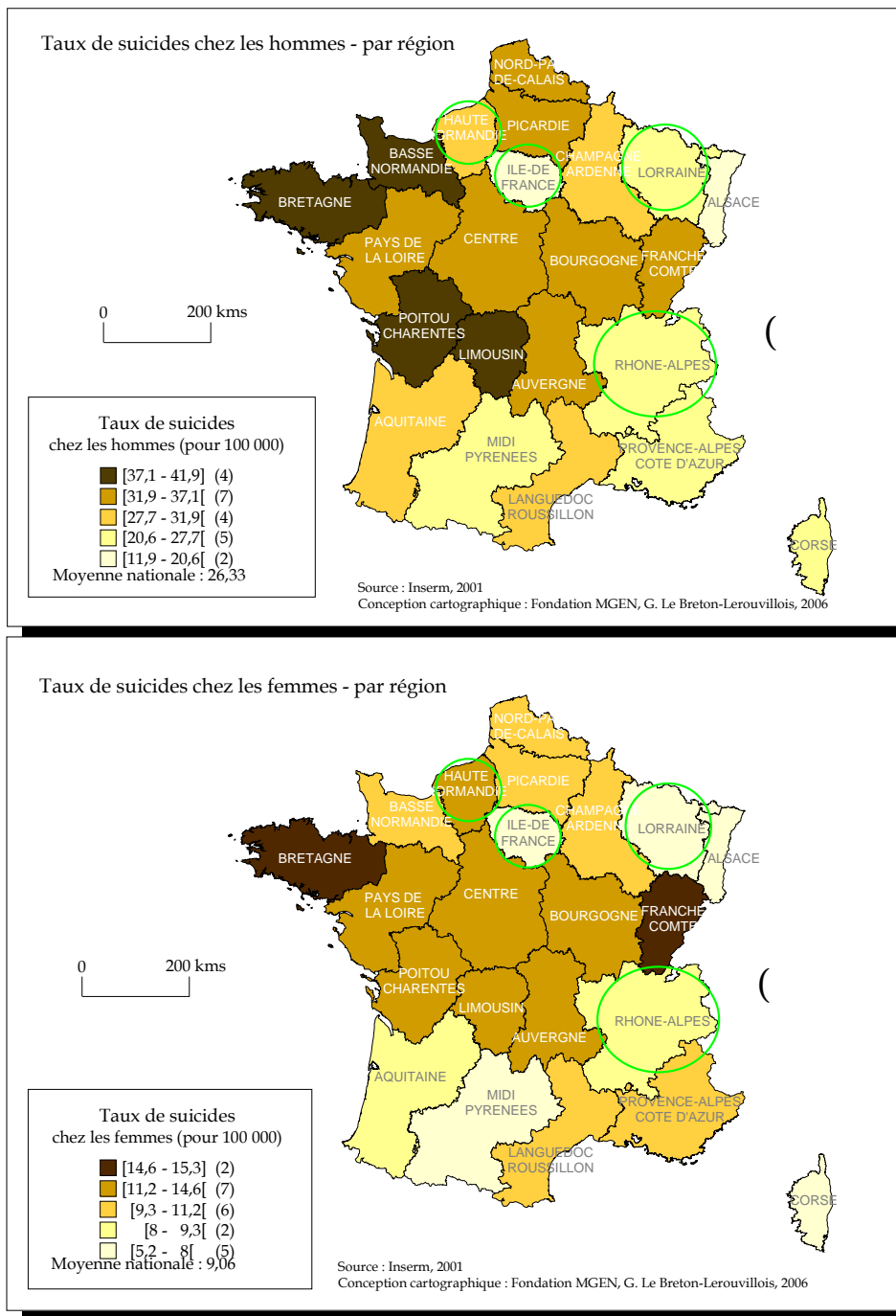
D'une façon générale les prévalences des différents diagnostics mesurés dans cette enquête ne sont pas très différentes. Seuls les troubles de l'humeur et les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ont une différence significative. Concernant la dépression, les régions Ile-de-France et Lorraine ont des taux supérieurs à la moyenne.

Par contre il faut tenir compte du fait que ces troubles sont liés à des données sociodémographiques et que par conséquent on ne peut conclure sur l'absence d'effet région qu'après avoir tenu compte de ces différences dans une approche multivariée.

### III.1.3 – La suicidalité

Les quatre régions ont des taux de suicide différents surtout pour les femmes: l’Ile-de-France est la plus basse, Rhône-Alpes et Lorraine sont intermédiaires et Haute-Normandie est élevée.

Carte n°1 : Taux de suicides par sexe



Les tentatives de suicide sont beaucoup plus fréquentes que les suicides. Les tentatives de suicide concernent majoritairement les femmes alors que c'est l'inverse pour le suicide. Nous n'avons trouvé aucune différence régionale pour les tentatives.

13. Tableau : Avoir fait une tentative de suicide

Suicide	Avoir fait une tentative de suicide -toute la vie		Avoir fait une tentative de suicide -12 derniers mois		Récidive parmi les individus ayant déjà fait une tentative de suicide	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	N=8858	N=11916	N=8858	N=11916	N=237	N=745
	%	%	%	%	%	%
Ile-de-France	2,36%	7,16%	0,24%	0,58%	36,22%	37,16%
Haute-Normandie	2,61%	6,14%	0,28%	0,30%	37,78%	35,85%
Lorraine	2,41%	5,68%	0,26%	0,34%	18,19%	34,75%
Rhône-Alpes	2,19%	5,98%	0,20%	0,47%	20,65%	28,54%
Total	2,39%	6,24%	0,24%	0,42%	28,50%	34,22%
Significativité*	<0,001		0,0571		0,151	
Significativité**	0,863	0,194	0,961	0,378	0,0807	0,433

\* Différence par sexe

\*\* Différence par région pour chaque sexe

### III.1.4 Troubles de l'usage des substances

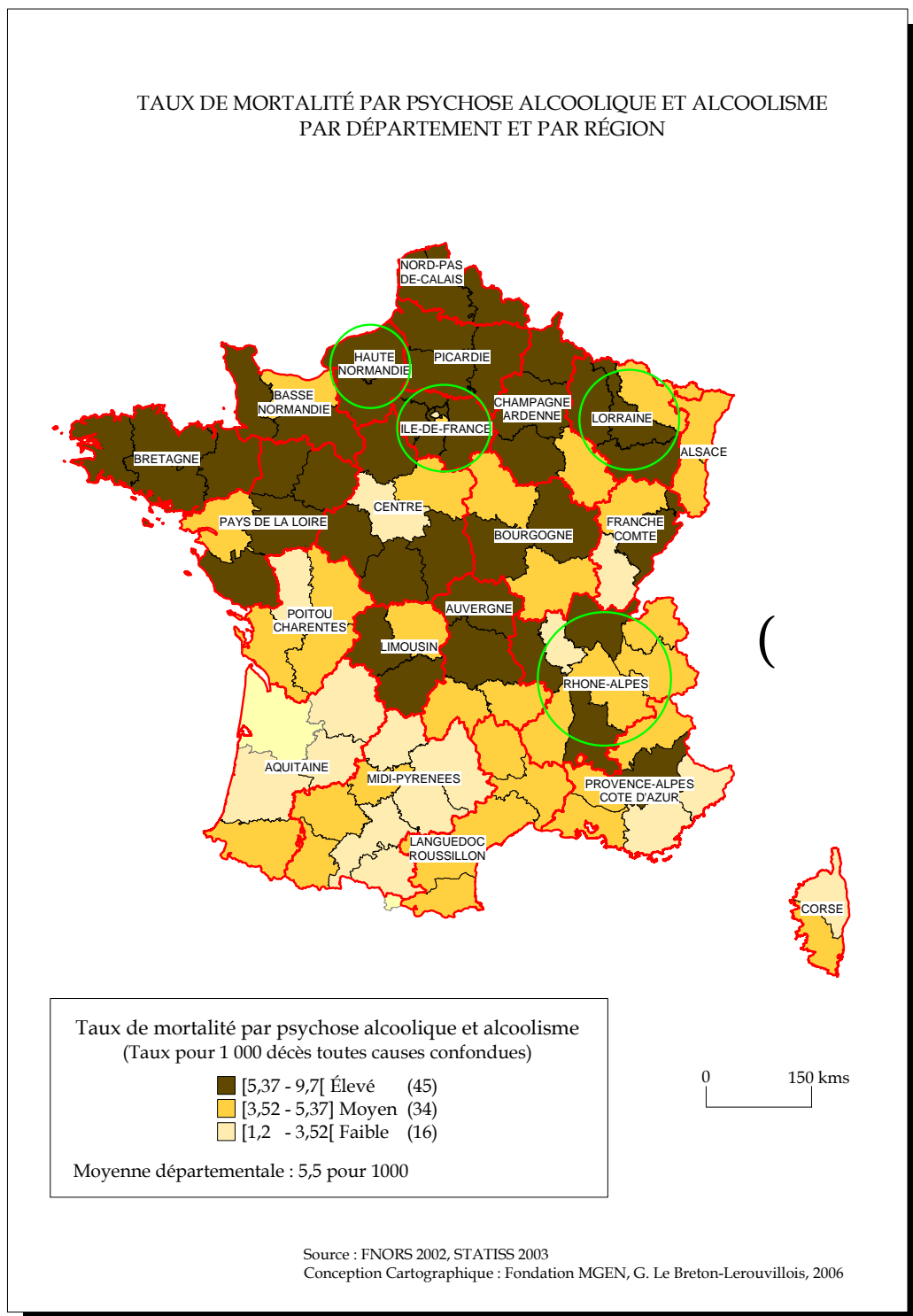
14. Tableau : Troubles de l'usage des substances

	Ile-de-France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total	P-Value
Au moins un diagnostic de trouble de substances	5,9%	4,2%	4,6%	5,7%	5,1%	<b>0,001</b>
CAGE ≥ 2	9,0%	6,6%	6,2%	7,7%	7,4%	<b>&lt;0,001</b>
Abus alcool	1,5%	1,2%	1,0%	1,9%	1,4%	<b>0,003</b>
Abus drogue	1,5%	1,2%	1,4%	1,6%	1,4%	0,595
Dépendance alcool	2,2%	1,3%	1,6%	1,6%	1,7%	<b>0,020</b>
Dépendance drogue	1,5%	0,8%	1,2%	1,3%	1,2%	<b>0,040</b>

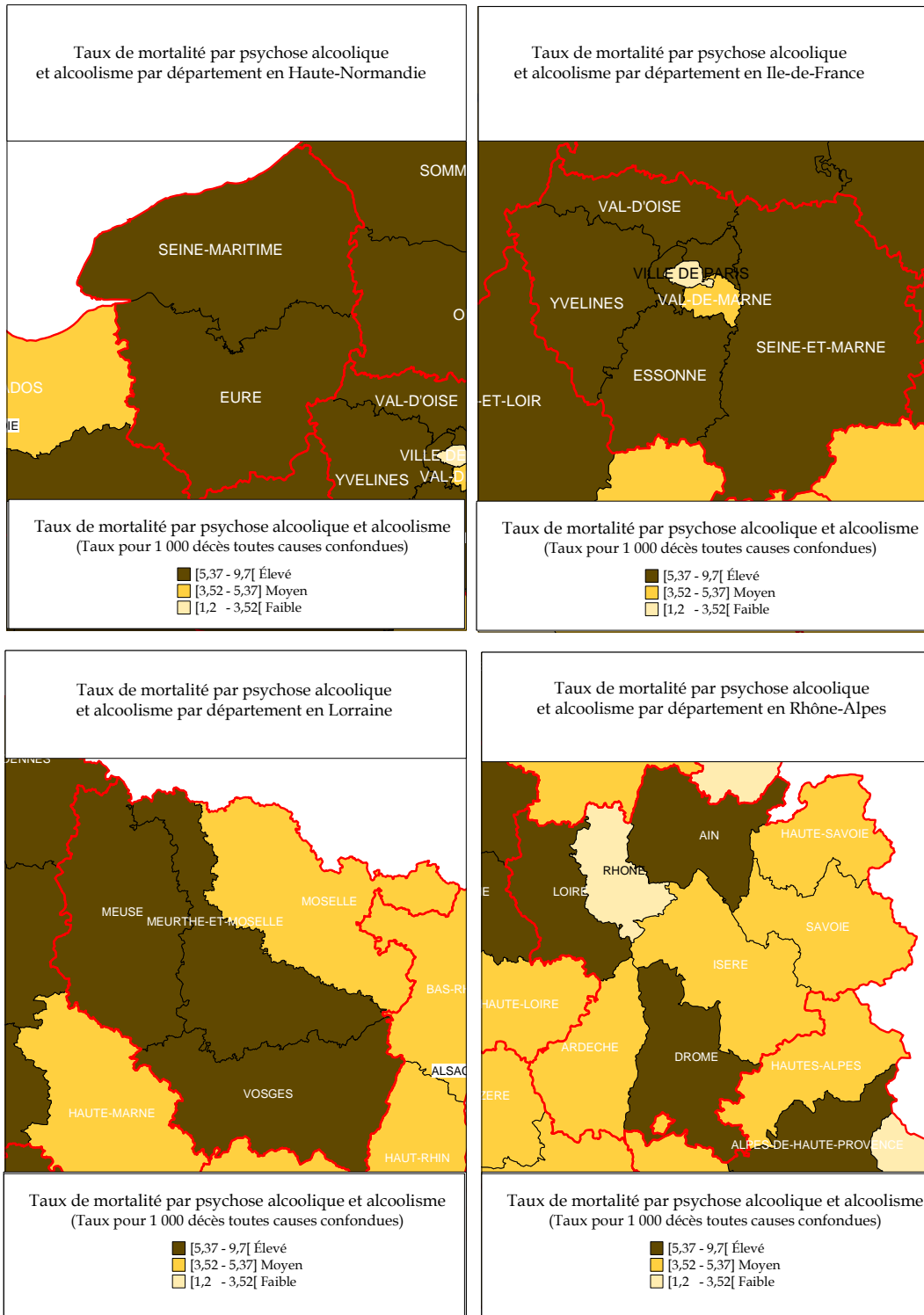
Si nous n'avons pas trouvé de différences dans l'approche par diagnostic pour les troubles anxieux, ce n'est pas le cas pour les problèmes avec l'alcool et les drogues qui sont plus fréquemment rapportés en Ile de France et en Rhône-Alpes.

