



# Enquête santé mentale lorraine

*Déterminants  
du besoin de soins,  
des troubles psychologiques,  
du recours aux soins  
et de  
la qualité de vie*

## Exploitation régionale de l'enquête nationale « indicateurs en santé mentale »

Rapport rédigé par Serge Briançon, Ouarda Pereira,  
Yvon Schléret  
Octobre 2008





# Sommaire

<b>Table des illustrations.....</b>	<b>3</b>
<b>Figures.....</b>	<b>3</b>
<b>Tableaux .....</b>	<b>3</b>
<b>Les tableaux B1 à B20, R1 à R30, QV1_1 à QV4_4 sont présentés en annexe.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Objectifs .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Méthodologie .....</b>	<b>3</b>
3.1 Echantillon.....	3
3.2 Variables à expliquer .....	3
3.2.1 Besoin de soins.....	3
3.2.2 Troubles psychologiques .....	3
3.2.3 Recours aux soins.....	3
3.2.4 Qualité de vie.....	3
3.3 Variables explicatives .....	3
3.3.1 Les territoires de santé de proximité.....	3
3.3.2 Définition des niveaux de référence .....	3
3.4 Analyse statistique.....	3
3.4.1 Analyse des disparités infra régionales.....	3
3.4.2 Analyse des déterminants du besoin de soins, des troubles psychologiques et du recours aux soins .....	3
3.4.3 Analyse des déterminants de la qualité de vie .....	3
3.4.4 Ajustement et colinéarité.....	3
<b>4. Résultats.....</b>	<b>3</b>
4.1 Description des variables étudiées.....	3
4.1.1 Variables à expliquer .....	3
4.1.2 Caractéristiques socio-économiques.....	3
4.2 Analyse territoriale .....	3
4.2.1 Besoins de soins .....	3
4.2.1.1 Besoins de soin en santé mentale.....	3
4.2.1.2 Besoins de soin en psychiatrie .....	3
4.2.2 Troubles psychologiques .....	3
4.2.2.1 Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur.....	3
4.2.2.2 Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives.....	3
4.2.3. Recours aux soins pour des problèmes de santé mentale.....	3
4.2.4. Qualité de vie.....	3
4.3 Analyse des déterminants .....	3
4.3.1 Besoins de soins .....	3
4.3.1.1 Besoins de soins en santé mentale et/ou psychiatrie .....	3
4.3.1.2 Besoins de soins en psychiatrie (versus besoin de soins en santé mentale) .....	3
4.3.2 Troubles psychologiques .....	3
4.3.2.1 Troubles de l'humeur.....	3
4.3.2.2 Troubles anxieux.....	3
4.3.2.3 Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives .....	3
4.3.3 Recours aux soins pour des problèmes de santé mentale.....	3
4.3.3.1 Recours auprès d'un généraliste .....	3
4.3.3.2 Recours auprès d'un psychiatre .....	3
4.3.3.3 Recours auprès d'une structure.....	3
4.3.3.4 Recours auprès d'un intervenant en santé.....	3
4.3.3.5 Recours auprès d'un professionnel quelconque.....	3
4.3.4 Qualité de vie.....	3
4.3.4.1 Qualité de vie en fonction des besoins de soins.....	3

4.3.4.2 Déterminants de la qualité de vie chez les sujets ayant des besoins en santé mentale et/ou en psychiatrie.....	3
4.3.4.3 Déterminants de la qualité de vie en population générale.....	3
<b>5. Discussion Conclusion.....</b>	<b>3</b>

## Table des illustrations

### Figures

Figure 1 Différence des scores moyens de qualité de vie (MOS SF 36) des personnes n'ayant aucun besoin de soins et des personnes ayant un besoin de soins en santé mentale et/ou en psychiatrie ; Intervalles de Confiance à 95% associés.....	3
Figure 2 Différence des scores moyens de qualité de vie (MOS SF 36) des personnes [25-64 ans] n'ayant aucun besoin de soins et des personnes [25-64 ans] ayant un besoin de soins en santé mentale et/ou en psychiatrie; .....	3
Figure 3 Différence de scores moyens de qualité de vie (MOS SF 36) des personnes ayant un besoin de soins en santé mentale et des personnes ayant un besoin de soins en psychiatrie. ....	3
Figure 4 Différence entre les scores moyens de qualité de vie des personnes [25-64 ans] ayant un besoin de soins en santé mentale et les personnes [25-64 ans] ayant un besoin de soins en psychiatrie. ....	3

### Tableaux

Tableau 1 Variables explicatives qualitatives et modalité de référence .....	3
Tableau 2 Variables explicatives qualitatives et modalité de référence .....	3
Tableau 3 Listes des modèles mis en œuvre pour la recherche des déterminants.....	3
Tableau 4 Indicateurs de santé mentale.....	3
Tableau 5 Recours aux soins des personnes ayant un besoin de soins.....	3
Tableau 6 Qualité de vie .....	3
Tableau 7 Caractéristiques socio-économiques .....	3
Tableau 8 Niveau de soutien social selon l'âge .....	3
Tableau 9 Niveau de soutien social selon le statut matrimonial.....	3
Tableau 10 : Besoins de soin en santé mentale par territoire de santé en Lorraine .....	3
Tableau 11 : Composantes de l'évaluation des besoins de soin en santé mentale (Lorraine).....	3
Tableau 12 : Besoins de soin en psychiatrie par territoire de santé en Lorraine.....	3
Tableau 13 : Composantes de l'évaluation des besoins de soin psychiatrie (Lorraine).....	3
Tableau 14 : Prévalence des diagnostics DSM IV sur un an (Lorraine).....	3
Tableau 15 : Evénements traumatisants déclarés pris en compte pour établir le diagnostic de stress post-traumatique (Lorraine) .....	3
Tableau 16 : Prévalence des problèmes avec l'alcool (Lorraine).....	3
Tableau 17 : Prévalence des problèmes de drogues (Lorraine).....	3
Tableau 18 : Consommation déclarée de drogues au cours des 12 derniers mois chez les personnes âgées de 18 à 39 ans.....	3
Tableau 19 : Consommation déclarée de cannabis au cours des 12 derniers mois chez les personnes âgées de 18 à 39 ans.....	3
Tableau 20 : Modalités de recours aux soins en fonction des besoins de soin .....	3
Tableau 21 : Territoires de santé présentant une différence significative pour les recours aux soins en cas de besoin de soins en santé mentale .....	3
Tableau 22 : Territoires de santé présentant une différence significative pour les recours aux soins en cas de besoin de soins en psychiatrie .....	3
Tableau 23 : Recours à des soins de santé mentale par les personnes pour qui aucun besoin de soin de santé mentale ou de psychiatrie n'a été diagnostiqué .....	3
Tableau 24 : Score moyen pour chaque grand thème de l'échelle de qualité de vie SF-36.....	3

Les tableaux B1 à B20, R1 à R30, QV1\_1 à QV4\_4 sont présentés en annexe

# 1. Introduction

La santé mentale couvre un domaine étendu. Elle va au-delà de la simple absence de troubles mentaux et comporte trois dimensions principales : la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel, la souffrance psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants<sup>1</sup>.

Les connaissances épidémiologiques en santé mentale sont rares à un échelon régional. La production de telles données en population générale nécessite des investigations lourdes, conduites à partir d'instruments diagnostiques standardisés et suivant des méthodes rigoureuses.

Dans la perspective de l'élaboration d'indicateurs pour la mise en place d'une politique de santé mentale, la Direction Générale de la Santé en partenariat avec le Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins a fait réaliser en 2005 une étude épidémiologique dans 4 régions françaises : Rhône Alpes, Ile de France, Lorraine et Haute Normandie.

Cette étude avait pour objectif de décrire la morbidité, repérer les besoins des usagers et construire des indicateurs d'allocation de ressources utilisables en routine. La finalité de cette enquête était en effet de fournir des instruments permettant d'allouer les moyens de la psychiatrie en fonction des besoins et de constituer une aide à la mise en place des schémas d'organisation régionaux. L'enquête était une enquête téléphonique qui a inclus 15 191 personnes adultes des 4 régions. Les enfants et les adolescents n'ont été enquêtés qu'en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les limites de l'échantillonnage sont décrites dans le rapport national.

En Lorraine, l'enquête a porté sur un peu plus de 5000 personnes âgées de 18 ans ou plus vivant à domicile. Elle n'inclut donc pas les personnes vivant en institution, ce qui exclut les malades hospitalisés dans les services de psychiatrie des hôpitaux, dans les centres hospitaliers spécialisés et dans les établissements sociaux ou médico-sociaux. De ce fait, elle ne porte pas non plus sur des populations reconnues à besoins spécifiques comme les détenus ou ceux accueillis dans les centres de postcure pour malades alcooliques ou pour toxicomanes.

L'enquête comportait différentes parties :

- La première des données socio-démographiques,
- La seconde des données permettant de définir l'existence d'un besoin de soins en santé mentale ou de soins en psychiatrie, cette partie utilise des questionnaires standardisés.
- Une partie permettant de connaître l'utilisation du système de soins au cours des 12 derniers mois (médicaments, professionnels de santé, hospitalisation).
- Enfin une partie avec des indicateurs sociaux qui sont ceux de la FNORS.

L'implication particulière de la région justifiait un approfondissement des résultats avec une mise en perspective territoriale. Ce travail a été demandé par la DRASS Lorraine dans le contexte de l'analyse et la planification des besoins en santé mentale. Le travail a été commandité et réparti entre deux partenaires : d'une part l'Observatoire régional des affaires sanitaires et sociales (ORSAS) avec pour mission principale la description territoriale des indicateurs de santé mentale définis dans le rapport national et d'autre part l'équipe hospitalo-universitaire de santé publique de Nancy-Université et du CHU de

---

<sup>1</sup> « Plan de psychiatrie et de santé mentale 2005-2008 », Ministère de la santé, DHOS, 2004

Nancy (S.Briançon) dont la mission était d'identifier les principaux facteurs influençant le niveau du besoin de soins en santé mentale au niveau de la région lorraine et de vérifier si les disparités infra régionales éventuellement mises en évidence au stade de l'analyse territoriale s'expliquent par des variations dans le niveau, la structure socio-économique des territoires.

Ce type d'enquête, menée en population générale, présente un intérêt par rapport aux données, plus habituelles, portant sur les usagers ou l'activité du système de soins. En effet, comme le soulignent différentes études nationales et internationales, une part importante des troubles mentaux et des problèmes de santé mentale ne donne pas lieu à un recours au système de soins. Cela démontre que les besoins liés aux problèmes de santé mentale, aux troubles mentaux et à leur retentissement ne peuvent pas être décelés à partir des données d'activité des professionnels, services et établissements de soins.