On note que cette tendance semble en contradiction avec la mortalité par alcoolisme par région cependant là encore les différences de structure par âge peuvent expliquer du moins en partie ces discordances.

Carte n°2 : Taux de mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme



Carte n°3 : Taux de mortalité par psychose alcoolique et alcoolisme dans les quatre régions volontaires par département



### III.1.5 - Les indicateurs de besoin de soin en santé mentale et en psychiatrie

Nous avons proposé de différencier deux niveaux de besoin.

#### III.1.5.1 - Le besoin de soins en santé mentale

Le besoin de soin en santé mentale est ici défini par l'une ou l'autre des variables :

- détresse psychologique,
- gêne dans la vie quotidienne due à la santé mentale, avoir manqué une ou plusieurs journées de travail pour un problème de santé mentale (uniquement calculé sur le total des actifs) présence d'un diagnostic des problèmes les plus fréquemment rencontrés dans les enquêtes de population : dépression, anxiété ou problèmes avec les substances, associés ou non à de la détresse et à une gêne modérée,
- présence de plus d'un diagnostic

15. Tableau : Besoin de soin en santé mentale

Population générale Régions	N	Détresse	Gêne	Absentéisme	≥ 1 diagnostic	≥ 1 diagnostic et plus	≥ 2 diagnostics	Besoin de soins en santé mentale
Ile-de-France	5379	19,8%	11,7%	5,6%	25,6%	14,9%	12,1%	28,1%
Haute-Normandie	5072	16,3%	8,5%	3,7%	22,5%	12,1%	9,7%	25,4%
Lorraine	5109	18,4%	9,8%	3,7%	24,2%	13,9%	11,2%	25,6%
Rhône-Alpes	5202	16,5%	10,1%	3,9%	23,8%	12,8%	10,7%	25,2%
Total	20762	17,7%	10,0%	4,2%	24,0%	13,4%	10,9%	26,1%
<i>Significativité</i>		<0,001	<0,001	<0,001	0,017	0,002	0,007	0,002

Quelque soit l'indicateur de besoin en santé mentale, les différences entre les régions sont significatives au sens statistique du terme.

Cependant les variations sont essentiellement dues au chiffre de la région Ile-de-France 28.1% qui est plus élevé que celui des trois autres régions dont les pourcentages sont très proches : de 25.2 à 25.6%. Ce résultat peut en partie s'expliquer par la structure d'âge de la population; plus jeune en Ile-de-France, on y compte aussi plus de chômeurs et de personnes séparées ou divorcées.

#### III.1.5.2 - Le besoin de soins en psychiatrie

Le besoin de soin en psychiatrie est ici défini par l'une ou l'autre de ces catégories :

- comorbidité entre deux familles différentes de diagnostics DSM,
- diagnostic avec un retentissement très sévère dans la plupart des domaines de leur vie.

Pour synthétiser les résultats nous proposons de classer les personnes dans trois catégories mutuellement exclusives : pas de besoin de soin, besoin de soins en santé

mentale et besoins de soins en psychiatrie.

Ces définitions sont destinées à une approche populationnelle ; elles permettent d'envisager des volumes de besoin compatibles avec les ressources disponibles et de les utiliser le plus adéquatement possible en réservant l'accès aux spécialistes pour les personnes qui souffrent des problèmes les plus difficiles à soigner.

Cette approche pose bien entendu la question de la formation des médecins généralistes à différencier les deux niveaux de besoin et de l'accès aux psychologues pour la prise en charge des problèmes qui relèvent des psychothérapies qu'ils sont habilités à dispenser.

Elle permet d'éviter au système spécialisé d'être submergé par des demandes qui n'ont pas besoin de soins spécialisés et qui concernent un quart de la population quand les besoins de soins en psychiatrie concernent environ 7% de la population auxquels on doit ajouter 1% de patients les plus sévèrement atteints que notre méthode n'a pas pu évaluer en détail.

16. Tableau : Besoin de soin en psychiatrie

Population générale Régions	N	Comorbidité 2	Diagnostic sévère	Besoin de soins en psychiatrie
Ile-de-France	5379	7,3%	3,1%	8,5%
Haute-Normandie	5072	5,3%	2,5%	6,4%
Lorraine	5109	6,8%	3,4%	8,3%
Rhône-Alpes	5202	6,3%	2,7%	7,4%
Total	20762	6,4%	2,9%	7,7%
<i>Significativité</i>		0,001	0,136	<0,001

Les besoins de soins en psychiatrie sont différents suivant les régions cependant ces différences ont une orientation différente de celle constatée pour les besoins en santé mentale : c'est toujours la région Ile-de-France qui vient en tête mais la région Lorraine et très proche tandis que c'est la région Haute-Normandie qui est la plus basse.

La prise en compte des variables sociodémographiques permet de mieux comprendre ces différences de besoin.

### *III.1.6 - Mise en évidence des facteurs de risque par une régression logistique multinomiale*

La raison d'être de notre approche est basée sur le postulat d'une relation forte entre les déterminants socio démographiques et les deux catégories de besoin de soin : santé mentale et psychiatrie. Pour ce faire nous avons analysé l'apport en terme de risque de chacun de ces déterminants.

#### **III.1.6.1 - Définition des indicateurs calculés lors d'une régression logistique**

L'interprétation de l'odds ratio est la même que pour celui mesuré en régression logistique simple, c'est-à-dire qu'il correspond à un rapport de côtes permettant de mesurer l'association entre une maladie et un facteur d'exposition. Soit  $R_1$  le risque de



maladie chez les exposés et  $R_0$  le risque de maladie chez les non-exposés. L'odds ratio correspond au rapport de la quantité  $R_1/(1-R_1)$  calculé chez les exposés à sa valeur chez les non-exposés  $R_0/(1-R_0)$ . On obtient  $OR=(R_1/(1-R_1))/(R_0/(1-R_0))$ . L'OR correspond à la quantité par laquelle est multipliée le risque de réaliser l'événement pour un exposé par rapport à un non-exposé. L'absence de relation entre la maladie et le facteur de risque correspond à un odds ratio égal à 1. Un odds ratio est significativement différent de 1 si l'intervalle de confiance (IC 95%) ne contient pas 1. Dans ce cas, la significativité associée à l'odds ratio (P-value) est inférieure ou égale à 5%. Enfin, le test de Wald mesure la significativité de l'ensemble des modalités d'une variable à l'intérieur du modèle. Si la probabilité de Wald est inférieure à 5%, on dit que la variable est significative dans le modèle.

17. Tableau : Régression logistique multinomiale (Référence : Aucun besoin de soins)

N=19469	Besoins de soins en santé mentale				Besoins de soins en psychiatrie				Wald test
	RRR*	P-value	IC 95%		RRR*	P-value	IC 95%		
<b>Sexe</b>									<0,001
Homme	1				1				
Femme	1,62	<0,001	1,49	1,75	1,77	<0,001	1,53	2,04	
<b>Classes d'âge</b>									<0,001
18-24	1,02	0,842	0,83	1,27	1,19	0,236	0,89	1,60	
25-34	1,08	0,214	0,96	1,21	0,91	0,312	0,75	1,10	
35-49	1				1				
50-64	1,00	0,934	0,90	1,13	0,79	0,015	0,65	0,95	
65 et plus	0,87	0,132	0,73	1,04	0,36	<0,001	0,26	0,48	
<b>Statut marital</b>									<0,001
Célibataire	1,23	0,001	1,09	1,40	1,59	<0,001	1,30	1,95	
Marié/En couple	1				1				
Séparé	1,87	<0,001	1,62	2,15	2,67	<0,001	2,18	3,27	
Veuf	1,51	<0,001	1,31	1,75	2,26	<0,001	1,73	2,95	
<b>Revenu du foyer</b>									<0,001
moins de 1500 €	1,11	0,034	1,01	1,23	1,25	0,007	1,06	1,47	
de 1500 à 3000 €	1				1				
Plus de 3000 €	0,81	<0,001	0,73	0,90	0,64	<0,001	0,53	0,77	
NR**	0,71	0,001	0,58	0,86	0,78	0,152	0,55	1,10	
<b>Statut d'activité</b>									<0,001
Actif	1				1				
Demandeur d'emploi	1,60	<0,001	1,34	1,91	2,68	<0,001	2,11	3,41	
Retraité	0,86	0,051	0,75	1,00	0,92	0,505	0,73	1,17	
Etudiant	1,43	0,003	1,13	1,81	0,91	0,577	0,64	1,28	
Femmes au foyer	1,08	0,367	0,91	1,27	1,48	0,003	1,15	1,92	
Inactif	1,60	<0,001	1,25	2,03	2,52	<0,001	1,85	3,43	
<b>Niveau de diplôme</b>									<0,001
Aucun	1,22	0,002	1,07	1,38	0,99	0,914	0,80	1,22	
CEP/CAP/BEP	1				1				
Bac	0,93	0,216	0,83	1,04	0,89	0,231	0,73	1,08	
Bac+2	0,85	0,019	0,74	0,97	0,75	0,009	0,60	0,93	
Bac+3 et plus	0,86	0,015	0,76	0,97	0,74	0,007	0,60	0,92	

Région									<0,001
Ile-de-France	1				1				
Haute-Normandie	0,82	<0,001	0,73	0,91	0,71	<0,001	0,59	0,85	
Lorraine	0,87	0,009	0,78	0,97	0,94	0,476	0,78	1,12	
Rhône-Alpes	0,85	0,003	0,76	0,95	0,84	0,071	0,70	1,01	

### III.1.6.2 - Commentaires

L'observation des probabilités de Wald indique que toutes les variables d'ajustement sont significatives dans le modèle.

Le fait d'être une femme multiplie par 1,62 le risque d'avoir un besoin de soins en santé mentale et par 1,77 le risque d'avoir un besoin de soins en psychiatrie par rapport au fait d'être un homme. Au niveau de l'âge, on observe une diminution du risque d'avoir un besoin de soins en psychiatrie pour les individus de plus de 50 ans par rapport à ceux âgés entre 35 et 49 ans. Concernant le statut marital, tous les odds ratio sont significativement supérieurs à 1, c'est-à-dire que les célibataires, les personnes séparées et les veufs(ves) ont une probabilité plus importante d'avoir un besoin de soins par rapport aux individus mariés ou en couple.

Le revenu du foyer est également significatif et indique que plus les individus ont un revenu élevé, moins ils ont un besoin de soins et inversement. Le statut d'activité est aussi très révélateur de l'état de santé. Par exemple, les demandeurs d'emploi et les inactifs ont un risque accru d'avoir un besoin de soins. Le niveau de diplôme apparaît comme significatif dans le modèle, mais une stratification sur le sexe indique que seulement chez les femmes, il existe une diminution du risque d'avoir un besoin de soins pour les classes diplôme supérieur ou égal à Bac+2.

Enfin la région apparaît comme significative dans le modèle. D'une part tous les risques associés au besoin de soins en santé mentale sont significativement inférieurs à 1 par rapport à l'Ile-de-France, et d'autre part la région Haute-Normandie a un risque plus faible d'avoir un besoin de soins en psychiatrie par rapport à l'Ile-de-France. Cependant, des analyses stratifiées sur la région ont montré que les relations entre les besoins de soins et les variables sociodémographiques sont du même ordre et vont dans le même sens dans chaque région.

On constate par ailleurs que si dans l'ensemble toutes les variables considérées ont une influence sur le besoin de soins en santé mentale et en psychiatrie, il existe des divergences qui méritent d'être soulignées : si les personnes les plus âgées (50 ans et plus) n'ont pas plus de besoins de soins en santé mentale cela n'est pas vrai pour les besoins en psychiatrie. De même si certains groupes de statut d'activité ont un risque élevé des deux types de besoin cela n'est pas vrai pour les étudiants qui ont plutôt des besoins en santé mentale qu'en psychiatrie et les femmes au foyer qui présentent la tendance inverse ; les non diplômés ont plus de besoin en santé mentale mais ce n'est pas le cas pour les besoins de psychiatrie. Enfin si les régions diffèrent de la région île de France pour les besoins de santé mentale ceci ne s'applique plus qu'à la haute Normandie pour les besoins de psychiatrie.

En conclusion, les facteurs de risque associés à un besoins de soins en santé mentale ou en psychiatrie sont constatés et confirment les résultats déjà observés dans la

littérature ; cette constatation nous permet de poursuivre nos travaux sur les indicateurs sociaux.