## **2. Objectifs**

Cette étude avait donc 2 objectifs principaux :

- de décrire les indicateurs de santé mentale de façon territorialisée;
- de mettre en évidence les déterminants socio économiques des besoins de soins en santé mentale et du recours aux soins pour des problèmes de santé en Lorraine.

L'objectif secondaire était d'expliquer le niveau de qualité de vie.

## **3. Méthodologie**

### **3.1 Echantillon**

L'échantillon retenu pour cette analyse est l'ensemble des données disponibles dans l'enquête nationale chez les personnes résidant dans la région lorraine. La base transmise par l'équipe du Professeur Viviane Kovess-Masfety comportait 5109 observations. Compte tenu de l'objectif explicatif, l'échantillon a été utilisé sans aucun redressement et n'a pas tenu compte des différents modes de collecte et notamment de la répartition échantillon téléphone filaire/échantillon téléphone portable.

### **3.2 Variables à expliquer**

Vingt et une variables ont été retenues et peuvent être rangées en 4 catégories : le besoin de soins, les troubles psychologiques, le recours aux soins et la qualité de vie.

#### **3.2.1 Besoin de soins**

Le besoin de soins en santé mentale et le besoin de soins en psychiatrie ont été définis par Viviane Kovess dans son rapport « Les indicateurs nécessaires à la planification en santé mentale et en psychiatrie » (2007)

- Le besoin de soins en santé mentale est défini par l'existence de l'un des éléments suivants :

- Souffrance psychologique
- Gène dans la vie quotidienne en raison de l'état de santé mentale
- Absence d'une ou plusieurs journées de travail pour un problème de santé mentale
- Présence d'un diagnostic des problèmes les plus fréquemment rencontrés dans les enquêtes de population : dépression, anxiété ou problèmes avec les substances psycho actives associés ou non à de la détresse et à une gêne modérée
- La présence de plus d'un diagnostic.

- Le besoin de soins en psychiatrie est défini à l'aide des critères suivants :

- Présence d'une comorbidité psychiatrique avec au moins deux familles différentes de diagnostics selon le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual).
- Diagnostic comportant un retentissement très sévère dans la plupart des domaines de la vie quotidienne.

A partir de cette définition des besoins de soins, chaque sujet peut être classé dans l'une des trois catégories suivantes :

- n'avoir aucun besoin de soins
- avoir un besoin de soins en santé mentale
- avoir un besoin de soins en psychiatrie

A partir de cette caractérisation nous avons choisi de réaliser deux analyses :

- L'une pour identifier les facteurs qui opposaient les sujets ayant besoin de soins en santé mentale et/ou en psychiatrie par rapport à ceux qui n'avaient aucun besoin de soins
- L'autre pour rechercher les facteurs qui opposaient les sujets ayant des besoins de soins en psychiatrie par rapport à ceux ayant des besoins en santé mentale.

### **3.2.2 Troubles psychologiques**

Nous avons retenu comme phénomène à expliquer les troubles les plus souvent rencontrés dans les enquêtes en population générale : il s'agit de l'existence de troubles de l'humeur, de l'existence de troubles anxieux et l'existence de troubles liés à l'usage des substances psycho actives.

Ces variables ont été définies et construites dans l'enquête nationale et étaient disponibles directement dans le fichier qui nous a été transmis par l'équipe de Viviane Kovess.

### **3.2.3 Recours aux soins**

Cinq types de recours aux soins ont été expliqués :

- auprès d'un médecin généraliste
- auprès d'un psychiatre
- auprès d'une structure de soins ; Il s'agit de recours auprès des hôpitaux spécialisés (CHS), des centres hospitaliers (CH) et des centres hospitaliers universitaires (CHU)
- auprès d'un intervenant en santé. Dans cette catégorie sont rangées les professions médicales (médecins généralistes, médecins psychiatres ou autres médecins spécialistes) et para médicales (infirmiers exerçant en psychiatrie)
- auprès de l'un quelconque des professionnels

Cette rubrique inclut le recours auprès d'un intervenant ou auprès d'une structure de soins. L'ensemble de ces variables et des modalités de référence sont présentées dans le tableau 1.

### **3.2.4 Qualité de vie**

La qualité de vie a été mesurée dans l'enquête à l'aide du questionnaire MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form, 1986). Ce questionnaire international est validé en langue française. Bien connu, il a été utilisé dans de multiples enquêtes. Il permet de construire huit dimensions :

- Fonctionnement physique PF
- Rôle physique RP
- Douleurs physiques BP
- Santé mentale MH
- Rôle émotionnel RE

- Vie et relations avec les autres SF
- Vitalité VT
- Santé générale GH

On y ajoute un neuvième score : l'évolution de la santé depuis 6 mois.

L'ensemble de ces scores est normalisé de façon à varier de 0 à 100, 0 indiquant la moins bonne qualité de vie et 100 la meilleure qualité de vie possible.

Ce questionnaire permet également de construire deux échelles résumées composites, l'une de santé physique dite PCS pour Physical Component Summary et l'autre de santé mentale dite MCS pour Mental Component Summary. Leur construction est réalisée par recombinaison des 8 dimensions avec attribution de coefficients qui ont été calculés à partir d'analyses en composantes principales. Ces scores sont standardisés de façon à avoir une moyenne théorique de 50 et un écart type de 10 correspondant aux valeurs de référence de la population américaine saine.

**Tableau 1 Variables explicatives qualitatives et modalité de référence**

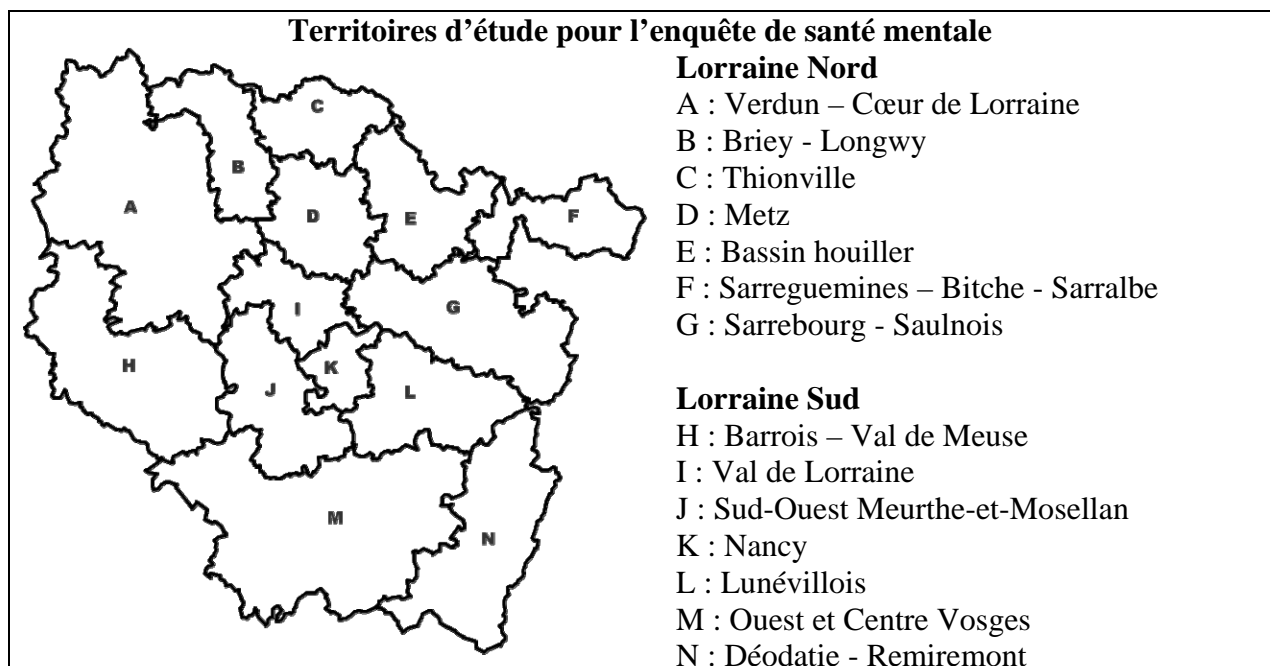
<b>LIBELLE DES VARIABLES</b>	<b>MODALITES</b>	<b>MODALITE DE REFERENCE</b>
<b>BESOIN DE SOINS EN SANTE MENTALE ET/OU EN PSYCHIATRIE</b>	Besoin de soins en santé mentale et /ou en psychiatrie Aucun besoin de soins	Aucun besoin de soins
<b>BESOIN DE SOINS EN PSYCHIATRIE</b>	Besoin de soins en psychiatrie Besoin de soins en santé mentale	Besoin de soins en santé mentale
<b>EXISTENCE DE TROUBLES DE L'HUMEUR</b>	Oui Non	Non
<b>EXISTENCE DE TROUBLES ANXIEUX</b>	Oui Non	Non
<b>EXISTENCE DE TROUBLES LIES A L'USAGE DE SUBSTANCE PSYCHO-ACTIVES</b>	Oui Non	Non
<b>RECOURS AUX SOINS AUPRES D'UN MEDECIN GENERALISTE</b>	Oui Non	Non
<b>RECOURS AUX SOINS AUPRES D'UN PSYCHIATRE</b>	Oui Non	Non
<b>RECOURS AUX SOINS AUPRES D'UNE STRUCTURE DE SOINS</b>	Oui Non	Non
<b>RECOURS AUX SOINS AUPRES D'UN INTERVENANT EN SANTE</b>	Oui Non	Non
<b>RECOURS AUX SOINS AUPRES DE L'UN QUELCONQUE DES PROFESSIONNELS</b>	Oui Non	Non



### 3.3 Variables explicatives

#### 3.3.1 Les territoires de santé de proximité

L'exploitation spécifique des données régionales lorraines de cette enquête permet de connaître les besoins en santé mentale et en psychiatrie et les recours aux soins qu'ils peuvent susciter à un échelon infrarégional. L'idée de départ était de pouvoir disposer de ces informations pour chacun des territoires de santé de proximité (TSP) tels qu'ils sont définis pour le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS III) et le plan régional de santé publique (PRSP). Cette orientation n'a toutefois pas pu être totalement mise en œuvre, car certains TSP regroupent une population trop peu nombreuse pour être suffisamment représentée dans l'échantillon aléatoire de l'enquête. Aussi, le comité de pilotage de l'étude régionale mis en place par la DRASS, a opté pour des regroupements de TSP en vue de travailler avec des territoires suffisamment représentés d'un point de vue statistique dans l'échantillon régional. Ainsi, les TSP n°1 (Pays de Verdun) et n° 2 (Pays Cœur de Lorraine) ont été regroupés. Il en va de même pour les TSP n° 11 (Pays Barrois) et n° 12 (Pays du Haut Val de Meuse). L'ensemble du Pays-Haut de la Meurthe-et-Moselle compose un seul territoire d'observation par l'adjonction des TSP n° 3 (Pays de Briey) et n° 4 (secteur de Longwy). En Moselle, les TSP n° 9 (Pays du Saulnois) et n° 10 (Pays de Sarrebourg) ont également été regroupés. Les Vosges sont divisés en deux territoires d'étude : Epinal – Neufchâteau (TSP n° 13 [Pays de l'Ouest Vosgien] + TSP n° 18 [Pays des Vosges centrales]) et Remiremont – Saint-Dié (TSP n° 19 [Pays de la Déodatie] + TSP n° 20 [Pays de Remiremont et de ses vallées]).