### **III.2 – Utilisation du système de soins en fonction des besoins**

#### *III.2.1 – Une offre de soins inégalement répartie sur le territoire*

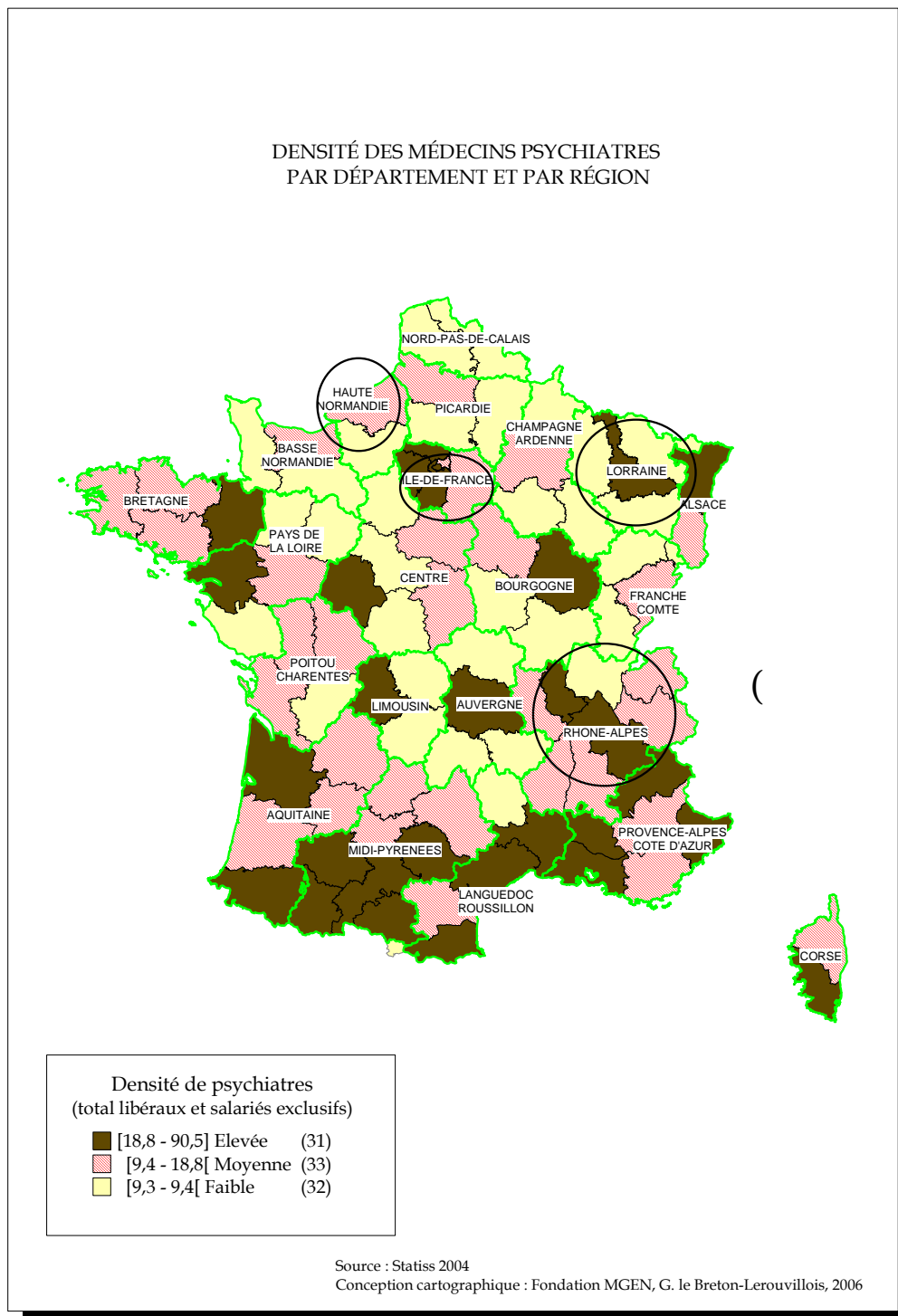
De nombreux auteurs (Massé, plan de santé mentale et de psychiatrie) ont souligné la disparité des ressources en psychiatrie dans notre pays. La carte suivante illustre cette diversité et le graphique nous montre que malheureusement les psychiatres des différents statuts : libéraux ou salariés ne se complètent pas pour équilibrer les régions bien au contraire.

On trouve aussi des différences très importantes concernant la densité de lits psychiatriques tant au niveau des régions que des départements.

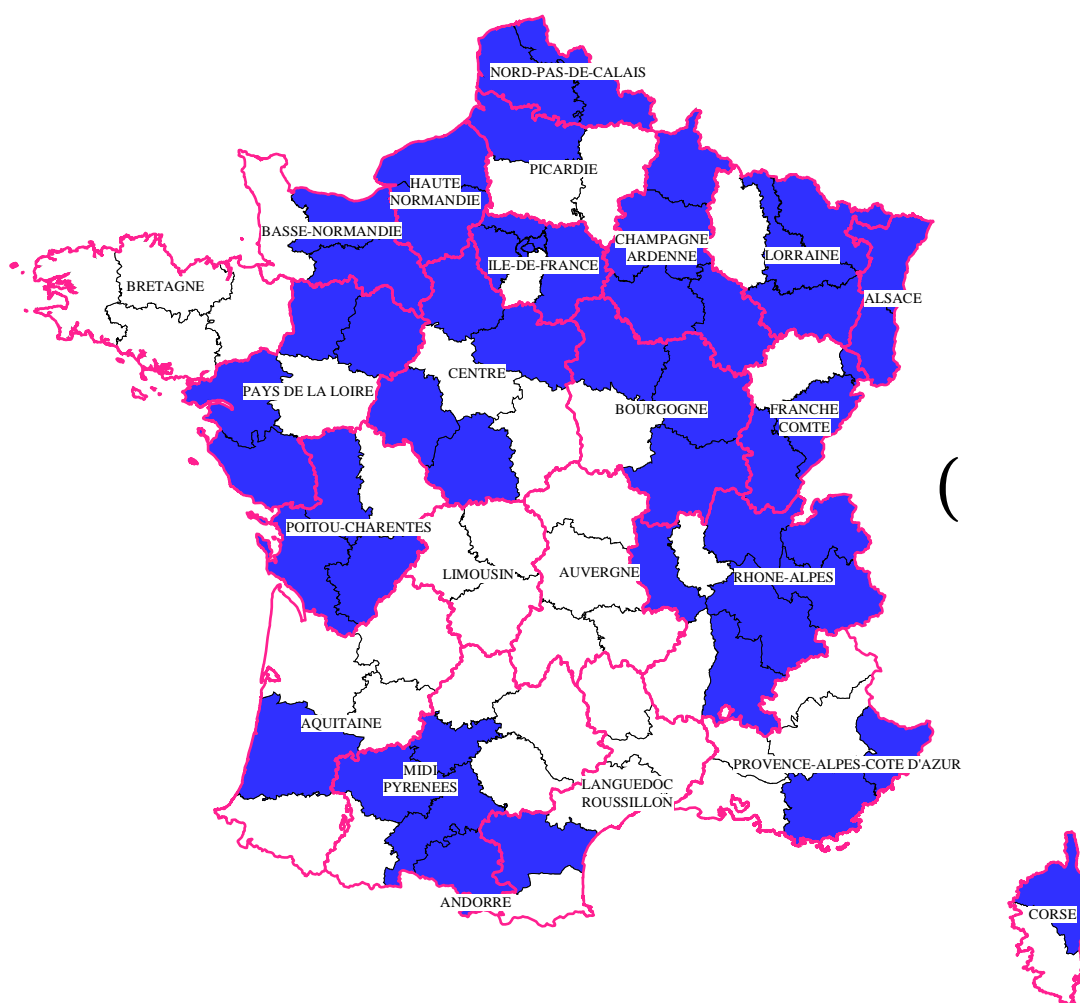
En ce qui concerne les quatre régions étudiées on peut considérer que la région Ile-de-France est bien dotée, la région Rhône-Alpes l'est moyennement et que les régions Lorraine et Haute-Normandie le sont peu même si celles-ci recouvrent des diversités intra régionales très importantes illustrées dans le tome 2.

Nous allons ensuite voir comment l'offre influence le recours, fonction de la demande, et les modalités de pratique par exemple les psychothérapies. On étudiera aussi comment cette offre s'adapte aux besoins par exemple par le passage vers les médecins généralistes des cas même très lourds dans les régions à taux de psychiatres bas. Il reste cependant que ceci est une hypothèse car la manière de travailler des psychiatres peut être différente suivant l'offre, pouvant amener à des résultats paradoxaux en apparence c'est-à-dire que ce ne soit pas dans la région la plus dotée que les besoins en psychiatrie sont les mieux comblés et qu'inversement dans des régions mal dotées et où les ressources sont consacrées aux cas les plus sévères, les besoins de soins en psychiatrie soient les mieux comblés.

Carte n°4 : Densité des médecins psychiatres par département et par région



## RÉPARTITION DES DÉPARTEMENTS SOUS DÔTÉS EN LITS ET PLACES (INFÉRIEURS À LA MOYENNE DÉPARTEMENTALE)



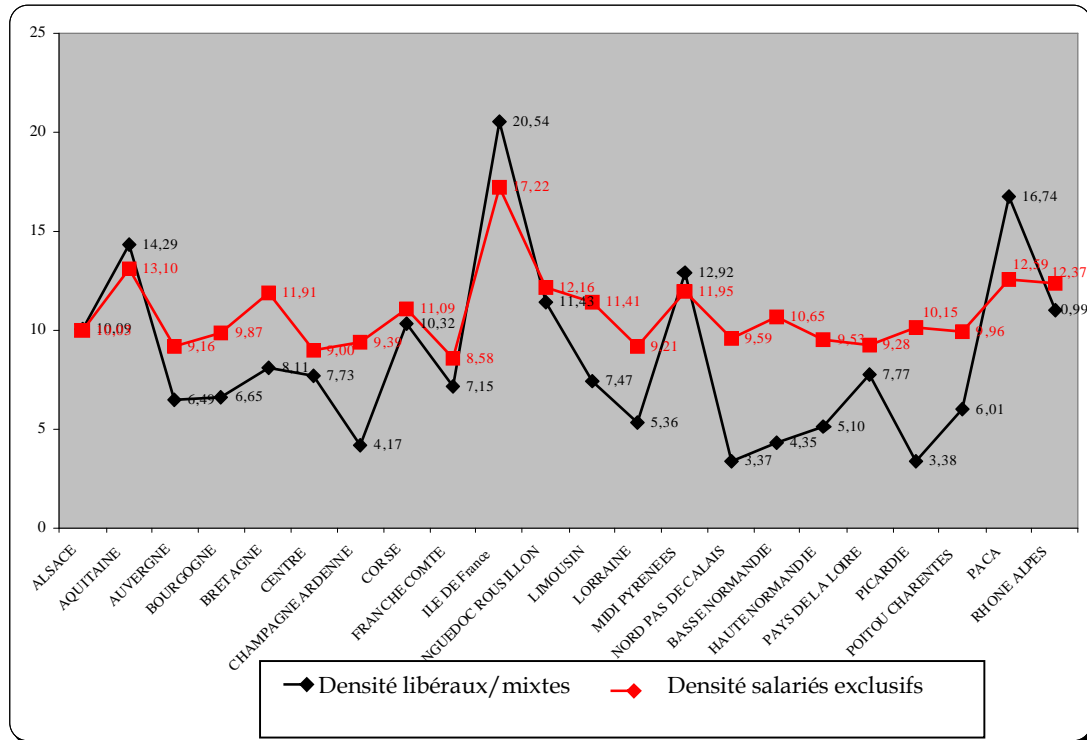
Taux d'équipement lits et places pour 1 000 habitants

■ Equipements inférieurs à la moyenne (1,45) (56)

0 150 kms

Source : Statiss 2004  
Conception cartographique : Fondation MGEN, G. Le Breton-Lerouillois, 2006

Graphique : Densité des médecins psychiatres libéraux et salariés exclusifs par région



### III.2.2 – Utilisation du système de soin pour un problème de santé mentale ou de psychiatrie

#### III.2.2.1 – En population générale

18. Tableau : Recours auprès d'un professionnel de santé l'année passée pour un problème de santé mentale ou de psychiatrie

Region	N	Médecin généraliste	Médecin généraliste ou spécialiste non psychiatre	Psychothérapeute non médecin	Psychiatre	Au moins un intervenant psy	Un de ces intervenants	Médecin généraliste exclusif
Ile-de-France	5379	20,6%	23,9%	9,9%	7,5%	13,5%	31,7%	11,2%
Haute-Normandie	5072	25,2%	27,0%	6,0%	5,5%	8,9%	31,2%	16,6%
Lorraine	5109	24,3%	26,2%	6,6%	5,5%	9,6%	31,8%	16,0%
Rhône-Alpes	5202	22,7%	25,8%	8,2%	6,1%	11,4%	31,1%	13,6%
Total	20762	23,2%	25,7%	7,7%	6,1%	10,8%	31,4%	14,3%
Significativité		<0,001	0,012	<0,001	<0,001	<0,001	0,864	<0,001
IC 95%		22,5%-23,8%	25,0%-26,4%	7,3%-8,1%	5,8%-6,5%	10,4%-11,3%	30,7%-32,1%	13,8%-14,9%

Le recours aux soins pour un problème de santé mental ou de psychiatrie est significativement différent entre les régions. On constate que dans la région Ile-de-France, le recours aux psychiatres et aux psychothérapeutes non médecin est plus élevé

que dans les autres régions dans lesquelles la population générale se tourne plutôt vers le médecin généraliste et/ou le médecin spécialiste non psychiatre.

19. Tableau : Le recours auprès des structures

Region	N	Consultation externe hospi	Urgence	Extra-hosp (CMP...)	Cure de désintoxication	Hospitalisation pour pb psy /substances	Hospitalisation PMSI	Services sectorisés
Ile-de-France	5379	0,6%	0,4%	1,3%	0,9%	0,4%	0,2%	1,4%
Haute-Normandie	5072	0,4%	0,2%	0,8%	0,6%	0,4%	0,3%	0,8%
Lorraine	5109	0,4%	0,3%	1,1%	0,8%	0,5%	0,3%	1,1%
Rhône-Alpes	5202	0,3%	0,5%	1,0%	1,0%	0,8%	0,6%	1,3%
Total	20762	0,4%	0,4%	1,0%	0,8%	0,5%	0,3%	1,2%
<i>Significativité</i>		0,087	0,223	0,094	0,331	0,060	0,062	0,090
IC 95%		0,3%-0,5%	0,3%-0,5%	0,9%-1,2%	0,7%-1,0%	0,4%-0,6%	0,2%-0,4%	1,0-1,4%

Le recours aux structures psychiatriques est assez semblable suivant les régions sauf en ce qui concerne l'hospitalisation : c'est en Ile de France et Basse Normandie que les personnes sont les moins hospitalisées et en Rhône Alpes qu'elles le sont le plus fréquemment et la différence est à la limite de la signification.

D'une façon générale on constate donc une influence de l'offre en professionnel plutôt qu'en structure sur le recours et ses modalités du moins quand il s'agit de la déclaration des personnes quant au recours pour un problème. Cependant ceci ne nous renseigne pas sur l'adéquation du recours aux besoins.

Nous avons donc ensuite sélectionné les personnes qui avaient soit un besoin de soins en santé mentale soit de psychiatrie d'après nos mesures, et nous avons observé leur utilisation des diverses ressources suivant les régions.

### III.2.2.2 - Pour ceux qui ont un besoin de soins en santé mentale

20. Tableau : Recours auprès d'un professionnel de santé l'année passée

Région	N	Médecin généraliste	Médecin généraliste ou spécialiste non psychiatre	Psychothérapeute non médecin	Psychiatre	Au moins un intervenant psy	Un de ces intervenants	Médecin généraliste exclusif
Ile-de-France	1511	33,2%	37,5%	16,0%	10,9%	20,9%	48,8%	18,3%
Haute-Normandie	1298	45,6%	48,8%	11,6%	10,1%	17,4%	55,7%	28,1%
Lorraine	1313	42,9%	46,4%	11,2%	8,5%	16,1%	55,1%	29,3%
Rhône-Alpes	1293	38,8%	43,2%	14,3%	11,0%	20,4%	53,4%	22,7%
Total	5415	39,9%	43,8%	13,4%	10,2%	18,8%	53,1%	24,4%
<i>Significativité</i>		<0,001	<0,001	0,003	0,190	0,012	0,007	<0,001
IC 95%		38,4%-41,4%	42,3%-45,3%	12,3%-14,4%	9,3%-11,0%	17,6%-20,0%	51,6%-54,7%	23,1%-25,7%

D'une façon générale plus de la moitié des personnes ayant un besoin de santé mentale s'est adressée au système de soin formel. Paradoxalement c'est dans la région la moins dotée en psychiatres que le recours est le plus élevé et dans celle qui est la plus dotée, qu'elle l'est le moins.

Par contre le recours aux généralistes, exclusivement ou non, est plus marqué dans les régions les moins dotées cependant ceci est balancé par la place des intervenants en santé mentale non médicaux dans les deux autres régions dans lesquelles ces intervenants sont plus nombreux.

Entre 10 et 14% de cette population ayant un besoin de soin en santé mentale, a eu un contact avec un psychiatre sans qu'on puisse savoir si ce contact a été unique ou répétée et ce pourcentage n'est pas différent entre les régions. On doit mentionner que les données présentées dans un autre chapitre dédié à ce sujet montrent que dans toutes les régions la moitié des psychothérapies sont faites par des psychiatres.

21. Tableau : Le recours auprès des structures

Region	N	Consultation externe hospi	Urgence	Extra-hosp (CMP...)	Cure de désintoxication	Hospitalisation pour pb psy /substances	Hospitalisation PMSI	Services sectorisés
Ile-de-France	1511	0,7%	0,6%	2,4%	1,2%	0,3%	0,2%	2,5%
Haute-Normandie	1298	0,6%	0,2%	1,5%	0,9%	0,4%	0,4%	1,5%
Lorraine	1313	0,3%	0,2%	1,1%	0,8%	0,3%	0,1%	1,2%
Rhône-Alpes	1293	0,6%	0,8%	1,0%	1,3%	1,2%	1,0%	1,7%
Total	5415	0,5%	0,5%	1,5%	1,0%	0,5%	0,4%	1,7%
<i>Significativité</i>		0,547	0,061	0,067	0,567	0,010	0,004	0,148
IC 95%		0,3%-0,8%	0,3%-0,6%	1,1%-1,9%	0,7%-1,4%	0,3%-0,8%	0,2%-0,6%	1,3%-2,1%

Le recours aux structures est peu élevé et seule l'hospitalisation, rarissime en Ile-de-France pour ce type de besoin et relativement élevée en Rhône-Alpes est différente. On constate qu'un faible pourcentage de cette population est en contact avec le secteur psychiatrique et celui est équivalent dans les régions.

### III.2.2.3 - Pour ceux qui ont un besoin de soins en psychiatrie

22. Tableau : Recours auprès d'un professionnel de santé l'année passée

Region	N	Médecin généraliste	Médecin généraliste ou spécialiste non psychiatre	Psychothérapeute non médecin	Psychiatre	Au moins un intervenant psy	Un de ces intervenants	Médecin généraliste exclusif
Ile-de-France	452	53,5%	59,1%	32,2%	31,1%	44,2%	75,5%	17,7%
Haute-Normandie	353	67,0%	69,8%	24,7%	26,0%	35,2%	79,8%	33,9%
Lorraine	423	65,1%	66,5%	23,3%	24,9%	33,1%	77,8%	27,6%
Rhône-Alpes	376	67,0%	74,5%	29,7%	28,5%	42,4%	83,0%	26,1%
Total	1604	62,7%	67,1%	27,6%	27,8%	38,9%	78,8%	25,8%
<i>Significativité</i>		<0,001	<0,001	0,039	0,284	0,009	0,154	0,001
IC 95%		59,9%-65,5%	64,3%-69,8%	25,1%-30,1%	25,3%-30,3%	36,2%-41,7%	76,5%-81,2%	23,3%-28,2%



Pour ce qui est du besoin de psychiatrie on constate que 80% des personnes ont été en contact avec un intervenant du système formel et ce pourcentage n'est pas différent suivant les régions.

Le pourcentage de ces personnes en contact avec les psychiatres n'est pas différent et correspond à 30% des personnes présentant ce type de besoin. Le rôle des généralistes et autres spécialistes est très important : plus de 70% des personnes les ont consultés pour ces problèmes. L'apport des psychothérapeutes non médecins est important et concerne 30% environ; grâce à cet apport suivant les régions entre 47 et 27% des patients ont eu un contact avec un spécialiste de la santé mentale.

Les différences régionales concernent les rôles des médecins généralistes surtout à titre exclusif plus important dans les régions qu'en Ile-de-France : 22% versus 31.5 à 34.9%; le recours aux psychothérapeutes non médecin est au contraire plus fréquent en Ile-de-France et en Rhône Alpes.

23. Tableau : Le recours auprès des structures

Region	N	Consultation externe hospi	Urgence	Extra-hosp (CMP...)	Cure de désintoxication	Hospitalisation pour pb psy /substances	Hospitalisation PMSI	Services sectorisés
Ile-de-France	452	4,4%	2,6%	7,3%	4,9%	3,4%	2,1%	8,1%
Haute-Normandie	353	3,2%	2,3%	5,2%	3,5%	3,7%	2,8%	6,4%
Lorraine	423	2,7%	3,4%	8,2%	4,7%	4,8%	3,2%	8,7%
Rhône-Alpes	376	0,9%	4,1%	8,4%	6,7%	6,5%	4,3%	10,6%
Total	1604	2,8%	3,1%	7,4%	5,0%	4,6%	3,1%	8,5%
<i>Significativité</i>		0,060	0,632	0,508	0,366	29,9%	0,466	0,401
IC 95%		1,9%-3,8%	2,0%-4,2%	5,8%-8,9%	3,7%-6,3%	3,3%-5,8%	2,0%-4,1%	6,9%-10,1%

Les différences de recours aux structures sont inexistantes : 8.5% des personnes ayant ces besoins utilisent les services sectorisés, 5% d'entre elles ont été hospitalisées dans l'année et 3% se sont présentées aux urgences.

### III.2.3 – *Système de soin informel*

Par définition, le système de soin informel comprend les aides aux personnes prises en charge par des non-professionnels de la santé étant entendu que les psychothérapeutes non médecin ont été intégrés au syst.

### III.2.3.1 – Pour l'ensemble de la population

24. Tableau : Recours au système informel

Region	N	Ligne d'aide ou d'écoute	Groupe d'entraide	Total "self help"	Culte	Médecine douce	Secteur informel	Secteur informel seul
Ile-de-France	5379	1,3%	0,2%	1,3%	0,9%	1,7%	3,7%	0,5%
Haute-Normandie	5072	0,8%	0,1%	0,8%	0,9%	1,9%	3,3%	0,4%
Lorraine	5109	0,7%	0,1%	0,8%	1,0%	1,9%	3,5%	0,5%
Rhône-Alpes	5202	0,9%	0,1%	1,0%	0,9%	3,0%	4,4%	0,6%
Total	20762	0,9%	0,1%	1,0%	0,9%	2,1%	3,7%	0,5%
<i>Significativité</i>		0,063	0,660	0,059	0,911	<0,001	0,036	0,668
IC 95%		0,8%-1,1%	0,1%-0,2%	0,8%-1,1%	0,8%-1,1%	1,9%-2,3%	3,4%-4,0%	0,4%-0,6%

On remarque que le poids de ce secteur est loin d'être négligeable 3% de la population y a recours cependant dans l'ensemble des cas ce système vient en appui au système formel et le recours seul ne concerne qu'une personne sur dix : 0.3% . Il n'y a pas de différence régionale.

### III.2.3.2 – Pour ceux qui ont un besoin en santé mentale

25. Tableau : Recours au système informel

Region	N	Ligne d'aide ou d'écoute	Groupe d'entraide	Total "self help"	Culte	Médecine douce	Secteur informel	Secteur informel seul
Ile-de-France	1511	1,8%	0,2%	1,9%	1,1%	3,5%	6,3%	1,0%
Haute-Normandie	1298	1,4%	0,3%	1,4%	1,3%	3,7%	6,0%	0,7%
Lorraine	1313	1,1%	0,1%	1,2%	1,6%	3,6%	6,1%	0,6%
Rhône-Alpes	1293	1,2%	0,0%	1,2%	1,4%	5,8%	7,6%	0,8%
Total	5415	1,4%	0,2%	1,4%	1,3%	4,1%	6,5%	0,8%
<i>Significativité</i>		0,509	0,405	0,319	0,754	0,018	0,398	0,750
IC 95%		1,0%-1,7%	0,0%-0,3%	1,1%-1,8%	1,0%-1,7%	3,6%-4,7%	5,8%-7,2%	0,5%-1,0%

4% des personnes qui ont un besoin de soin en santé mentale ont eu recours au système informel et seules 0.3% n'ont eu que ce recours; il s'agit d'un pourcentage assez faible pour les personnes ayant ce type de besoin qui se tournent beaucoup plus vers les intervenants médicaux ou les psychologues et psychothérapeutes.

### III.2.3.3 – Pour ceux qui ont un besoin de soins en psychiatrie

26. Tableau : Recours au système informel

Region	N	Ligne d'aide ou d'écoute	Groupe d'entraide	Total "self help"	Culte	Médecine douce	Secteur informel	Secteur informel seul
Ile-de-France	452	6,5%	1,3%	6,6%	5,0%	5,5%	15,3%	1,0%
Haute-Normandie	353	5,5%	0,6%	5,6%	6,4%	10,1%	19,1%	0,6%
Lorraine	423	3,1%	0,8%	3,7%	5,5%	6,4%	14,9%	1,0%
Rhône-Alpes	376	6,3%	0,9%	6,9%	3,6%	11,6%	19,8%	0,1%
Total	1604	5,3%	0,9%	5,7%	5,1%	8,2%	17,1%	0,7%
<i>Significativité</i>		0,244	0,754	0,347	0,511	0,012	0,267	0,264
IC 95%		4,0%-6,7%	0,4%-1,4%	4,3%-7,1%	3,8%-6,3%	6,7%-9,7%	14,9%-19,2%	0,2%-1,2%

L'appui du secteur informel est par contre assez important pour les personnes en besoin de soin psychiatrique puis qu'environ 15% d'entre elles utilisent ces services. 8% des patients ont recours à des lignes d'écoute ou des groupes d'entraide non professionnels, 5 % à un ministre du culte. A noter que ce recours vient en appui aux autres aides moins d'1% des patients la mentionnent en aide exclusive. Nous n'avons pas trouvé de différences régionales.