#### 3.3.2 Définition des niveaux de référence

Les facteurs pouvant expliquer les variations de l'une des variables dites à expliquer ont été recherchés parmi un ensemble de caractéristiques socio démographiques.

Le tableau 2 présente l'ensemble des variables explicatives qualitatives avec les différents niveaux et la modalité qui a été choisie comme niveau de référence. Ce niveau a été choisi pour être celui correspondant à la plus faible probabilité de besoins, de troubles ou de recours aux

soins. Une seule exception a été celui du territoire de proximité, l'effet de chacun des 14 territoires de proximité de la région lorraine a été comparé à l'effet moyen de la lorraine ce qui permet d'identifier les territoires dont le niveau s'écarte significativement de la valeur moyenne de l'ensemble de la Lorraine.

Une seule variable explicative a été construite de façon quantitative, il s'agit du niveau de soutien social. Cette variable a été créée à partir des réponses apportées aux questions Q51, Q52, Q53 et Q54 du questionnaire :

- Q51 : « Avez-vous un(e) confident(e), c'est-à-dire quelqu'un à qui parler de vos sentiments ou de vos préoccupations personnelles ? »
- Q52 : « Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise ? »
- Q53 : « Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter lorsque vous avez à prendre des décisions personnelles importantes ? »
- Q54 : « Avez-vous quelqu'un qui vous fait sentir qu'il vous aime et qu'il tient à vous ? »

La réponse à ces questions peut-être OUI, NON ou ne se prononce pas (NSP). La variable « Niveau de soutien social » est calculée comme un score correspondant au nombre de réponses affirmatives à l'ensemble de ces 4 questions et il peut donc varier de 0 à 4.

**Tableau 2 Variables explicatives qualitatives et modalité de référence**

<b>LIBELLE DES VARIABLES</b>	<b>MODALITES</b>	<b>MODALITE DE REFERENCE</b>
<b>SEXE</b>	Masculin Feminin	Masculin
<b>AGE</b>	[18-24] [25-34] [35-49] [50-64] 65 et plus	[18-24]
<b>STATUT MATRIMONIAL</b>	Célibataire Marié-En couple Divorcé Veuf	Marié-En couple
<b>STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT</b>	Propriétaire Locataire Autres statuts	Propriétaire
<b>STATUT D'ACTIVITE</b>	Actif Demandeur d'emploi Retraité Mère au foyer Etudiant Inactif	Actif
<b>REVENU DU FOYER PONDERE PAR LE NOMBRE D'ADULTE</b>	Moins de 800 euros De 800 à 1400 euros Plus de 1400 euros	Plus de 1400 euros
<b>NIVEAU DE DIPLOME</b>	Aucun diplôme CEP-CAP-BEP Bac Bac+2 Bac+3 et plus	Bac+3 et plus
<b>TERRITOIRE DE PROXIMITE</b>	Verdun-Cœur de Lorraine Barrois-Val de Meuse Bassin Houiller Briey-Longwy Déodat-Remiremont Lunéville Metz Ouest-Centre Vosges Sud-Ouest Meurthe et Mosellan Sarreguemines-Bitche-Sarralbe Saulnois-Sarrebourg Thionville Val de Lorraine Nancy	Effet moyen en Lorraine <sup>2</sup>
<b>BESOIN DE SOINS</b>	Besoin de soins en santé mentale Besoin de soins en psychiatrie	Besoin de soins en santé mentale
<b>BESOIN DE SOINS</b>	Aucun besoin de soins Besoin de soins en SM et/ou en PSY	Aucun besoin de soins

<sup>2</sup> La possibilité de paramétrer cet effet moyen existe en régression logistique, mais cela n'est pas le cas en régression GLM. Dans ce dernier cadre, les territoires de proximité ont fait l'objet d'un codage marginal de sorte à permettre une interprétation des résultats en référence à un effet moyen. En régression logistique ou GLM, la prise en compte de cet effet moyen ne dispense pas de choisir une modalité de référence parmi les territoires de proximité, c'est pourquoi deux modèles sont réalisés pour chacune des études envisagées, afin de connaître l'impact du fait de résider dans chacun des territoires pris pour référence sur la variable à expliquer. Toutefois, les résultats ont pu être fusionnés de façon à simplifier la présentation.

### **3.4 Analyse statistique**

#### **3.4.1 Analyse des disparités infra régionales**

Les indicateurs de santé mentale ont été décrits sous formes de proportions (sous forme de score moyen pour la qualité de vie) assorties d'un intervalle de confiance et d'un test d'intervalle statistique à l'exception du besoin de soins en santé mentale et psychologique : seuls les résultats significatifs sont présentés.

#### **3.4.2 Analyse des déterminants du besoin de soins, des troubles psychologiques et du recours aux soins**

L'ensemble de ces variables à expliquer sont des variables binaires. La régression logistique dichotomique a donc été utilisée pour mettre en évidence les facteurs associés à leur présence chez les individus de l'échantillon.

Pour le besoin de soins, ainsi que cela a déjà été signalé, deux analyses ont été réalisées :

- une pour expliquer le besoin de soins de santé mentale et/ou de psychiatrie
- l'autre pour identifier les déterminants du besoin de soins en psychiatrie comparé au besoin de soins en santé mentale.

Pour chaque variable à expliquer, les analyses ont débuté par une analyse bivariée qui permet de sélectionner pour les modèles multivariés les variables présentant une association significative avec la variable à expliquer

Pour chacune des variables à expliquer 3 modèles ont été mis en œuvre :

- Le premier modèle inclut les caractéristiques socio-économiques ainsi que le niveau de soutien social
- Le deuxième modèle inclut les données socio-économiques mais exclut le niveau de soutien social

Pour ces 2 modèles la méthode de sélection des variables est la méthode pas à pas ascendante avec un seuil d'entrée dans le modèle à 10% et un seuil de sortie à 5%.

- Un troisième modèle utilise les variables retenues dans le 2ème modèle et inclut le territoire de proximité de résidence. Cette méthode permet d'avoir une estimation de l'effet du territoire après prise en compte des différences socio économiques susceptibles d'être facteur de confusion (si elles sont significativement liées à la variable à expliquer et également significativement liées au territoire de proximité). Ce modèle permet donc d'apprécier l'effet propre du territoire de proximité, indépendamment de l'effet des caractéristiques socio-économiques.

#### **3.4.3 Analyse des déterminants de la qualité de vie**

Les déterminants de la qualité de vie ont été analysés à l'aide des modèles linéaires généralisés (proc GLM de SAS) puisque les dimensions de qualité de vie sont des variables quantitatives. Ces modèles linéaires ont été utilisés pour les 8 dimensions ainsi que pour les 2 scores composites résumés.

Des déterminants sont recherchés parmi les mêmes caractéristiques que pour le besoin de soins, les troubles psychologiques et le recours aux soins. Cependant on utilise également le besoin de soins pour expliquer la qualité de vie. Deux modèles différents sont utilisés, pour d'une part rechercher l'effet du besoin de soins en santé mentale et/ou en psychiatrie dans l'ensemble de

l'échantillon, et pour d'autre part rechercher l'effet du besoin de soins en psychiatrie versus le besoin de soins en santé mentale chez les seuls sujets ayant un besoin de soins.

Quatre modèles sont construits pour chacune des analyses :

- Le premier utilise comme variables explicatives les caractéristiques socio-démographiques et le niveau de soutien social
- Le deuxième inclut les données socio-économiques des personnes et exclut leur niveau de soutien social
- Le troisième inclut uniquement le territoire de proximité
- Le quatrième inclut les caractéristiques retenues dans le deuxième modèle et y ajoute le territoire de proximité.

### 3.4.4 Ajustement et colinéarité

L'analyse des déterminants socio économiques soulève un certain nombre de difficultés en raison de problème de multicollinéarité c'est-à-dire de corrélation trop forte entre les variables explicatives pouvant introduire des erreurs dans l'estimation des paramètres des modèles de régression. Ce problème survient en particulier pour l'analyse de l'effet de l'âge et du statut professionnel qui sont très fortement corrélés, la classe d'âge des moins de 25 ans étant très fortement associée au statut étudiant et celle des plus de 65 ans au statut de retraité. C'est la raison pour laquelle nous avons réalisé 2 analyses différentes, une première sur l'ensemble des facteurs explicatifs à l'exception du statut professionnel pour étudier l'effet de l'activité professionnelle et une deuxième uniquement dans l'échantillon des sujets âgés de 25 à 64 ans permettant ainsi de comparer l'effet du statut actif par rapport aux statuts de demandeur d'emploi et d'autre personne sans emploi.

Le tableau 3 résume l'ensemble des modèles mis en oeuvre.

#### Tableau 3 Listes des modèles mis en oeuvre pour la recherche des déterminants

Tous âges

---

- Catégories socio-économique (activité exclue) + soutien social
- Catégories socio-économique (activité exclue) seules
- Catégorie socio-économique (activité exclue) + territoire de proximité
- Territoire de proximité seul

25-64 ans

---

- Catégories socio-économique (activité exclue) + soutien social
- Catégories socio-économique (activité exclue) seules
- Catégorie socio-économique (activité exclue) + territoire de proximité
- Territoire de proximité seul

## 4. Résultats

### 4.1 Description des variables étudiées

#### 4.1.1 Variables à expliquer

Les tableaux 4, 5 et 6 présentent la fréquence de différentes caractéristiques et les niveaux de qualité de vie. Ainsi un peu plus d'un quart de la population lorraine présente des besoins de soins en santé mentale, 8,8% relevant d'une approche psychiatrique. Les troubles anxieux touchent plus d'une personne sur 5 et les troubles de l'humeur moins d'une personne sur 10. Si 13% de l'échantillon a eu recours à un psychiatre au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, près de 50% ont eu recours à un généraliste en raison de problèmes de santé mentale et seulement 4.5% ont recouru à une structure.

Les scores moyens de qualité de vie sont conformes aux scores habituellement observés en population générale, le score physique est un peu inférieur à celui de la population moyenne américaine alors que les scores de santé mentale sont très proches du niveau moyen. De façon habituelle dans ce type de population les scores de fonctionnement physique sont plus élevés que les scores de fonctionnement mental.

**Tableau 4 Indicateurs de santé mentale**

	<b>Total</b> n = 5109
<b>BESOINS DE SOINS EN SANTE MENTALE ET/OU EN PSYCHIATRIE</b>	
Aucun besoin de soins	3200 (63.5%)
Besoin de soins en santé mentale	1395 (27.7%)
Besoin de soins en psychiatrie	446 (8.8%)
Manquants	68
<b>TROUBLES DE L'HUMEUR</b>	
Oui	493 (9.7%)
Non	4604 (90.3%)
Manquants	12
<b>TROUBLES ANXIEUX</b>	
Oui	1046 (20.8%)
Non	3972 (79.2%)
Manquants	91
<b>TROUBLES LIES A L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES</b>	
Oui	222 (4.4%)
Non	4871 (95.6%)
Manquants	16

**Tableau 5 Recours aux soins des personnes ayant un besoin de soins**

	<b>Total</b> n = 1841
<b>RECOURS AUX SOINS AUPRES D'UN MEDECIN GENERALISTE</b>	
Non	926 (50.3%)
Oui	915 (49.7%)
<b>RECOURS AUX SOINS AUPRES D'UN PSYCHIATRE</b>	
Non	1601 (87.0%)
Oui	240 (13.0%)
<b>RECOURS AUX SOINS AUPRES D'UNE STRUCTURE</b>	
Non	1759 (95.5%)
Oui	82 (4.5%)
<b>RECOURS AUX SOINS AUPRES D'UN INTERVENANT EN SANTE</b>	
Non	717 (38.9%)
Oui	1124 (61.1%)
<b>RECOURS AUX SOINS AUPRES DE L'UN QCQ DES PROFESSIONNELS</b>	
Non	714 (38.8%)
Oui	1127 (61.2%)

**Tableau 6 Qualité de vie**

	<b>Total</b> n = 5109
<b>FONCTIONNEMENT PHYSIQUE</b>	
N	3911
Mean ± std	84.7 ± 22.1
<b>ROLE PHYSIQUE</b>	
N	3935
Mean ± std	79.9 ± 33.4
<b>DOULEURS PHYSIQUES</b>	
N	3771
Mean ± std	64.6 ± 27.3
<b>SANTE MENTALE</b>	
N	5109
Mean ± std	70.4 ± 16.6
<b>ROLE EMOTIONNEL</b>	
N	5106
Mean ± std	93.9 ± 20.1
<b>VIE ET RELATION AVEC LES AUTRES</b>	
N	3924
Mean ± std	83.9 ± 21.6
<b>VITALITE</b>	
N	3960
Mean ± std	58.9 ± 16.6
<b>SANTE GENERALE</b>	
N	3954
Mean ± std	69.6 ± 19.6
<b>EVOLUTION DE LA SANTE GENERALE</b>	
N	3959
Mean ± std	49.4 ± 20.2
<b>SCORE RESUME PHYSIQUE</b>	
N	3678
Mean ± std	48.2 ± 10.6
<b>SCORE RESUME PSYCHIQUE</b>	
N	3678
Mean ± std	49.7 ± 8.4



#### 4.1.2 Caractéristiques socio-économiques

Ces caractéristiques sont présentées dans le tableau 7. L'échantillon est majoritairement féminin à 57%. Un sujet sur deux a une activité professionnelle. 5% des sujets n'ont pas répondu à la question sur les revenus du foyer qui ont été calculés en le rapportant au nombre d'adultes vivant dans le foyer. 30% des sujets disposent de moins de 800 euros par adulte. Plus d'un sujet sur 3 a un diplôme égal ou supérieur au bac. La répartition des sujets selon les territoires de proximité est conforme à la structure de la population lorraine. Le niveau de soutien social est important avec une moyenne de 3,6 (maximum 4) : 80% ont un score de 4 (ont répondu oui aux 4 questions qui sont utilisées pour construire ce score). Le tableau 8 présente le niveau de soutien social en fonction de l'âge. Les différences sont très hautement significatives, le niveau de soutien social diminuant avec l'âge, la proportion de niveau 4 passe de 85% chez les 18-24 ans à 66% chez les 65 ans et +. Il faut noter qu'un peu plus de 2% des 65 ans et + ont répondu non aux 4 questions ce qui traduit un niveau d'isolement assez important. Le niveau de soutien social varie également de façon importante avec le statut matrimonial (tableau 9), les divorcés et les veufs ayant les niveaux les plus faibles par rapport aux personnes mariées et célibataires qui ont des niveaux sensiblement identiques. Il faut noter qu'un nombre non négligeable de personnes mariées déclarent un niveau de soutien très faible ou nul.

**Tableau 7 Caractéristiques socio-économiques**

	<b>Total</b> n =5109
<b>SEXE</b>	
Féminin	2935 (57.4%)
Masculin	2174 (42.6%)
<b>AGE</b>	
18-24	445 (8.7%)
25-34	801 (15.7%)
35-49	1471 (28.8%)
50-64	1313 (25.7%)
65 et plus	1079 (21.1%)
<b>STATUT MATRIMONIAL</b>	
Célibataire	912 (17.9%)
Marié - En couple	3210 (62.8%)
Divorcé	416 (8.1%)
Veuf	570 (11.2%)
Manquants	1
<b>STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT</b>	
Locataire	1495 (29.3%)
Propriétaire	3383 (66.2%)
Autres statuts	231 (4.5%)
<b>STATUT D'ACTIVITE</b>	
Actif	2669 (52.2%)
Demandeur d'emploi	258 (5.0%)
Retraité	1343 (26.3%)
Etudiant	255 (5.0%)
Mère au foyer	450 (8.8%)
Inactif	134 (2.6%)
<b>REVENU DU FOYER PONDERE PAR LE NOMBRE D'ADULTES</b>	
De 800 à 1400 euros	2088 (42.8%)
Moins de 800 euros	1505 (30.8%)
Plus de 1400 euros	1287 (26.4%)
Manquants	229
<b>NIVEAU DE DIPLOME</b>	
Aucun diplôme	646 (12.7%)
CEP-CAP-BEP	2554 (50.0%)
Bac	786 (15.4%)
Bac+2	566 (11.1%)
Bac+3 et plus	553 (10.8%)
Manquants	4
<b>TERRITOIRE DE PROXIMITE</b>	
Nancy	482 (9.4%)
Verdun Cœur de Lorraine	253 (5.0%)
Barrois Val de Meuse	211 (4.1%)
Déodatie Remiremont	444 (8.7%)
Ouest Centre Vosges	501 (9.8%)
Briey Longwy	376 (7.4%)
Lunéville	187 (3.7%)
SO Meurthe et Mosellan	171 (3.3%)
Val de Lorraine	211 (4.1%)
Saulnois Sarrebourg	230 (4.5%)
Metz	709 (13.9%)
Thionville	511 (10.0%)
Bassin Houiller	596 (11.7%)
Sarreguemines Bitche Sarralbe	227 (4.4%)
<b>NIVEAU DE SOUTIEN SOCIAL</b>	
N	3943
Mean ± std	3.6 ± 0.8

**Tableau 8 Niveau de soutien social selon l'âge**

	AGE					Total n = 5109	Test
	18-24 n = 445	25-34 n = 801	35-49 n = 1471	50-64 n = 1313	65 et plus n = 1079		
<b>NIVEAU DE SOUTIEN SOCIAL</b>							Chi-2: <0,0001
0	0 (0.0%)	4 (0.6%)	15 (1.3%)	14 (1.4%)	17 (2.2%)	50 (1.3%)	
1	6 (1.6%)	10 (1.6%)	54 (4.6%)	33 (3.3%)	34 (4.4%)	137 (3.5%)	
2	6 (1.6%)	17 (2.7%)	62 (5.3%)	64 (6.3%)	51 (6.6%)	200 (5.1%)	
3	40 (10.9%)	73 (11.7%)	201 (17.2%)	190 (18.8%)	158 (20.4%)	662 (16.8%)	
4	316 (85.9%)	520 (83.3%)	834 (71.5%)	711 (70.3%)	513 (66.4%)	2894 (73.4%)	
Manquants	77	177	305	301	306	1166	

**Tableau 9 Niveau de soutien social selon le statut matrimonial**

	STATUT MATRIMONIAL				Total n = 5108	Test
	Célibataire n = 915	Marié-En couple n = 3210	Divorcé n = 416	Veuf n = 570		
<b>NIVEAU DE SOUTIEN SOCIAL</b>						Chi-2: <0,0001
0	13 (1.8%)	17 (0.7%)	10 (2.8%)	10 (2.2%)	50 (1.3%)	
1	25 (3.5%)	70 (2.9%)	19 (5.4%)	23 (5.1%)	137 (3.5%)	
2	30 (4.2%)	121 (5.0%)	28 (7.9%)	21 (4.6%)	200 (5.1%)	
3	95 (13.3%)	423 (17.5%)	57 (16.1%)	87 (19.2%)	662 (16.8%)	
4	551 (77.2%)	1791 (73.9%)	240 (67.8%)	311 (68.8%)	2893 (73.4%)	
Manquants	198	788	62	118	1166	

## 4.2 Analyse territoriale

### 4.2.1 Besoins de soins

#### 4.2.1.1 Besoins de soin en santé mentale

Pour l'ensemble de la Lorraine, le besoin de soins en santé mentale concerne 27,7 % de la population vivant à domicile et âgée de plus de 18 ans. Cette valeur se situe dans un intervalle de confiance à 95 % allant de 26,4 % à 28,9 %. On n'observe pas de différence significative entre les territoires de santé.

En appliquant ce taux à l'ensemble de la population lorraine de plus de 18 ans, on peut estimer que les besoins de soin en santé mentale concernent entre 481 000 et 527 000 personnes majeures.