Nous avons comparé des régions très différentes dans leurs composantes socio démographiques. Les besoins de soin étant liés à ces composantes, on trouve logiquement des différences très importantes suivant les besoins tant en santé mentale qu'en psychiatrie. Cela appuie notre démarche quant aux indicateurs sociaux. En contraste alors que l'offre de soin en psychiatrie est très diverse, les recours aux soins pour les différents niveaux de besoin sont moins différents qu'on pourrait attendre.

Certes on voit s'opérer des substitutions : c'est en Lorraine et en Haute Normandie que les médecins généralistes jouent le rôle le plus important surtout à titre exclusif et en Ile de France et Rhône-Alpes que les psychothérapeutes non médecins interviennent le plus mais les différences d'accès aux psychiatres n'apparaissent pas tant pour les besoins en santé mentale pour lesquels 12.5% des personnes ont recours à leur soin que pour les besoins en psychiatrie où ce pourcentage est plus du double : 31%.

Dans cette analyse il faut tenir compte que les psychiatres voient 12.5% de 26.1% de la population qui a des besoins en santé mentale versus 31% de 7.7% de la population qui a des besoins en psychiatrie.

Ceci fait que d'après nos évaluations les psychiatres voient plus de personnes ayant des besoins en santé mentale que de personnes ayant des besoins en psychiatrie avec une méthode qui exclue une partie des patients les plus sévères.

Cependant il faut faire attention que ce calcul est fait d'après des définitions contestables et sur les bases d'au moins un contact par an ce qui n'est certainement pas le cas car on peut penser que les patients en besoin de soin psychiatrique ont plus souvent contact avec les psychiatres que ceux qui ont un besoin de santé mentale qui ne sont éventuellement vus qu'une fois pour une évaluation et ensuite confiés à un autre intervenant. De toute façon ces chiffres devraient être vérifiés par des enquêtes auprès des psychiatres permettant de préciser le profil de leur clientèle et leur pratique en fonction des différents besoins.

Un autre point sera précisé dans le tome 2 à savoir les différences intrarégionales qui semblent beaucoup plus importantes que les différences régionales qui en quelque sorte sont des moyennes de territoires peu homogènes quant à l'offre dans chacune des régions étudiées.

Enfin, le système semble relativement efficace quant au premier accès puisque ceux qui ont besoin de soin en psychiatrie ont tous été en contact au moins une fois avec le système de soin soit par l'intermédiaire d'un intervenant soit par une structure. Bien évidemment ces résultats ne permettent pas de juger de l'adéquation des soins ou de la fréquence avec laquelle ces patients sont en contact avec ces différents intervenants

### III.3 – La place des psychothérapies

L'enquête permettait de dresser un état des lieux quant aux recours auprès des intervenants en santé mentale qui ne sont pas des médecins, la profession de ces derniers ainsi que les recours aux psychothérapies et les intervenants qui pratiquent ces psychothérapies.

Bien qu'elles ne représentent pas le territoire français la diversité de ces régions permet d'avoir un tableau de la situation dans notre pays et de sa diversité.

Rappelons qu'après les médecins généralistes, ce sont les intervenants non médecins qui sont les plus consultés pour des problèmes de santé mentale suivis des psychiatres. Environ un tiers des personnes déclarent avoir vu durant l'année passée un intervenant pour un problème de santé mentale dont la moitié sont des intervenants spécialisés en santé mentale ou en psychiatrie

Region	N	Médecin généraliste	Médecin généraliste ou spécialiste non psychiatre	Psychothérapeute non médecin	Psychiatre	Au moins un intervenant psy	Un de ces intervenants	Médecin généraliste exclusif
Ile-de-France	5379	20,6%	23,9%	9,9%	7,5%	13,5%	31,7%	11,2%
Haute-Normandie	5072	25,2%	27,0%	6,0%	5,5%	8,9%	31,2%	16,6%
Lorraine	5109	24,3%	26,2%	6,6%	5,5%	9,6%	31,8%	16,0%
Rhône-Alpes	5202	22,7%	25,8%	8,2%	6,1%	11,4%	31,1%	13,6%
Total	20762	23,2%	25,7%	7,7%	6,1%	10,8%	31,4%	14,3%
<i>Significativité</i>		<0,001	0,012	<0,001	<0,001	<0,001	0,864	<0,001
IC 95%		22,5%-23,8%	25,0%-26,4%	7,3%-8,1%	5,8%-6,5%	10,4%-11,3%	30,7%-32,1%	13,8%-14,9%

Bien entendu ces pourcentages sont différentes quand il s'agit des personnes qui ont des besoins en santé mentale : parmi elles 15% ont vu un intervenant non médecin , 12,5% un psychiatre et 21,5 % l'un des deux . Le rapport psychiatre / psychologue , psychothérapeute s'inverse pour les personnes qui ont un besoin de soins psychiatrique : 29,4% ont vu un intervenant non médecin et 31% un psychiatre et 43% l'un ou l'autre ; l'autre part des besoins étant couvert pas les généralistes seuls ou en appui aux précédents.

Le rôle du système dit informel est loin d'être négligeable : 4% de la population y a eu recours l'année passée mais cette proportion est de 15% pour ceux qui présentent un besoin de soins en psychiatrie. Les lignes d'écoute et groupes d'entraide sont presque 8% et le secteur religieux 5%.

Cependant ce secteur vient en appui à la psychiatrie puisque seuls 0,3 % déclarent l'avoir consulté exclusivement pourcentage qui passe à 0,7% environ chez les personnes qui ont des besoins en psychiatrie.

Ces résultats montrent que le rôle des intervenants spécialistes de la santé mentale non médecins que sont les psychologues et les psychothérapeutes est important

tant pour les personnes qui ont des besoins de soins en santé mentale que pour celles qui ont des besoins en psychiatrie ; on voit aussi que ces intervenants sont souvent vus en complément l'un de l'autre et qu'une bonne partie des personnes qui voient un intervenant non médecin voit aussi un psychiatre.

Etant donné la question posée sur la formation des psychothérapeutes non médecins et n'ayant pas le titre de psychologues cliniciens nous allons étudier en détail cette pratique dans les différentes régions

### III.3.1 - Recours aux « psy » non médecins les douze derniers mois

Rappelons qu'en moyenne 9% de la population a vu un « psy » non médecin au cours des douze derniers mois et que c'est en Ile-de-France que ce pourcentage est le plus important suivi par la région Rhône-Alpes. Ce pourcentage est de 5,2% seulement si on ne tient compte que des personnes qui n'ont pas vu de psychiatre l'année passée soit un peu plus de la moitié.

27. Tableau 1 : Pourcentage de personnes ayant vu un « psy » non médecin (psychanalyste ou psychologue ou autre psychothérapeute) au cours des 12 derniers mois pour un problème de santé mentale, sans avoir vu aussi un psychiatre.

	Ile-de-France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total
N	5382	5072	5109	5214	20777
Non	93,1%	96,0%	95,6%	94,3%	94,8%
Oui	6,9%	4,0%	4,4%	5,7%	5,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi2	<0,001				

L'année passée 1% de la population a vu un psychothérapeute qui n'est ni un psychologue ni un psychanalyste et la tendance régionale est la même que précédemment.

28. Tableau 2 : Pourcentage de personnes ayant vu un psychothérapeute qui n'est ni psychiatre, ni psychanalyste ni psychologue (« ni ni ») au cours des 12 derniers mois pour un problème de santé mentale

	Ile-de-France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total
N	5382	5072	5109	5214	20777
Non	98,9%	99,5%	99,4%	99,0%	99,2%
Oui	1,1%	0,5%	0,7%	1,0%	0,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi2	0,008				

Ce pourcentage est divisé par deux si on ne considère que ceux qui n'ont pas vu un psychiatre durant la même année

29. Tableau 2 bis : Pourcentage de personnes ayant vu un psychothérapeute qui n'est ni psychiatre, ni psychanalyste ni psychologue (« ni ni ») au cours des 12 derniers mois pour un problème de santé mentale. Utilisation exclusive, sans avoir vu aussi un psychiatre.

	Ile-de-France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total
N	5382	5072	5109	5214	20777
Non	99,4%	99,6%	99,6%	99,4%	99,5%
Oui	0,6%	0,4%	0,4%	0,6%	0,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi2	0,250				

Parmi les personnes ayant un besoin de soins en santé mentale, ces différents pourcentages sont plus élevés mais restent très bas

30. Tableau 2 A : Pourcentage de personnes ayant vu un psychothérapeute qui n'est ni psychiatre, ni psychanalyste ni psychologue (« ni ni ») au cours des 12 derniers mois pour un problème de santé mentale.

	Ile-de-France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total
N	1511	1298	1313	1297	5419
Non	98,3%	98,5%	98,9%	97,4%	98,3%
Oui	1,7%	1,5%	1,1%	2,6%	1,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi2	0,108				

31. Tableau 2B : Pourcentage de personnes ayant vu un psychothérapeute qui n'est ni psychiatre, ni psychanalyste ni psychologue (« ni ni ») au cours des 12 derniers mois pour un problème de santé mentale. Utilisation exclusive, sans avoir vu aussi un psychiatre.

	Ile-de-France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total
N	1511	1298	1313	1297	5419
Non	98,9%	98,8%	99,3%	98,3%	98,8%
Oui	1,1%	1,2%	0,7%	1,7%	1,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi2	0,283				

Parmi les personnes ayant un besoin en psychiatrie on arrive à 3% en moyenne dont la moitié ont aussi consulté un psychiatre

32. Tableau 2 C : Pourcentage de personnes ayant vu un psychothérapeute qui n'est ni psychiatre, ni psychanalyste ni psychologue (« ni ni ») au cours des 12 derniers mois

	Ile-de-France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total
N	453	353	423	378	1607
Non	94,3%	98,3%	98,6%	96,9%	96,9%
Oui	5,7%	1,7%	1,4%	3,1%	3,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi2	0,001				

33. Tableau 2 D : Pourcentage de personnes ayant vu un psychothérapeute qui n'est ni psychiatre, ni psychanalyste ni psychologue (« ni ni ») au cours des 12 derniers mois Utilisation exclusive, sans avoir vu aussi un psychiatre.

	Ile-de-France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total
N	453	353	423	378	1607
Non	97,8%	98,7%	99,5%	98,7%	98,7%
Oui	2,2%	1,3%	0,6%	1,3%	1,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi2	0,213				

Ces tableaux montrent que la participation des psychothérapeutes n'appartenant à aucune des catégories classiques est relativement faible que les personnes aient de besoins de santé mentale et de psychiatrie en particulier dans le cas où le psychiatre n'a pas été consulté où ce pourcentage est 1,2% pour ceux qui ont des besoins en santé mentale et 1,4% pour ceux qui ont des besoins en psychiatrie.

Il s'agit donc d'une pratique relativement marginale du moins si on ne considère que ceux qui sont suivis exclusivement par ces thérapeutes.

### III.3.2 - Recours aux psychothérapies sur la vie

L'enquête permettait aussi de connaître le recours aux psychothérapies, l'appartenance professionnelle des psychothérapeutes, les modalités de pratique et les recours multiples au cours de la vie.

7% de la population a déjà suivi une psychothérapie au cours de la vie ; un bon tiers des personnes a fait plusieurs psychothérapies au cours de sa vie.

34. Tableau 3 : Pourcentage de personnes ayant suivi une psychothérapie au cours de la vie par région

	Ile-de-France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total
N	5381	5072	5108	5211	20772
1 fois	5,5%	3,8%	3,9%	5,3%	4,7%
Plusieurs fois	3,5%	1,6%	1,5%	2,6%	2,3%
Non	90,9%	94,6%	94,6%	92,1%	93,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi2	<0,001				

Environ un tiers de ces psychothérapies ont eu lieu l'année passée par conséquent 2% de la population a suivi une psychothérapie au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est plus importante en Ile-de-France et atteint 3%.

35. Tableau 6 : Pourcentage de personnes ayant suivi une psychothérapie au cours des 12 derniers mois par région

	Ile-de-France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total
N	5382	5072	5109	5214	20777
Non	97,0%	98,7%	98,7%	97,9%	98,1%
Oui	3,0%	1,3%	1,4%	2,1%	1,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi2	<0,001				

Cette thérapie s'est faite en individuel dans la majorité des cas

36. Tableau 4 : Parmi les personnes ayant suivi une psychothérapie au cours de la vie, psychothérapie individuelle ou de groupe

Type de psychothérapie	
N=1635	%
Individuelle	92,8%
De groupe	7,2%
Total	100,0%

La majorité des psychothérapies ont une fréquence d'une fois par semaine ou plus Presque la moitié des psychothérapies durent plus d'un an et les trois quarts plus de six mois

37. Tableau 3 bis : Parmi les personnes ayant suivi une psychothérapie au cours de la vie, fréquence du traitement

Fréquence de la psychothérapie	
N=1628	%
Plus d'1 fois par semaine	12,2%
1 fois par semaine	48,7%
2 à 3 fois par mois	19,6%
1 fois par mois	15,2%
Moins d'1 fois par mois	4,2%
Total	100,0%

38. Tableau 3 ter : Parmi les personnes ayant suivi une psychothérapie au cours de la vie, durée du traitement

Durée du traitement de la psychothérapie	
N=1634	%
Moins d'1 mois	7,4%
De 1 à moins de 6 mois	29,9%
De 6 mois à moins d'1 an	20,2%
Plus d'1 an	42,5%
Total	100,0%



### III.3.2.1 - L'appartenance professionnelle des psychothérapeutes

L'enquête demandait l'appartenance professionnelle du psychothérapeute ; plusieurs réponses étaient proposées cependant quand la personne avait suivi plusieurs psychothérapies on lui demandait de se référer à la plus récente. Malgré cela les personnes ont coché plusieurs réponses ; certains ensembles sont cohérents : un psychiatre est un médecin, un psychanalyste peut appartenir à différentes professions (4%) ; d'autres ne le sont pas médecin et psychologue par exemple ces incohérences ont été regroupées dans les analyses enfin 2 à 3% des personnes déclarent ignorer la profession de leur psychothérapeute.