**Tableau 10 : Besoins de soin en santé mentale par territoire de santé en Lorraine**

Territoire de santé	Effectif échantillon	Besoins de soin en santé mentale		
		%	[ I.C. 95 % ]	
Verdun-Cœur de Lorraine	248	24,6%	[ 19,2% - 30,0% ]	ns
Briey-Longwy	367	31,6%	[ 26,8% - 36,4% ]	ns
Thionville	506	25,7%	[ 21,8% - 29,5% ]	ns
Metz	702	25,9%	[ 22,7% - 29,2% ]	ns
Bassin houiller	586	30,0%	[ 26,3% - 33,8% ]	ns
Sarreguemines-Bitche-Sarralbe	225	28,4%	[ 22,5% - 34,4% ]	ns
Sarrebourog-Saulnois	228	22,8%	[ 17,3% - 28,3% ]	ns
<b>Lorraine - Nord</b>	<b>2862</b>	<b>27,3%</b>	<b>[ 25,7% - 28,9% ]</b>	ns
Barrois-Val de Meuse	210	27,1%	[ 21,1% - 33,2% ]	ns
Val de Lorraine	208	24,0%	[ 18,2% - 29,9% ]	ns
Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan	168	25,0%	[ 18,4% - 31,6% ]	ns
Nancy	476	29,4%	[ 25,3% - 33,5% ]	ns
Lunéville	185	31,4%	[ 24,6% - 38,1% ]	ns
Ouest-Centre Vosges	496	30,0%	[ 26,0% - 34,1% ]	ns
Déodatie-Remiremont	436	27,1%	[ 22,9% - 31,3% ]	ns
<b>Lorraine - Sud</b>	<b>2179</b>	<b>28,2%</b>	<b>[ 26,3% - 30,1% ]</b>	ns
<b>Lorraine</b>	<b>5041</b>	<b>27,7%</b>	<b>[ 26,4% - 28,9% ]</b>	

I.C. 95 % : Intervalle de confiance à 95 % (ou au seuil de risque de 5 %). Intervalle qui a 95 % de chance de contenir la valeur du paramètre que l'on estime.

ns = test du Chi-2 non significatif pour la comparaison de chaque territoire avec le reste de la Lorraine.

Le besoin de soins en santé mentale est un indicateur synthétique construit à partir de la présence d'une réponse positive à l'un des critères précisés dans la définition donnée précédemment. En reprenant ces différents critères, on peut estimer l'importance des différents aspects qui définissent le besoin de soins en santé mentale pour la région. Le tableau 11 présente ces résultats pour l'ensemble de la Lorraine en n'indiquant que les territoires de santé pour lesquels une différence significative est apparue au test du Chi2.

Le cadre conceptuel défini par le Pr Kovess pour évaluer les besoins de soin en santé mentale prend en compte les besoins des personnes qui présentent une souffrance psychologique sans nécessairement se qualifier par un diagnostic. La souffrance psychologique est appréciée ici par le questionnaire SF-36 et notamment le MH5. Pour l'ensemble de la Lorraine, ce sont 20,2 % [19,1 % - 21,3 %] de la population âgée de 18 ans ou plus qui sont concernées par des signes de souffrance psychologique au cours des quatre dernières semaines précédant la passation du questionnaire. On n'observe pas de différence significative entre les territoires de santé pour ce critère.

**Tableau 11 : Composantes de l'évaluation des besoins de soin en santé mentale (Lorraine)**

	%	[I.C. 95 %]	
<b>Besoins de soin en santé mentale</b>	<b>27,7%</b>	<b>[ 26,4% - 28,9% ]</b>	
Souffrance psychologique	20,2%	[ 19,1% - 21,3% ]	
Gêne ou retentissement	9,8%	[ 9,0% - 10,7% ]	
<i>Briey-Longwy</i>	6,9%	[ 4,3% - 9,5% ]	*
Absentéisme au travail	3,8%	[ 3,3% - 4,4% ]	
<i>Sarreguemines-Bitche -Sarralbe</i>	6,6%	[ 3,3% - 9,9% ]	*
Au moins un diagnostic DSM	27,0%	[ 25,8% - 28,2% ]	
<i>Bassin houiller</i>	32,9%	[ 29,0% - 36,7% ]	***
Diagnostic plus <sup>a</sup>	27,0%	[ 25,8% - 28,2% ]	
<i>Bassin houiller</i>	32,9%	[ 29,0% - 36,7% ]	**
Comorbidité <sup>b</sup>	14,3%	[ 13,2% - 15,3% ]	
<i>Metz</i>	11,4%	[ 8,8% - 14,0% ]	*
<i>Sarreguemines-Bitche-Sarralbe</i>	17,3%	[ 11,9% - 22,6% ]	*

\* \*\*, \*\*\* : test du Chi-2 significatif respectivement au seuil 0.05, 0.01, 0.001 pour la comparaison de chaque territoire de santé avec le reste de la Lorraine. Les cases en rose indiquent que la proportion mesurée dans le territoire est supérieure à celle mesurée dans le reste de la Lorraine. Pour les cases en bleu, elle est au contraire inférieure.

a Diagnostic plus = au moins un diagnostic DSM plus une souffrance psychologique ou de l'absentéisme au travail

b Comorbidité = au moins deux diagnostics DSM

La gêne ressentie pour des troubles psychologiques permet de mesurer le retentissement spécifique dû à un problème de santé mentale ou un problème avec les substances ayant une interférence sur les habitudes. Ce critère concerne près de 10 % de l'échantillon lorrain. Le territoire de Briey-Longwy présente un taux significativement inférieur (6,9 %).

L'absentéisme au travail comme conséquence d'un problème de santé mentale touche près de 4 % des personnes interrogées. Le territoire de Sarreguemines – Bitche – Sarralbe se distingue de l'ensemble de la Lorraine avec une proportion plus élevée (6,6 %).

Pour un peu plus du quart de l'échantillon lorrain, au moins un diagnostic psychiatrique peut être posé au regard des outils d'entretien utilisés. Le Bassin Houiller se différencie de manière très significative de cette valeur régionale avec un taux qui avoisine le tiers de la population. Il en va de même, pour ce territoire, pour le critère associant au moins un diagnostic psychiatrique et une souffrance psychologique ou l'absentéisme au travail.

Un individu peut être atteint de plusieurs troubles mentaux à la fois, au sens des diagnostics DSM. Cela peut être, par exemple, une conjugaison d'un diagnostic d'anxiété et de troubles dépressifs. Autre cas de figure : la présence de troubles mentaux associés à l'utilisation de substances psychoactives et à la pharmacodépendance. Environ 14 % de l'échantillon lorrain sont concernés par ce critère de comorbidité, autrement dit de la présence d'au moins deux diagnostics psychiatriques. Deux territoires de santé se distinguent par rapport à la moyenne régionale : le territoire de Metz où le taux est inférieur et celui de Sarreguemines – Bitche – Sarralbe où il est supérieur.

#### 4.2.1.2 Besoins de soin en psychiatrie

Le besoin de soins en psychiatrie concerne les personnes concernées par l'une ou l'autre de ces catégories: comorbidité entre deux familles différentes de diagnostics DSM ou diagnostic avec un retentissement très sévère dans la plupart des domaines de leur vie.

Près de 9 % des personnes de l'échantillon lorrain sont concernées par ce besoin tel qu'il est défini. Un seul territoire se distingue de manière significative des autres avec une prévalence supérieure : le Bassin Houiller. C'est surtout la plus grande proportion de la présence d'un diagnostic sévère (au moins un diagnostic DSM avec un retentissement très sévère dans la

plupart des domaines de la vie) pour la population de ce territoire qui marque sa différence avec le reste de la région (voir tableau 13).

L'application du taux régional à l'ensemble de la population lorraine de 18 ans ou plus permet d'estimer le nombre de personnes présentant des besoins de soin en psychiatrie entre 147 000 et 176 000.

**Tableau 12 : Besoins de soin en psychiatrie par territoire de santé en Lorraine**

Territoire de santé	Effectif échantillon	Besoins de soin en psychiatrie		
		%	[ I.C. 95 % ]	Signif.
Verdun-Cœur de Lorraine	248	8,9%	[ 5,3% - 12,4% ]	ns
Briey-Longwy	367	7,9%	[ 5,1% - 10,7% ]	ns
Thionville	506	9,1%	[ 6,6% - 11,6% ]	ns
Metz	702	8,0%	[ 6,0% - 10,0% ]	ns
Bassin houiller	586	11,4%	[ 8,8% - 14,0% ]	*
Sarreguemines-Bitche-Sarralbe	225	11,1%	[ 7,0% - 15,3% ]	ns
Sarrebouurg-Saulnois	228	10,5%	[ 6,5% - 14,6% ]	ns
<b>Lorraine - Nord</b>	<b>2862</b>	<b>9,4%</b>	<b>[ 8,3% - 10,5% ]</b>	ns
Barrois-Val de Meuse	210	8,6%	[ 4,7% - 12,4% ]	ns
Val de Lorraine	208	8,2%	[ 4,4% - 11,9% ]	ns
Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan	168	6,0%	[ 2,3% - 9,6% ]	ns
Nancy	476	10,1%	[ 7,4% - 12,8% ]	ns
Lunéville	185	7,6%	[ 3,7% - 11,4% ]	ns
Ouest-Centre Vosges	496	7,7%	[ 5,3% - 10,0% ]	ns
Déodat-Remiremont	436	7,3%	[ 4,9% - 9,8% ]	ns
<b>Lorraine - Sud</b>	<b>2179</b>	<b>8,1%</b>	<b>[ 7,0% - 9,3% ]</b>	ns
<b>Lorraine</b>	<b>5041</b>	<b>8,8%</b>	<b>[ 8,1% - 9,6% ]</b>	

\*, \*\*, \*\*\* : test du Chi-2 significatif respectivement au seuil 0,05, 0,01, 0,001 pour la comparaison de chaque territoire de santé avec le reste de la Lorraine. Les cases en rose indiquent que la proportion mesurée dans le territoire est supérieure à celle mesurée dans le reste de la Lorraine. Pour les cases en bleu, elle est au contraire inférieure.

**Tableau 13 : Composantes de l'évaluation des besoins de soin psychiatrie (Lorraine)**

	%	[ I.C. 95 % ]	
<b>Besoins de soin en psychiatrie</b>	<b>8,8%</b>	<b>[ 8,1% - 9,6% ]</b>	
Comorbidité entre 2 catégories DSM <sup>a</sup>	7,4%	[ 6,6% - 8,1% ]	
Diagnostic sévère <sup>b</sup>	3,6%	[ 3,1% - 4,2% ]	
<i>Bassin Houiller</i>	6,2%	[ 4,2% - 8,1% ]	***

\*\*\* : test du Chi-2 significatif au seuil 0,001 pour la comparaison du territoire concerné avec le reste de la Lorraine.

a Comorbidité entre deux catégories différentes de diagnostic DSM

b Diagnostic sévère = Au moins un diagnostic DSM avec un retentissement très sévère dans la plupart des domaines de la vie.

## 4.2.2 Troubles psychologiques

### 4.2.2.1 Prévalence des troubles anxieux et de l'humeur

Le tableau suivant présente la prévalence sur un an des différents diagnostics psychiatriques qui ont pu être posés à la suite de l'entretien de l'enquête. Les résultats sont donnés pour l'ensemble de la Lorraine et, chaque fois que cela se présentait, pour les territoires de santé présentant une différence significative par rapport au reste de la Lorraine.

**Tableau 14 : Prévalence des diagnostics DSM IV sur un an (Lorraine)**

	%	I.C. 95%	
<b>Troubles de l'humeur</b>			
Episode dépressif majeur	9,7%	[8,9% - 10,5%]	
<b>Troubles anxieux</b>			
Au moins un diagnostic d'anxiété	20,8%	[19,7% - 22,0%]	
<i>Bassin Houiller</i>	25,9%	[22,3% - 29,5%]	**
Anxiété généralisée	4,1%	[3,5% - 4,6%]	
<i>Metz</i>	2,4%	[1,3% - 3,5%]	*
<i>Bassin Houiller</i>	5,7%	[3,8% - 7,6%]	*
Phobie sociale	5,1%	[4,5% - 5,7%]	
Phobie spécifique	8,4%	[7,6% - 9,1%]	
Agoraphobie	8,2%	[7,5% - 9,0%]	
Trouble panique sans agoraphobie	1,6%	[1,3% - 2,0%]	
Trouble panique avec agoraphobie	0,9%	[0,6% - 1,1%]	
<i>Briey-Longwy</i>	2,1%	[0,7% - 3,6%]	*
<i>Metz</i>	0,1%	[0,0% - 0,4%]	*
Trouble obsessionnel compulsif	2,8%	[2,3% - 3,2%]	
<i>Bassin Houiller</i>	4,2%	[2,6% - 5,8%]	*
Attaque de panique	5,5%	[4,9% - 6,1%]	
Etat de stress post-traumatique	4,4%	[3,9% - 5,0%]	
<i>Verdun-Cœur de Lorraine</i>	1,2%	[0,0% - 2,5%]	*
<i>Bassin Houiller</i>	7,2%	[5,1% - 9,3%]	***

\*, \*\*\* : test du Chi-2 significatif respectivement au seuil 0.05, 0.001 pour la comparaison de chaque territoire de santé avec le reste de la Lorraine. Les cases en rose indiquent que la proportion mesurée dans le territoire est supérieure à celle mesurée dans le reste de la Lorraine. Pour les cases en bleu, elle est au contraire inférieure.

Globalement, pour chacun des diagnostics, on observe relativement peu de différences significatives entre chaque territoire et le reste de la Lorraine, à quelques exceptions près. C'est le cas notamment du Bassin Houiller qui présente des prévalences supérieures pour trois catégories de diagnostic (anxiété généralisée, troubles obsessionnels compulsifs, états de stress post-traumatique). Le territoire de Briey-Longwy se distingue pour les troubles paniques avec agoraphobie avec une prévalence supérieure à la moyenne Lorraine. Le territoire de santé centré sur Metz se différencie avec des prévalences inférieures à la moyenne régionale pour les diagnostics d'anxiété généralisée et de trouble panique sans agoraphobie. C'est le cas également avec le territoire de Verdun – Cœur de Lorraine pour le diagnostic de stress post-traumatique.

Le trouble de stress post-traumatique résulte d'un événement psychologiquement traumatisant. Il peut s'agir notamment d'actes d'agression comme le viol, le vol avec agression, des événements comme des accidents de voiture, une guerre, une catastrophe naturelle, etc. La personne traumatisée peut avoir vécu personnellement une telle expérience ou en avoir été le témoin. Le tableau ci-dessous détaille les événements traumatisants déclarés par les personnes interviewées et entrant dans le calcul du diagnostic d'état de stress post-traumatique.

**Tableau 15 : Evénements traumatisants déclarés  
pris en compte pour établir le diagnostic de stress post-traumatique (Lorraine)**

	%	I.C. 95 %	
Victime d'un vol avec effraction ou d'une menace à main armée	3,9%	[3,4% - 4,4%]	
<i>Briey - Longwy</i>	1,6%	[0,3% - 2,9%]	*
Agression par un proche	4,0%	[3,5% - 4,5%]	
<i>Bassin Houiller</i>	5,9%	[4,0% - 7,8%]	*
A vécu personnellement des événements de guerre	5,1%	[4,5% - 5,7%]	
Agression physique dans le cadre du travail	2,5%	[2,1% - 2,9%]	
<i>Déodaté - Remiremont</i>	0,5%	[0,0% - 1,2%]	***
<i>Val de Lorraine</i>	4,7%	[1,8% - 7,6%]	*
Avoir eu une maladie ou un accident mettant en jeu sa vie	7,5%	[6,8% - 8,2%]	
Avoir été violée ou agressée sexuellement (femmes)	3,2%	[2,7% - 3,7%]	
Avoir été pris dans une catastrophe (incendie, inondation)	1,9%	[1,5% - 2,3%]	
<i>Nancy</i>	3,3%	[1,7% - 4,9%]	*
<i>Metz</i>	3,2%	[1,9% - 4,5%]	*
Avoir été pris dans un tremblement de terre	2,0%	[1,6% - 2,4%]	
<i>Déodaté-Remiremont</i>	5,4%	[3,3% - 7,5%]	***
Avoir été exposé à des radiations ou des substances dangereuses	1,4%	[1,1% - 1,7%]	
<i>Thionville</i>	0,2%	[0,0% - 0,6%]	*
<i>Bassin Houiller</i>	2,9%	[1,5% - 4,3%]	**
Avoir vécu la mort inattendue, subite d'un proche	24,2%	[23,0% - 25,4%]	
<i>Metz</i>	20,7%	[17,7% - 23,7%]	*
<i>Bassin Houiller</i>	28,7%	[25,0% - 32,4%]	*
Avoir été gardé en captivité, torturé ou kidnappé	0,5%	[0,3% - 0,7%]	
Avoir vu quelqu'un se faire blesser gravement ou tuer	6,6%	[5,9% - 7,3%]	
Avoir fait la découverte d'un cadavre	3,8%	[3,3% - 4,3%]	
Avoir fait quelque chose aboutissant à la blessure ou à la mort d'une	1,6%	[1,3% - 1,9%]	

\*, \*\*, \*\*\* : test du Chi-2 significatif respectivement au seuil 0.05, 0.01, 0.001 pour la comparaison de chaque territoire de santé avec le reste de la Lorraine. Les cases en rose indiquent que la proportion mesurée dans le territoire est supérieure à celle mesurée dans le reste de la Lorraine. Pour les cases en bleu, elle est au contraire inférieure.

#### 4.2.2.2 Troubles liés à l'utilisation de substances psycho actives

Parmi les troubles mentaux et du comportement résultant de l'utilisation de substances psychoactives figurent les troubles liés à l'utilisation d'alcool, d'opiacés tels que l'héroïne, de dérivés du cannabis comme le haschich, de sédatifs ou d'hypnotiques, de cocaïne, d'autres stimulants, d'hallucinogènes et de solvants volatiles. Le tableau clinique comprend l'intoxication, l'utilisation nocive pour la santé, la dépendance et les troubles psychotiques. On pose le diagnostic d'utilisation nocive lorsque la consommation est préjudiciable à la santé physique ou mentale. Le syndrome de dépendance se caractérise par un désir puissant d'utiliser la substance, une difficulté à en contrôler l'utilisation, un syndrome de sevrage physiologique, une tolérance aux effets de la substance, l'abandon d'autres sources de plaisir et d'intérêt, et la poursuite de la consommation malgré ses effets nocifs sur soi-même et sur autrui.



**Tableau 16 : Prévalence des problèmes avec l'alcool (Lorraine)**

	%	I.C. 95%	
CAGE >= 2	6,1%	[5,4% - 6,7%]	
Abus d'alcool	1,0%	[0,8% - 1,3%]	
Dépendance à l'alcool	1,4%	[1,1% - 1,7%]	
Diagnostic d'un problème d'alcool	2,4%	[2,0% - 2,9%]	
<i>Ouest-Centre Vosges</i>	1,0%	[0,1% - 1,9%]	*

\* : test du Chi-2 significatif au seuil 0.05 pour la comparaison du territoire de santé avec le reste de la Lorraine.

Le questionnaire utilisé comprenait les questions utilisées dans CAGE (Cut down Annoyed Guitly Eye opener) qui constitue un instrument de mesure permettant à partir de quatre questions d'évaluer une probabilité de problèmes d'alcool en utilisant le seuil de deux réponses positives. Cette probabilité était ensuite vérifiée par des questions supplémentaires et plus précises afin de construire les diagnostics DSM IV d'abus et de dépendance correspondants. Pour l'ensemble de l'échantillon, 6,1 % de l'échantillon avaient un score supérieur à 2, sans qu'il y ait de différences significatives entre les territoires de santé.

Un problème d'alcool (abus et dépendance à l'alcool) est diagnostiqué pour 2,4 % de la population interviewée. Le territoire Ouest-Centre Vosges connaît une prévalence significativement inférieure. En détaillant cette catégorie, on observe que le diagnostic d'abus d'alcool concerne environ 1 % des personnes et celui de dépendance à l'alcool 2,4%.

**Tableau 17 : Prévalence des problèmes de drogues (Lorraine)**

	%	I.C. 95%	
Abus de drogues	1,3%	[1,0% - 1,6%]	
<i>Val de Lorraine</i>	3,8%	[1,2% - 6,8%]	*
<i>Bassin Houiller</i>	0,3%	[0,0% - 0,7%]	*
Dépendance aux drogues	1,0%	[0,7% - 1,0%]	
Diagnostic d'un problème de drogues	2,3%	[1,9% - 2,8%]	
<i>Metz</i>	3,7%	[2,3% - 5,1%]	*

\* : test du Chi-2 significatif au seuil 0.05 pour la comparaison du territoire de santé avec le reste de la Lorraine. Les cases en rose indiquent que la proportion mesurée dans le territoire est supérieure à celle mesurée dans le reste de la Lorraine. Pour la case en bleu, elle est au contraire inférieure.