De manière générale, le psychothérapeute le plus fréquent est le psychiatre pour un peu plus de la moitié des individus ayant suivi une psychothérapie. Viennent ensuite le psychologue qui pratique un quart des psychothérapies, puis les psychanalystes des diverses appartenances 10,6%, une partie non négligeable 5% est suivie par des thérapeutes n'appartenant à aucune de ces catégories (dites des ni ni) , et enfin 3% s'adresse à un autre médecin.

A noter que c'est en Ile-de-France que les psychanalystes sont les plus fréquents : 15,8% puis en Rhône Alpes 9,3%, Haute Normandie 8,7% par contre ils ne sont que 5,9% en Lorraine.

39. Tableau 5 : Parmi les personnes ayant suivi une psychothérapie au cours de la vie, les pourcentages des différentes appartenances professionnelles des psychothérapeutes

	Ile-de-France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total
N	548	309	313	469	1639
Psychiatre <sup>1</sup>	44,2%	54,9%	59,6%	49,3%	50,7%
Psychanalyste <sup>2</sup>	15,8%	8,7%	5,9%	9,3%	10,6%
Psychologue <sup>3</sup>	27,0%	22,3%	22,7%	24,1%	24,5%
Autre médecin <sup>4</sup>	2,7%	4,9%	1,7%	3,0%	3,0%
« ni ni » <sup>5</sup>	4,8%	3,1%	2,6%	8,0%	5,0%
Autres réponses <sup>6</sup>	3,3%	3,4%	4,2%	4,8%	3,9%
NSP	2,3%	2,6%	3,3%	1,4%	2,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi2	<0,001				

1 : Psychiatre, médecin et psychiatre

2 : Psychanalyste, psychiatre et psychanalyste, psychanalyste et psychologue, médecin et psychanalyste et psychiatre

3 : Psychologue

4 : Un médecin autre qu'un psychiatre

5 : Une personne qui n'appartient à aucune des catégories précédentes

6 : Psychiatre et psychologue, psychiatre et psychologue et psychanalyste, médecin et psychologue, médecin et psychologue et psychiatre, médecin et psychologue et psychiatre et psychanalyste

### III.3.2.2 - Les caractéristiques des personnes qui suivent des psychothérapies

Les femmes suivent en moyenne plus de psychothérapies que les hommes mais elles ont plus de troubles anxio dépressifs qui en sont l'indication la plus fréquente et plus de détresse psychologique

40. Tableau 8 A

Sexe	Hommes	Femmes	Total
N	8858	11914	20772
Non	95,2%	91,1%	93,0%
Oui	4,8%	8,9%	7,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
Chi2	<0,001		

La classe d'âge où ce traitement est le plus fréquent est celle des 35-49 ans qui correspond au pic des prévalences

41. Tableau 8 B : Pourcentage de personnes ayant suivi une psychothérapie au cours de la vie par classe d'âge

Classes d'âge	18-24 ans	25-34 ans	35-49 ans	50-64 ans	65-98 ans	Total
N	2006	3626	6026	505	4064	20772
Non	93,6%	92,6%	90,6%	92,9%	97,7%	93,0%
Oui	6,4%	7,5%	9,4%	7,1%	2,3%	7,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi2	<0,001					

Ce sont les personnes qui ont fait le plus d'études qui suivent le plus de psychothérapies

42. Tableau 8 C : Pourcentage de personnes ayant suivi une psychothérapie au cours de la vie par niveau de diplôme

Niveau de diplôme	Aucun	CEP CAP BEP	BAC	1er cycle	2ème 3ème cycle	Total
N	2352	9054	3447	247	3429	20752
Non	96,0%	95,2%	92,5%	90,6%	86,9%	93,0%
Oui	4,0%	4,9%	7,5%	9,4%	13,1%	7,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi2	<0,001					

Ce traitement est plus fréquent en milieu urbain

43. Tableau 8 D : Pourcentage de personnes ayant suivi une psychothérapie au cours de la vie par type de commune de résidence

Commune	Rurale	< 20 000 habitants	> 20 000 habitants	Total
N	5057	3113	12602	20772
Non	94,5%	94,3%	92,3%	93,0%
Oui	5,5%	5,7%	7,7%	7,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi2	<0,001			

Il faudrait vérifier la part respective de ces facteurs et des facteurs cliniques par des analyses multivariées.

*III.3.3 - Le recours aux psychotropes est plus fréquent que celui aux psychothérapies mais par contre les personnes qui suivent des psychothérapies ont aussi recours aux psychotropes*

Un peu plus de 5% de la population a pris des psychotropes au cours des 12 derniers mois. Il n'y a pas de différence statistique significative entre les régions même si les prévalences de diagnostics en santé mentale ne sont pas équivalentes entre les régions.

44. Tableau 7 : Pourcentage de personnes ayant pris des psychotropes au cours des 12 derniers mois par région

	Ile-de-France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total
N	5382	5072	5109	5214	20777
Non	94,2%	94,6%	95,0%	94,5%	94,6%
Oui	5,8%	5,4%	5,0%	5,5%	5,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi2	0,430				

19,8% des personnes ayant pris des psychotropes les 12 derniers mois ont aussi fait une psychothérapie sur la même période, et 55,5% des personnes ayant fait une psychothérapie les 12 derniers mois ont aussi pris des psychotropes sur la même période. Ces deux événements sont très liés statistiquement.

45. Tableau 8 : Croisement entre les personnes ayant suivi une psychothérapie au cours des 12 derniers mois et celles ayant pris des psychotropes au cours des 12 derniers mois

		Psychothérapie au cours des 12 derniers mois			
		N	Non	Oui	Total
Prise de psychotropes au cours des 12 derniers mois	N		20298	479	20777
	Non	19492	99,1%	0,9%	100,0%
			95,6%	44,5%	94,6%
	Oui	1285	80,3%	19,8%	100,0%
	Total	20777	4,5%	55,5%	5,4%
			100,0%	100,0%	100,0%
Chi2		<0,001			

### III.3.4 - Données régionales

46. Tableau 9A : En population générale % de personnes ayant fait une psychothérapie ou ayant pris des psychotropes ou ayant fait les deux au cours des 12 derniers mois par région

	Ile-de-France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total
N	5382	5072	5109	5214	20777
Ni l'un ni l'autre	92,6%	94,2%	94,5%	93,5%	93,7%
Psychothérapie seule	1,5%	0,4%	0,5%	1,0%	0,9%
Psychotropes seuls	4,3%	4,5%	4,2%	4,5%	4,4%
Psychothérapie et psychotropes	1,5%	0,9%	0,9%	1,0%	1,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

47. Tableau 9B : Parmi les personnes ayant un besoin de soins en santé mentale

% de personnes ayant fait une psychothérapie ou ayant pris des psychotropes ou ayant fait les deux au cours des 12 derniers mois par région

	Ile-de-France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total
N	1511	1298	1313	1297	5419
Ni l'un ni l'autre	87,2%	89,1%	89,3%	88,6%	88,5%
Psychothérapie seule	3,0%	0,6%	1,1%	1,4%	1,6%
Psychotropes seuls	7,8%	8,8%	8,2%	8,4%	8,3%
Psychothérapie et psychotropes	2,0%	1,4%	1,4%	1,6%	1,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

48. Tableau 9C : Parmi les personnes ayant un besoin de soins en psychiatrie

% de personnes ayant fait une psychothérapie ou ayant pris des psychotropes ou ayant fait les deux au cours des 12 derniers mois par région

	Ile-de-France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total
N	453	353	423	378	1607
Ni l'un ni l'autre	67,3%	66,5%	74,5%	67,1%	69,0%
Psychothérapie	3,6%	1,8%	1,3%	4,2%	2,8%
Psychotropes	19,5%	25,2%	18,2%	22,4%	21,1%
Psychothérapie et psychotropes	9,6%	6,4%	6,0%	6,2%	7,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La comparaison entre ces tableaux donne plusieurs éléments intéressants. En population générale, le fait d'avoir fait une psychothérapie ou avoir pris un psychotrope les 12 derniers mois touchent 6% de la population, en considérant les personnes ayant un besoin de soins en santé mentale, cette proportion est doublée (12%), et pour les personnes ayant un besoin de soins en psychiatrie, elle est multipliée par 5 (30%). La différence entre région est plus importante pour les personnes ayant un besoin de soins en psychiatrie. C'est en Lorraine qu'il y a le plus de personnes qui n'ont aucun de ces traitements. Comparativement aux autres régions, c'est en Ile-de-France et en Rhône-Alpes que les psychothérapies sont les plus fréquentes, alors qu'en Haute-Normandie c'est la prise de psychotropes qui est plus courante en cas de problèmes psychiatriques. Si on considère que le recours aux psychothérapies et aux psychotropes est la recommandation de bonne pratique pour ceux qui ont des besoins de soins de type psychiatriques cette pratique concerne un cinquième des patients.

Par contre il faut tenir compte du fait que le pourcentage de personnes dans la catégorie des besoins de soins en psychiatrie qui a été en contact soit avec un psychiatre soit avec un médecin généraliste soit avec un autre intervenant est plus élevé atteignant 80% et plus encore quand on la combine avec les recours en institution. Ces personnes ne perçoivent pas probablement à juste titre ces contacts comme des psychothérapies.

### *III.3.5 - Conclusion*

Il s'agit de résultats descriptifs et il sera possible de vérifier par exemple l'influence respective de l'offre et des variables socio démographiques comme le revenu ou le niveau d'instruction sur la demande et la pratique des psychothérapies versus celui des facteurs cliniques.

S'agissant du poids respectif des différents psychothérapeutes on note que l'année passée environ 1% de la population a été en contact avec un psychothérapeute qui n'est ni un psychiatre ni un psychologue ni un psychanalyste ; pourcentage auquel on doit ajouter une partie ou totalité des 2% de personnes qui ne connaissent pas la profession de leur psychothérapeute soit entre un total de 1 % à 2% cependant on note que rares sont les personnes qui déclarent suivre une psychothérapie avec ce type d'intervenants (1/1000) ce qui laisse à penser que les personnes sont assez conscientes de leur traitement et des intervenants habilités à les pratiquer.

## CHAPITRE IV – MODÉLISATION DES BESOINS : EXTRAPOLATION REGIONALE ET NATIONALE

### IV.1- Présentation et méthodes

#### *IV.1.1 - Objectif*

L'objectif de la partie suivante est d'estimer les besoins de soins en santé mentale et en psychiatrie par zone géographique à partir des données de l'enquête et de l'utilisation d'indicateurs sociodémographiques issus de la base de données du recensement général de la population 1999 de l'INSEE.

#### *IV.1.2 - Construction de la variable dépendante d'analyse*

La variable besoins de soins en santé mentale et en psychiatrie est construite de la manière suivante. Les personnes qui ont un besoin de soins en psychiatrie présentent une comorbidité de type 2 ou un diagnostic sévère. La comorbidité de type 2 correspond à la présence de deux domaines de diagnostics au moins (humeur et anxiété, humeur et substance, anxiété et substance), le score de sévérité mesuré par l'échelle de Sheehan correspond à un score supérieur ou égal à 28. Le besoin de soins en santé mentale concerne les personnes ayant au moins un diagnostic DSM IV ou une détresse psychologique ou un retentissement ou un absentéisme et qui ne sont pas classées en besoins de soins en psychiatrie. Enfin les personnes qui n'ont pas de besoins de soins sont celles qui n'ont ni besoin de soins en psychiatrie, ni en santé mentale. La variable obtenue est codée en trois classes.

#### *IV.1.3 – Méthodes statistiques*

Les données de l'enquête sont agrégées à différents niveaux territoriaux : région, département, territoire de santé, territoire de proximité. Des proportions de personnes ayant des besoins de soins en santé mentale, en psychiatrie et sans besoin de soins sont calculées pour les différentes zones géographiques. Sont calculées également les répartitions des variables sociodémographiques : la proportion de femmes, de personnes en couple... Ensuite, à l'aide de modèles de régression linéaire, les proportions de besoins de soins sont ajustées à partir des données sociodémographiques. La puissance des modèles est mesurée par la proportion de variance expliquée c'est-à-dire la part de l'information restituée.

Les modèles de régression linéaire permettent d'obtenir les paramètres des droites de régression. Les formules sont les suivantes :

$$\% \text{ Besoins de soins en santé mentale} = \text{Constante} + B \cdot \% \text{VSD}$$

$$\% \text{ Besoins de soins en psychiatrie} = \text{Constante} + B \cdot \% \text{VSD}$$

$$\% \text{ Aucun besoins de soins} = \text{Constante} + B \cdot \% \text{VSD}$$

Avec B, la valeur du paramètre associé à VSD, la variable sociodémographique d'ajustement.