Le diagnostic d'un problème de drogues [regroupement des critères relatifs à l'abus de drogues et à la dépendance à des produits illicites (hors alcool et tabac)] est formulé pour 2,3 % de la population. Le territoire de Metz est le seul à se distinguer au regard de ce diagnostic avec une prévalence de 3,7 % qui est significativement supérieure à celle observée pour l'ensemble de la région<sup>3</sup>. En détaillant cette catégorie de synthèse en fonction de ses composantes (abus ou dépendance), on observe que l'abus de drogues concerne 1,3 % de la population, avec une prévalence près de trois fois supérieure pour le territoire de Val de Lorraine. Le diagnostic de dépendance aux drogues concerne environ 1 % de la population.

En globalisant alcool et drogues, le diagnostic de problèmes liés aux substances porte sur 4,7 % de la population. Il n'y a pas de différences entre les territoires de santé.

<sup>3</sup> La différence de Metz par rapport à la région n'est pas significative lorsqu'on décompose ce diagnostic général, autrement dit lorsqu'on observe de manière séparée l'abus de drogues et la dépendance aux drogues.

## La consommation de drogues

L'enquête "santé mentale" permet de disposer d'une estimation de l'importance de la consommation de drogues en Lorraine. En effet, pour repérer les troubles mentaux et du comportement résultant de l'utilisation de substances psychoactives (alcool, opiacés tel que l'héroïne, dérivés du cannabis, sédatifs ou hypnotiques, cocaïne ou autres stimulants, hallucinogènes, solvants volatils), une première série de questions porte sur l'usage de ces produits au cours des douze derniers mois. En cas de réponse positive, d'autres questions sont destinées à formuler un diagnostic d'utilisation abusive (consommation préjudiciable à la santé physique ou mentale) ou de dépendance (caractérisée par un désir puissant d'utiliser la substance, une difficulté à en contrôler l'utilisation, un syndrome de sevrage physiologique, une tolérance aux effets de la substance, l'abandon d'autres sources de plaisir et d'intérêt, et la poursuite de la consommation malgré ses effets nocifs sur soi-même et sur autrui).

Tous âges confondus, à partir de 18 ans, 3,6 % de la population déclarent avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois. Les autres produits illicites sont cités dans une proportion nettement moindre (de 0,1 % pour l'héroïne à 0,3 % pour les hallucinogènes). Les analgésiques à base d'opiacés (codéine, méthadone, morphine, Démérol®) sont cités par 0,6 %, sans que l'on puisse dire s'il s'agit d'un usage après prescription médicale ou d'un mésusage. La consommation de sédatifs ou de tranquillisants (somnifères, barbituriques, Valium®, Librium®, Xanax®, Ativan®, Rivotril®, etc.) est rapportée par 2 %.

L'usage de ces drogues est surtout le fait des personnes âgées de 18 à 39 ans, à l'exception des sédatifs ou tranquillisants qui sont consommés à tous les âges.

La comparaison des pratiques de consommation entre les sexes montre que les hommes sont trois fois plus consommateurs de cannabis que les femmes. Par contre, l'usage de sédatifs ou de tranquillisants caractérise davantage le sexe féminin.

**Tableau 18 : Consommation déclarée de drogues au cours des 12 derniers mois chez les personnes âgées de 18 à 39 ans**

	Hommes et Femmes		Hommes		Femmes		Sex ratio
Dérivés du cannabis	9,6%	[8,2%-11,0%]	15,5%	[12,9%-18,1%]	5,0%	[3,6%-6,4%]	***
Cocaïne, crack (free base)	0,6%	[0,2%-1,0%]	0,7%	[0,1%-1,3%]	0,6%	[0,1%-1,1%]	ns
Héroïne	0,4%	[0,1%-0,7%]	0,7%	[0,1%-1,3%]	0,2%	[0,0%-0,5%]	ns
Analgésiques à base d'opiacés	0,9%	[0,5% -1,4%]	1,3%	[0,5%-2,1%]	0,5%	[0,1%-0,9%]	ns
Amphétamines ou speed	0,5%	[0,2%-0,8%]	0,8%	[0,2%-1,4%]	0,3%	[0,0%-0,6%]	ns
Hallucinogènes (LSD, Ecstasy, champignons)	0,8%	[0,4%-1,2%]	1,2%	[0,4%-2,0%]	0,5%	[0,1%-0,9%]	ns
Inhalants (colle, essence, toluène)	0,5%	[0,2%-0,8%]	0,4%	[0,0%-0,9%]	0,5%	[0,1%-0,9%]	ns
Sédatifs ou tranquillisants	2,4%	[1,7%-3,1%]	1,3%	[0,5%-2,1%]	3,3%	[2,2%-4,4%]	***

\*\*\* : test du Chi-2 significatif au seuil 0.001 pour la comparaison entre les sexes. ns=non significatif.

Des différences significatives entre les territoires de santé n'apparaissent que pour la consommation de cannabis chez les personnes de 18 à 39 ans. C'est le cas chez les hommes dans le Val de Lorraine et l'agglomération nancéienne où les proportions d'utilisateurs déclarés pour ce type de produit sont nettement supérieures à celle observée pour l'ensemble de la région.

**Tableau 19 : Consommation déclarée de cannabis au cours des 12 derniers mois  
chez les personnes âgées de 18 à 39 ans**

	Hommes et Femmes			Hommes			Femmes		
	Précédent	Intervalle	Signif.	Précédent	Intervalle	Signif.	Précédent	Intervalle	Signif.
Lorraine	9,6%	[8,2%-11,0%]		15,5%	[12,9%-18,1%]		5,0%	[3,6%-6,4%]	
Nancy	17,4%	[12,4%-22,4%]	*	25,3%	[16,0%-41,3%]	*	6,4%	[1,7%-11,1%]	ns
Val de Lorraine	18,2%	[8,7%-22,7%]	*	33,3%	[16,1%-49,4%]	***	5,6%	[0,0%-8,0%]	ns

\*, \*\*\* : test du Chi-2 significatif respectivement au seuil 0.05, 0.001 pour la comparaison des territoires de santé avec le reste de la Lorraine. ns=non significatif.

Pour 24,1% des consommateurs déclarés de cannabis un diagnostic d'abus de drogues a été établi. Pour 17,9 %, c'est un diagnostic de dépendance aux drogues qui a été posé.

### 4.2.3. Recours aux soins pour des problèmes de santé mentale

Le cadre conceptuel défini par le Pr Kovess pour cette recherche oriente les besoins de soin en santé mentale vers le système de soin de première ligne. Cette forme de prise en charge et de traitement des problèmes de santé qui relèvent de ce type de besoins doit permettre au plus grand nombre d'accéder plus facilement et rapidement aux services d'un médecin généraliste, d'un psychologue ou psychothérapeute. Les personnes qui ont un besoin de soins en psychiatrie relèvent de soins spécialisés ou, tout au moins, que les personnes concernées soient dans un premier temps évaluées par un psychiatre.

Dans l'enquête Santé mentale, l'accès aux soins est abordé en envisageant trois grandes catégories de recours :

- auprès d'un professionnel médical ou paramédical (sans que l'on puisse toujours distinguer s'il exerce à titre libéral ou comme personnel hospitalier),
- auprès d'établissements de santé (centres hospitaliers, centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers spécialisés y compris structures alternatives à l'hospitalisation comme les CMP, CATTP<sup>4</sup> et hôpitaux de jour),
- auprès du système informel ou non-conventionnel.

<sup>4</sup> CMP= Centre médico-psychologique ; CATTP= Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

**Tableau 20 : Modalités de recours aux soins en fonction des besoins de soin**

Modalité de recours aux soins	Besoin de soins en santé mentale		Besoin de soins en psychiatrie	
	%	I.C. 95%	%	I.C. 95%
<b>S'être adressé à un professionnel ou à une structure de soins pour des problèmes de santé mentale</b>	<b>55,3</b>	<b>[52,7-57,9]</b>	<b>79,8</b>	<b>[76,1-83,6]</b>
Intervenant médical ou paramédical	55,2	[52,6-57,8]	79,4	[75,6-83,2]
Médecin non psychiatre	46,8	[44,2-49,4]	68,6	[64,3-73,0]
Médecin généraliste	43,7	[41,1-46,3]	68,4	[64,0-72,7]
<i>Médecin généraliste exclusif</i>	30,4	[28,0-32,8]	30,3	[26,0-34,6]
Psychiatre ou psychothérapeute	14,8	[12,9-16,6]	34,8	[30,3-39,2]
Médecin psychiatre	8,7	[7,3-10,2]	26,5	[22,3-30,6]
Psychothérapeute	9,5	[7,9-11,0]	22,9	[18,9-26,8]
Intervenant paramédical	9,7	[8,2-11,3]	25,1	[21,0-29,2]
Consultation dans un hôpital, une clinique, une structure interne ou externe	1,9	[1,2-2,7]	12,3	[9,2-15,4]
Aller à l'hôpital	0,5	[0,1-0,9]	6,5	[4,2-8,8]
Aller aux urgences	0,1	[0,0-0,3]	2,0	[0,7-3,3]
Consultation simple à l'hôpital	0,1	[0,0-0,3]	2,5	[1,0-3,9]
Consulter à l'hôpital en hospitalisation	0,2	[0,0-0,5]	2,9	[1,3-4,5]
Consultation en structure externe	0,7	[0,3-1,2]	6,5	[4,2-8,8]
Hospitalisation en clinique, centre hospitalier ou hôpital	0,3	[0,0-0,6]	4,0	[2,2-5,9]
Hospitalisation en centre hospitalier spécialisé	0,1	[0,0-0,2]	2,2	[0,9-3,6]
Cure de désintoxication	0,9	[0,4-1,4]	4,5	[2,6-6,4]
<b>S'être adressé à un service informel pour des problèmes de santé mentale</b>	<b>5,9</b>	<b>[4,7-7,2]</b>	<b>14,3</b>	<b>[11,1-17,6]</b>
S'être adressé à un club ou un groupe d'entraide ou avoir téléphoné à une ligne d'aide ou d'écoute pour des problèmes de santé mentale	1,4	[0,8-2,0]	4,0	[2,2-5,9]
Avoir téléphoné à une ligne d'aide ou d'écoute pour des problèmes de santé mentale	1,3	[0,7-1,9]	3,1	[1,5-4,8]
S'être adressé à un club ou un groupe d'entraide pour des problèmes de santé mentale	0,1	[0-0,3]	1,1	[0,1-2,1]
S'être adressé à un spécialiste de la médecine douce	3,5	[2,5-4,5]	6,7	[4,4-9,1]
S'être adressé à un prêtre, à un pasteur pour des problèmes de santé mentale	1,6	[0,9-2,2]	4,9	[2,9-7,0]
<b>S'être adressé seulement à un service informel pour des problèmes de santé mentale</b>	<b>0,4</b>	<b>[0,1-0,8]</b>	<b>1,1</b>	<b>[0,1-2,1]</b>