À l'aide des paramètres des droites de régression, les proportions de personnes ayant ou non des besoins de soins sont calculées et comparées aux proportions observées.

Ensuite, les paramètres des droites de régression sont appliqués aux données de l'INSEE afin d'estimer les besoins de soins des autres régions.

#### *IV.1.4 – Les variables d'ajustement*

Au niveau de l'enquête, les proportions suivantes ont été testées : proportions de femmes, de couples, de personnes actives, de chômeurs, de ménages composés de 1 personne, de 2 personnes, de propriétaires, de locataires. Pour que les estimations soient possibles en utilisant les données de l'INSEE, les variables d'ajustement utilisées doivent être comparables à celles du recensement général de la population.

La base de données de l'INSEE présente les effectifs par commune, département et région, des indicateurs sociodémographiques suivants : population totale, nombre d'hommes, de femmes, de ménages, de ménages de 1 personne, de 2 personnes, nombre de couple, nombre de personnes dans les différentes catégories socioprofessionnelles, nombre de propriétaires, de locataires... Comme pour l'enquête, des proportions sont calculées pour permettre le calcul des besoins de soins par l'utilisation des modèles de régression.

#### *IV.1.5 – Les biais de la méthode*

La méthode d'analyse exposée ci-dessus présente plusieurs biais. Tout d'abord, les biais de sélection de l'enquête résultant du choix des individus participant à l'enquête ont pu affecté les prévalences des besoins de soins. Certains individus n'ont pas été retenus pour répondre au questionnaire ou n'étaient pas dans les meilleures conditions pour assurer une passation correcte. Afin de limiter les biais, les individus équipés seulement d'un mobile ont été exclus de l'analyse. Un second biais lié au choix des variables d'ajustement peut exister, si par exemple un facteur de risque important lié aux besoins de soins en santé mentale n'a pas été pris en considération. Enfin, une différence dans les valeurs des indicateurs sociodémographiques entre ceux de l'enquête et ceux de l'INSEE peut provenir des modes de recueils des données utilisés et des techniques de calcul. Par exemple la proportion de couple correspond dans l'enquête à la proportion d'individus vivant en couple, alors que pour le recensement, elle est égale à la proportion de couple parmi l'ensemble des ménages. L'ensemble de ces remarques conduit à la prudence lors de la prise en considération des résultats.

## IV.2- Résultats

### IV.2.1 – Les proportions observées de l'enquête

49. Tableau : Besoins de soins par région

Besoins de soins	N	Aucun	En santé mentale	En psychiatrie
Ile-de-France	4869	64,2%	27,9%	7,9%
Haute-Normandie	4870	68,5%	25,2%	6,3%
Lorraine	4864	66,2%	25,8%	8,0%
Rhône-Alpes	4889	67,7%	25,2%	7,1%
Total	19492	66,7%	26,0%	7,3%
<i>P-value</i>			<i>0.001</i>	

L'Ile-de-France compte le plus d'individus ayant des besoins de soins en général. Les besoins de soins en santé mentale sont plus importants en Ile-de-France, dans les autres régions les proportions sont équivalentes. Les besoins de soins en psychiatrie sont pratiquement similaires en Ile-de-France et Lorraine, ils sont plus faibles en Haute-Normandie, la région Rhône-Alpes est intermédiaire.

### IV.2.2 – Résultats des régressions linéaires

Les tableaux suivants présentent les différents résultats des régressions linéaires réalisées à partir des données de l'enquête. Chaque proportion, la proportion de besoin de soins en santé mentale, de besoin de soins en psychiatrie, et de personnes n'ayant pas de besoin de soins sont estimées à l'aide d'un modèle de régression linéaire. Pour chaque proportion estimée, deux tableaux de résultats sont présentés. Dans le premier, chaque observation a un poids de 1, alors que dans le deuxième tableau, le critère de pondération utilisé est égal au nombre de personnes ayant participé au calcul de la moyenne de l'observation (par exemple au niveau régional, la pondération utilisée pour la région Ile-de-France est égale au nombre de personnes résidant en Ile-de-France dans l'enquête et ayant un besoin de soins codé). La première colonne indique le niveau de la zone géographique utilisé, la région compte 4 observations, le département 22, le territoire de santé 17 et le territoire de proximité 69. La colonne variable correspond à la variable explicative du modèle. Les variables sélectionnées correspondent à celles qui fournissent les résultats les plus puissants. Le R2 est la part de l'information restituée par le modèle. Un modèle est considéré comme puissant si le R2 est supérieur à 75%. Les colonnes constante et B correspondent aux valeurs des paramètres de la droite de régression. La colonne SCEM (†) est la Somme des Carrés des Ecartes à la Moyenne rapportée aux nombres d'observations, et l'écart absolu moyen est l'erreur moyenne commise pour chaque observation entre la valeur observée et la valeur calculée par le modèle. Ces deux mesures donnent des indications supplémentaires de la puissance du modèle. Plus elles sont proches de zéro, meilleures sont les estimations. Seuls les résultats des analyses univariées sont indiquées dans la mesure où les analyses multivariées n'ont pas fourni de meilleurs ajustements.



#### IV.2.2.1 – Les besoins de soins en santé mentale

%Besoins de soins en santé mentale = Constante + B\*Variable

50. Tableau : Valeur des paramètres des droites de régression en analyse univariée sans pondération

Territoires	Variable	R2 ajusté	Constante	B	SCEM†	Ecart absolu moyen
Région	% propriétaire	90,31%	0,37044	-0,17565	0,00001	0,24%
	% ménage 2 personnes	96,95%	0,53042	-0,95330	0,00000	0,12%
	% couple	99,24%	0,56195	-0,43675	0,00000	0,07%
Département	% propriétaire	53,58%	0,37974	-0,19369	0,00028	1,33%
	% ménage 2 personnes	0,00%	0,27410	-0,05618	0,00063	1,73%
	% couple	52,31%	0,54234	-0,40921	0,00029	1,31%
Territoire de santé	% propriétaire	67,75%	0,38228	-0,19338	0,00013	0,95%
	% ménage 2 personnes	10,38%	0,40678	-0,51892	0,00037	1,34%
	% couple	51,98%	0,49534	-0,33902	0,00020	1,19%
Territoire de proximité	% propriétaire	28,10%	0,38368	-0,19403	0,00124	2,71%
	% ménage 2 personnes	0,00%	0,27406	-0,05213	0,00175	3,19%
	% couple	26,15%	0,50027	-0,34656	0,00127	2,73%

51. Tableau : Valeur des paramètres des droites de régression en analyse univariée avec pondération

Territoires	Variable	R2 ajusté	Constante	B	SCEM†	Ecart absolu moyen
Région	% propriétaire	90,03%	0,37038	-0,17557	0,00001	0,24%
	% ménage 2 personnes	96,86%	0,53045	-0,95342	0,00000	0,12%
	% couple	99,22%	0,56185	-0,43662	0,00000	0,07%
Département	% propriétaire	58,26%	0,37853	-0,18852	0,00028	1,33%
	% ménage 2 personnes	0,00%	0,28854	-0,10085	0,00063	1,75%
	% couple	55,85%	0,54402	-0,41083	0,00029	1,30%
Territoire de santé	% propriétaire	75,59%	0,37880	-0,18894	0,00011	0,82%
	% ménage 2 personnes	1,95%	0,36706	-0,37756	0,00039	1,36%
	% couple	68,26%	0,53650	-0,39996	0,00019	1,01%
Territoire de proximité	% propriétaire	32,03%	0,37569	-0,18401	0,00101	2,39%
	% ménage 2 personnes	0,00%	0,28876	-0,10160	0,00154	2,95%
	% couple	30,72%	0,50006	-0,34726	0,00102	2,41%

† Somme des carrés des écarts à la moyenne

#### IV.2.2.2 – Les besoins de soins en psychiatrie

%Besoins de soins en psychiatrie = Constante + B\*Variable

52. Tableau : Valeur des paramètres des droites de régression en analyse univariée sans pondération

Territoires	Variable	R2 ajusté	Constante	B	SCEM <sup>†</sup>	Ecart absolu moyen
Région	% propriétaire	0,00%	0,10489	-0,05016	0,00004	0,47%
	% ménage 2 personnes	0,00%	0,15957	-0,30394	0,00004	0,43%
	% couple	8,83%	0,19021	-0,16904	0,00003	0,44%
Département	% propriétaire	20,07%	0,11844	-0,07199	0,00015	0,96%
	% ménage 2 personnes	5,34%	0,11983	-0,16606	0,00018	1,11%
	% couple	2,91%	0,13325	-0,08636	0,00019	1,06%
Territoire de santé	% propriétaire	3,35%	0,10440	-0,04693	0,00018	0,89%
	% ménage 2 personnes	0,00%	0,11272	-0,13423	0,00019	1,05%
	% couple	0,00%	0,10377	-0,04212	0,00019	1,01%
Territoire de proximité	% propriétaire	10,54%	0,11373	-0,06561	0,00043	1,54%
	% ménage 2 personnes	3,85%	0,10875	-0,12911	0,00047	1,62%
	% couple	4,17%	0,12950	-0,08320	0,00047	1,60%

53. Tableau : Valeur des paramètres des droites de régression en analyse univariée avec pondération

Territoires	Variable	R2 ajusté	Constante	B	SCEM <sup>†</sup>	Ecart absolu moyen
Région	% propriétaire	0,00%	0,10482	-0,05006	0,00004	0,47%
	% ménage 2 personnes	0,00%	0,15973	-0,30451	0,00004	0,43%
	% couple	8,27%	0,19097	-0,17012	0,00003	0,44%
Département	% propriétaire	21,26%	0,11678	-0,06906	0,00015	0,96%
	% ménage 2 personnes	1,07%	0,11208	-0,13658	0,00018	1,11%
	% couple	7,66%	0,14701	-0,10655	0,00019	1,05%
Territoire de santé	% propriétaire	23,35%	0,11249	-0,06225	0,00008	0,70%
	% ménage 2 personnes	0,00%	0,07759	-0,01502	0,00012	0,89%
	% couple	22,57%	0,16753	-0,13623	0,00010	0,73%
Territoire de proximité	% propriétaire	14,73%	0,11875	-0,07220	0,00037	1,41%
	% ménage 2 personnes	3,83%	0,11518	-0,14748	0,00043	1,50%
	% couple	3,65%	0,12798	-0,07903	0,00041	1,50%

† Somme des carrés des écarts à la moyenne

#### IV.2.2.3 – Aucun besoins de soins

%Aucun besoin de soins = Constante + B\*Variable

54. Tableau : Valeur des paramètres des droites de régression en analyse univariée sans pondération

Territoires	Variable	R2 ajusté	Constante	B	SCEM†	Ecart absolu moyen
Région	% propriétaire	57,60%	0,52467	0,22581	0,00008	0,71%
	% ménage 2 personnes	68,59%	0,31002	1,25724	0,00006	0,55%
	% couple	83,22%	0,24784	0,60580	0,00003	0,46%
Département	% propriétaire	67,47%	0,50182	0,26568	0,00030	1,44%
	% ménage 2 personnes	0,00%	0,60607	0,22225	0,00092	2,16%
	% couple	50,26%	0,32441	0,49556	0,00045	1,60%
Territoire de santé	% propriétaire	54,85%	0,51332	0,24031	0,00035	1,42%
	% ménage 2 personnes	7,79%	0,48050	0,65314	0,00072	1,87%
	% couple	33,01%	0,40089	0,38114	0,00052	1,75%
Territoire de proximité	% propriétaire	34,89%	0,50260	0,25963	0,00164	3,11%
	% ménage 2 personnes	0,54%	0,61718	0,18123	0,00250	3,92%
	% couple	27,69%	0,37023	0,42975	0,00182	3,37%

55. Tableau : Valeur des paramètres des droites de régression en analyse univariée avec pondération

Territoires	Variable	R2 ajusté	Constante	B	SCEM†	Ecart absolu moyen
Région	% propriétaire	56,62%	0,52479	0,22563	0,00008	0,71%
	% ménage 2 personnes	67,86%	0,30982	1,25794	0,00006	0,55%
	% couple	82,84%	0,24718	0,60674	0,00003	0,47%
Département	% propriétaire	64,12%	0,50469	0,25759	0,00030	1,49%
	% ménage 2 personnes	0,00%	0,59937	0,23743	0,00093	2,18%
	% couple	51,48%	0,30897	0,51738	0,00045	1,60%
Territoire de santé	% propriétaire	70,55%	0,50871	0,25119	0,00020	1,19%
	% ménage 2 personnes	0,00%	0,55535	0,39257	0,00076	1,79%
	% couple	64,87%	0,29597	0,53619	0,00035	1,54%
Territoire de proximité	% propriétaire	38,84%	0,50555	0,25621	0,00134	2,82%
	% ménage 2 personnes	1,42%	0,59607	0,24908	0,00230	3,69%
	% couple	28,60%	0,37196	0,42629	0,00155	3,08%

† Somme des carrés des écarts à la moyenne

Au niveau régional, la puissance des modèles est supérieure à 80% pour les pourcentages de besoin de soins en santé mentale et pour les personnes ne présentant aucun besoin de soins. Comme les résultats des régressions des besoins de soins en psychiatrie ne sont pas satisfaisants, pour obtenir le pourcentage de besoin de soins en psychiatrie, on le déduit des deux estimations précédentes. Pour les estimations régionales, les résultats avec le critère de pondération sont équivalents à ceux obtenus sans pondération. La variable explicative qui donne les meilleurs résultats est la proportion de couple.

Au niveau départemental, des territoires de santé et des territoires de proximités, les R2 les plus grands sont obtenus en ajustant sur la variable proportion de propriétaire, indicateur révélateur de la situation économique des territoires. Pour les territoires de santé, les R2 sont supérieurs à 70% pour les pourcentages de besoin de soins en santé mentale et pour les personnes ne présentant aucun besoin de soins. Les résultats sont nettement meilleurs avec l'utilisation de la pondération. La puissance des résultats est assez bonne, l'erreur moyenne commise est de moins de 1% pour les besoins de soins en santé mentale. Les puissances des modèles avec les départements et les territoires de proximité sont insuffisantes pour garantir une extrapolation fiable.

#### IV.2.2.4 - Les paramètres des droites de régression les plus pertinents

Au niveau régional, la variable d'ajustement qui donne les meilleurs résultats et la proportion de couple, les équations sont les suivantes :

$$\% \text{Besoins de soins en santé mentale} = 0,56185 - 0,43662 * \% \text{ couple}$$

$$\% \text{Aucun besoin de soins} = 0,24718 + 0,60674 * \% \text{ couple}$$

$$\% \text{Besoins de soins en psychiatrie} = 1 - (\% \text{Besoins de soins en santé mentale} + \% \text{Aucun besoin de soins})$$

Avec les données de l'enquête, les résultats des valeurs estimées par les paramètres sont les suivantes :

56. Tableau 8 : Valeurs observées et valeurs estimées au niveau régional

Région	Valeurs observées				Valeurs estimées		
	%Besoins de soins en santé mentale	%Aucun besoin de soins	%Besoins de soins en psychiatrie	% Couple enquête	%Besoins de soins en santé mentale	%Aucun besoin de soins	%Besoins de soins en psychiatrie
Ile-de-France	27,9%	64,2%	7,9%	64,8%	27,9%	64,1%	8,1%
Haute-Normandie	25,2%	68,5%	6,3%	70,8%	25,3%	67,7%	7,1%
Lorraine	25,8%	66,2%	8,0%	69,6%	25,8%	66,9%	7,3%
Rhône-Alpes	25,2%	67,7%	7,1%	71,3%	25,1%	68,0%	7,0%

Au niveau du territoire de santé, les meilleures estimations sont obtenues avec la variable d'ajustement % de propriétaire, les équations sont les suivantes :

$$\% \text{Besoins de soins en santé mentale} = 0,37880 - 0,18894 * \% \text{ propriétaire}$$

$$\% \text{Aucun besoin de soins} = 0,50871 + 0,25119 * \% \text{ propriétaire}$$

$$\% \text{ Besoins de soins en psychiatrie} = 1 - (\% \text{ Besoins de soins en santé mentale} + \% \text{ Aucun besoin de soins})$$

Avec les données de l'enquête, les résultats des valeurs estimées par les paramètres sont les suivantes :

57. Tableau : Valeurs observées et valeurs estimées au niveau des territoires de santé

Territoires de santé	Valeurs observées				Valeurs estimées		
	%Besoins de soins en santé mentale	%Aucun besoin de soins	%Besoins de soins en psychiatrie	% Propriétaire enquête	%Besoins de soins en santé mentale	%Aucun besoin de soins	%Besoins de soins en psychiatrie
Paris	32,2%	58,6%	9,1%	34,6%	31,4%	59,5%	9,1%
Petite Couronne	28,5%	63,3%	8,2%	47,0%	29,0%	62,7%	8,3%
Grande Couronne	25,6%	67,3%	7,1%	64,1%	25,8%	67,0%	7,3%
Caux Maritime	26,9%	66,8%	6,3%	66,7%	25,3%	67,6%	7,1%
Estuaire	24,5%	70,3%	5,2%	67,7%	25,1%	67,9%	7,0%
Eure-Seine	23,7%	70,4%	5,9%	71,5%	24,4%	68,8%	6,8%
Seine et Plateaux	25,9%	66,9%	7,2%	63,1%	26,0%	66,7%	7,3%
Lorraine Nord	25,2%	66,4%	8,4%	66,6%	25,3%	67,6%	7,1%
Lorraine Sud	26,5%	66,0%	7,5%	67,2%	25,2%	67,8%	7,1%
Bourg-en-Bresse	24,4%	67,2%	8,4%	72,0%	24,3%	69,0%	6,8%
Valence							
Montélimar	23,4%	68,4%	8,2%	67,5%	25,1%	67,8%	7,0%
Grenoble	25,5%	67,1%	7,4%	67,3%	25,2%	67,8%	7,1%
St-Etienne Roanne	26,9%	66,7%	6,4%	70,1%	24,6%	68,5%	6,9%
Lyon Villefranche	25,8%	66,9%	7,4%	62,4%	26,1%	66,6%	7,4%
Chambéry							
Annecy Haute	23,8%	70,4%	5,9%	66,2%	25,4%	67,5%	7,1%
Savoie Nord							

#### IV.2.3 – Utilisation des données du recensement général de l'INSEE de 1999

##### IV.2.3.1 – Comparaisons des variables d'ajustement entre l'enquête et l'INSEE

58. Tableau : Variables sociodémographiques : INSEE versus Enquête

Région	% propriétaire INSEE	% propriétaire Enquête	% couple INSEE	% couple Enquête
Ile-de-France	44,3%	52,2%	59,9%	64,8%
Haute-Normandie	53,7%	66,3%	67,1%	70,8%
Lorraine	56,5%	66,9%	65,3%	69,6%
Rhône-Alpes	53,9%	65,9%	64,5%	71,3%

Le tableau ci-dessus montre des différences importantes entre les données de l'enquête et les données de l'INSEE. Ces différences proviennent des modes de calcul utilisés pour obtenir ces indicateurs. Les formules sont les suivantes :

Enquête : % couple=(nombre personnes mariées + en couple)/taille échantillon  
INSEE : % couple=(nombre ménages en couple)\*2/nombre personnes de 20 ans et plus

Enquête : % propriétaire=(nombre propriétaires)/(nombre propriétaires + locataires + autres)  
INSEE : % propriétaire=(nombre de ménages propriétaires)/nombre de ménages propriétaires + locataires + autres)

Les données de l'enquête sont des données individuelles, alors que les données du recensement concernent les ménages. Un ménage correspond à toute personne ou groupe de personnes vivant sous un même toit. Pour le pourcentage de couple, afin de se ramener aux données de l'enquête, on multiplie par 2 le nombre de ménages en couple pour obtenir le nombre de personnes et on le divise par la population des 20 ans et plus car nos données ne nous permettent pas d'avoir les 18 ans et plus. On peut supposer que si le pourcentage de couple est supérieur avec les données de l'enquête, c'est la conséquence de la déclaration de personnes en couple mais ne vivant pas sous le même toit.

Pour le pourcentage de propriétaire, il n'a pas été possible de faire comme précédemment afin de rendre les données les plus comparables possibles. Les différences sont assez grandes. Ces différences vont affectées les proportions des besoins de soins dans la mesure où on va appliquer les paramètres des équations aux données de l'INSEE.

#### IV.2.3.2 - Estimations des besoins de soins par région

Les tableaux suivants présentent les résultats obtenus par région en utilisant la variable d'ajustement proportion de couple.

Les résultats des ajustements indiquent des estimations plus importantes des personnes ayant un besoin de soins en santé mentale ou en psychiatrie par rapport aux résultats de l'enquête. La moyenne nationale pour les personnes âgées de plus de 20 ans est de 63,5% de personnes sans besoin de soins, 28,3% ayant des besoins de soins en santé mentale et 8,2% des besoins de soins en psychiatrie.

59. Tableau : Estimations par région de ceux n'ayant aucun besoin de soins

Régions	Population*	% Couple INSEE	Aucun besoin de soins	
			% Enquête	% Estimés
Corse	202533	58,6%		60,3%
Ile-de-France	8187143	59,9%	64,2%	61,0%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3458794	61,4%		62,0%
Languedoc-Roussillon	1771091	62,7%		62,8%
Midi-Pyrénées	1996305	63,4%		63,2%
Auvergne	1026957	63,4%		63,2%
Limousin	572319	63,6%		63,3%
Aquitaine	2262935	64,0%		63,6%
Bretagne	2206885	64,4%		63,8%
Rhône-Alpes	4215059	64,5%	67,7%	63,8%
Nord-Pas-de-Calais	2876623	64,8%		64,0%
Lorraine	1731238	65,3%	66,2%	64,4%
Bourgogne	1235000	65,6%		64,5%
Champagne-Ardenne	1002036	65,8%		64,6%
Franche-Comté	835855	65,8%		64,6%
Alsace	1302152	66,3%		65,0%
Basse-Normandie	1063981	66,4%		65,0%
Haute-Normandie	1306467	67,1%	68,5%	65,5%
Poitou-Charentes	1271883	67,2%		65,5%
Centre	1852992	67,2%		65,5%
Pays de la Loire	2404118	67,4%		65,6%
Picardie	1356882	67,6%		65,7%
Moyenne Nationale**				63,5%

\* population âgée de 20 ans et plus

\*\*Moyenne pondérée par le nombre d'habitants de plus de 20 ans par région

60. Tableau : Estimations par région des besoins de soins en santé mentale

Régions	Population*	% Couple INSEE	Besoin de soins en santé mentale	
			% Enquête	% Estimés
Corse	202533	58,6%		30,6%
Ile-de-France	8187143	59,9%	27,9%	30,0%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3458794	61,4%		29,4%
Languedoc-Roussillon	1771091	62,7%		28,8%
Midi-Pyrénées	1996305	63,4%		28,5%
Auvergne	1026957	63,4%		28,5%
Limousin	572319	63,6%		28,4%
Aquitaine	2262935	64,0%		28,2%
Bretagne	2206885	64,4%		28,1%
Rhône-Alpes	4215059	64,5%	25,2%	28,0%
Nord-Pas-de-Calais	2876623	64,8%		27,9%
Lorraine	1731238	65,3%	25,8%	27,7%
Bourgogne	1235000	65,6%		27,5%
Champagne-Ardenne	1002036	65,8%		27,5%
Franche-Comté	835855	65,8%		27,5%
Alsace	1302152	66,3%		27,2%
Basse-Normandie	1063981	66,4%		27,2%
Haute-Normandie	1306467	67,1%	25,2%	26,9%
Poitou-Charentes	1271883	67,2%		26,8%
Centre	1852992	67,2%		26,8%
Pays de la Loire	2404118	67,4%		26,7%
Picardie	1356882	67,6%		26,7%
Moyenne Nationale**				28,3%

\* population âgée de 20 ans et plus

\*\*Moyenne pondérée par le nombre d'habitants de plus de 20 ans par région



61. Tableau : Estimations par région des besoins de soins en psychiatrie

Régions	Population*	% Couple INSEE	Besoin de soins en psychiatrie	
			% Enquête	% Estimés
Corse	202533	58,6%		9,1%
Ile-de-France	8187143	59,9%	7,9%	8,9%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3458794	61,4%		8,6%
Languedoc-Roussillon	1771091	62,7%		8,4%
Midi-Pyrénées	1996305	63,4%		8,3%
Auvergne	1026957	63,4%		8,3%
Limousin	572319	63,6%		8,3%
Aquitaine	2262935	64,0%		8,2%
Bretagne	2206885	64,4%		8,1%
Rhône-Alpes	4215059	64,5%	7,1%	8,1%
Nord-Pas-de-Calais	2876623	64,8%		8,1%
Lorraine	1731238	65,3%	8,0%	8,0%
Bourgogne	1235000	65,6%		7,9%
Champagne-Ardenne	1002036	65,8%		7,9%
Franche-Comté	835855	65,8%		7,9%
Alsace	1302152	66,3%		7,8%
Basse-Normandie	1063981	66,4%		7,8%
Haute-Normandie	1306467	67,1%	6,3%	7,7%
Poitou-Charentes	1271883	67,2%		7,7%
Centre	1852992	67,2%		7,7%
Pays de la Loire	2404118	67,4%		7,6%
Picardie	1356882	67,6%		7,6%
Moyenne Nationale**				8,2%

\* population âgée de 20 ans et plus

\*\*Moyenne pondérée par le nombre d'habitants de plus de 20 ans par région

#### IV.3- Tentative de modélisation des hospitalisés en Lorraine

La région Lorraine nous a fourni par secteur le nombre de patients hospitalisés en psychiatrie. Avec les données de l'INSEE, le pourcentage de patient a été calculé et des régressions linéaires univariées ont été réalisées. Le tableau suivant présente les résultats des paramètres de la régression de la proportion de patients hospitalisés en Lorraine en fonction de la proportion de personnes travaillant dans le secteur industriel. Cette variable est apparue comme la plus puissante du point de vue du R2. Les résultats montrent qu'il ne semble pas raisonnable de faire des estimations : le R2 est très faible et l'erreur moyenne est égale à la moitié de l'estimation moyenne.

62. Tableau : Régression de la proportion de patients hospitalisés

Variable dépendante	% observée	Variable	R2 ajusté	Constante	B	% prédit	Ecart absolu moyen
% patient hospitalisé	0,5200%	% secteur industriel	0,1267	0,0005646	0,018471	0,5200%	0,2557%