L'enquête de santé mentale montre que 481 000 à 572 000 Lorrains ont un **besoin de soins en santé mentale** (entre 26 % et 28 % de la population âgée de 18 ans ou plus vivant à domicile). Mais seulement un peu plus de la moitié d'entre eux (55,3 %) s'adresse à un professionnel de santé ou à une structure de soins pour soigner leur problème de santé mentale. La plupart d'entre eux s'adresse à un intervenant médical ou paramédical. Ceux qui consultent dans un hôpital, une clinique ou un établissement de santé spécialisé constituent une minorité (1,9 %). Lorsqu'ils s'adressent à un professionnel médical, c'est très majoritairement à un médecin généraliste (près de 44 %) qu'ils le font. Cette proportion inclut les 30 % de cas où les personnes concernées ne consultent qu'un médecin généraliste. Le psychiatre ou le psychothérapeute (psychanalyste ou psychologue) voient moins de 10 % de ceux pour qui un besoin de santé mentale est diagnostiqué dans le cadre de l'enquête.

Cette hiérarchisation des recours aux soins pour des problèmes de santé mentale est conforme aux différentes recommandations de l'OMS ou du Plan français de psychiatrie et de santé mentale pour 2005-2008 qui privilégient les structures de première ligne (médecin généraliste, psychologue ou psychothérapeute) pour les soins de santé mentale. Il reste toutefois que près de 45 % de la population reconnue, dans le cadre de l'enquête, comme ayant un besoin de soins en santé mentale ne s'adresse ni à un professionnel de santé, ni à un établissement de santé.

Ce constat d'un non recours aux soins pour une partie importante des besoins repérés nécessite une réflexion d'ordre méthodologique pour en comprendre toute la portée. En effet, un besoin de soins peut être « objectif » ou « subjectif ». Dans le premier cas, qu'on peut aussi appeler « besoin normatif », le besoin est objectivé soit par un clinicien, soit par l'application d'une expertise comme c'est le cas dans l'enquête de santé mentale par l'application de critères décisionnels. Dans le second cas, il s'agit de la perception par la personne elle-même, ou éventuellement par un tiers profane, du besoin. Il peut donc y avoir un décalage entre le besoin normatif et le besoin auto-perçu aboutissant à la consultation d'un intervenant de santé. Et on peut faire l'hypothèse que c'est ce décalage qui explique les 45 % de personnes qui n'ont pas recours à un intervenant ou à une structure de santé alors que les besoins normatifs montrent qu'ils devraient le faire. Une autre hypothèse peut également être avancée. Les outils de mesure utilisés pour évaluer le besoin de soins en santé mentale estiment-ils à sa juste valeur le besoin ou le surestiment-ils<sup>5</sup> ?

L'auto-perception du besoin de soins en santé mentale peut être l'objet de la même interrogation, avec d'une part une sous-estimation personnelle du besoin qui écarte du coup la personne concernée de l'accès aux soins qui lui serait nécessaire, et d'autre part avec une surestimation éventuelle du besoin qui la conduit à consulter un intervenant de santé alors que, selon les critères d'objectivation et d'expertise, elle n'en aurait pas besoin. Pour illustrer cette seconde éventualité, il faut préciser que l'enquête Santé mentale montre que 18 % de la population enquêtée ont recours à un intervenant ou un établissement de santé pour des problèmes de santé mentale alors qu'ils n'ont pas de besoins de soin en santé mentale ou de besoins psychiatriques (voir plus loin). Ce fait illustre, là encore, le décalage entre les besoins ressentis et les besoins normatifs.

Près de huit fois sur dix, les personnes qualifiées par l'enquête comme ayant un **besoin de soins de psychiatrie** ont effectivement recours à un professionnel ou un établissement de santé. La consultation d'un intervenant dépasse très largement celle d'une structure de soins : 79 % consultent un professionnel de santé et 12 % une structure de soins. Ces deux modalités peuvent être cumulatives, c'est-à-dire que les personnes ayant recours à un établissement s'adressent également à un intervenant.

Le médecin généraliste tient également une place prépondérante dans les soins apportés à ce groupe de personnes. 68 % s'adressent à un médecin généraliste et 27 % à un psychiatre. La différence entre ces deux fréquences laisse supposer que 41 % se tournent vers un généraliste sans être orientés vers un psychiatre. Ce que confirme d'ailleurs, dans une moindre mesure, le constat sur les 30 % de recours exclusif à un médecin généraliste. Il faut rappeler à ce propos la

---

<sup>5</sup> Lovell A., « Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale », InVS 2002, p. 23  
Santé Mentale rapport v2.1

préconisation du Pr Kovess dans sa définition du besoin de soins en psychiatrie : Les personnes dont les problèmes sont les plus sévères, autrement dit celles pour qui un besoin de soins en psychiatrie est diagnostiqué, relèvent de la psychiatrie, ou en tout cas que les personnes qui en souffrent soient dans un premier temps évaluées par un psychiatre (libéral ou exerçant dans le cadre de la psychiatrie de secteur).

Le Plan de santé mentale et de psychiatrie 2005-2008 préconise « le développement, sur tout le territoire national, de groupes d'entraide mutuelle (clubs) s'adressant aux personnes handicapées psychiques et leur offrant, dans le cadre d'un accueil de jour, la possibilité de retisser le lien social par le biais de rencontres et d'activités culturelles, de loisirs ou sportives. » L'enquête Santé mentale montre que ce type de prise en charge psychiatrique est encore peu utilisé en Lorraine : 1 % seulement des personnes avec un besoin de soins psychiatrique déclare y avoir recours. Cette proportion, plus importante dans les grandes villes de la région, est certainement en lien avec l'offre d'entraide mutuelle existante.

Si les recours à des soins non conventionnels ou à des structures informelles sont relativement peu fréquents dans les réponses choisies par les personnes pour leurs besoins de soin en santé mentale (6 %), ils le sont davantage (14 %) pour les besoins de soin psychiatrique. Dans ce dernier cas, c'est l'appel à la médecine douce (7 %) et à un homme d'église (5%) qui dominent.

### Des différences territoriales de recours aux soins

Que ce soit pour les recours aux soins en cas de besoin de soins en santé mentale ou en cas de besoin psychiatrique, on observe des différences significatives entre les territoires de santé. Les deux tableaux suivants présentent les différences observées.

**Tableau 21 : Territoires de santé présentant une différence significative pour les recours aux soins en cas de besoin de soins en santé mentale**

Modalité	Territoire de santé	+	-
Médecin généraliste	Déodatie - Remiremont	+	
	Lorraine Nord		-
Médecin généraliste exclusif	Déodatie-Remiremont	+	
	Lorraine Nord		-
Autre intervenant professionnel	Lunéville	+	
Consultation en structure externe	Déodatie - Remiremont	+	
Avoir consulté dans un hôpital, une clinique, structure interne ou externe pour des problèmes de santé mentale	Déodatie - Remiremont	+	
S'être adressé à un spécialiste de la médecine douce pour des problèmes de santé mentale	Thionville	+	
S'être adressé seulement à un service informel pour des problèmes de santé mentale	Nancy	+	

Les valeurs présentées correspondent à celles pour lesquelles le test exact de Fisher (test pour comparer des petits nombres) est significatif au seuil 0.05. La comparaison est effectuée entre le territoire concerné et le reste de la Lorraine.

Les résultats sont présentés sous forme de tendance (+ pour une valeur significativement supérieure à celle du reste de la Lorraine et – pour des valeurs inférieures), car dans la plupart des cas on a affaire à de petits effectifs avec un intervalle de confiance important.

Au regard de ces résultats, on peut observer qu'en cas de besoin de soins de santé mentale, les habitants du territoire de la Déodatie – Remiremont ont plus souvent recours au médecin généraliste que ceux du reste de la Lorraine. Ce territoire se différencie également par une fréquence de recours plus importante à des consultations dans le secteur hospitalier (sans distinction de type d'établissement) ou en structure hospitalière externe.

Le territoire de Thionville se caractérise par un recours plus fréquent à la médecine douce. C'est dans celui de Nancy que le recours exclusif à un service informel est le plus fréquent en cas de problème de santé mentale.

**Tableau 22 : Territoires de santé présentant une différence significative pour les recours aux soins en cas de besoin de soins en psychiatrie**

Modalité	Territoire de santé	+	-
Médecin psychiatre	Verdun – Cœur de Lorraine		-
	Barrois – Val de Meuse	+	
Psychothérapeute	Verdun – Cœur de Lorraine		-
	Barrois – Val de Meuse	+	
Autre intervenant professionnel	Lunéville		-
Aller à l'hôpital	Barrois – Val de Meuse	+	
Aller aux urgences	Barrois – Val de Meuse	+	
Consultation simple à l'hôpital	Briey - Longwy	+	
Consultation hôpital en hospitalisation	Barrois – Val de Meuse	+	
	Déodatie - Remiremont	+	
Consultation en structure externe	Barrois – Val de Meuse	+	
Hospitalisation en CHS	Barrois – Val de Meuse	+	
Avoir consulté dans un hôpital, une clinique, structure interne ou externe pour des problèmes de santé mentale	Barrois – Val de Meuse	+	
	Déodatie - Remiremont	+	
	Lorraine Nord	+	
Avoir consulté dans un hôpital, une clinique, structure interne ou externe pour des problèmes de santé mentale	Barrois – Val de Meuse	+	
S'être adressé à prêtre ou un pasteur	Sarrebourog -Saulnois	+	
S'être adressé à un spécialiste de la médecine douce pour des problèmes de santé mentale	Bassin Houiller	+	

Les valeurs présentées correspondent à celles pour lesquelles le test exact de Fisher (test pour comparer des petits nombres) est significatif au seuil 0.05. La comparaison est effectuée entre le territoire concerné et le reste de la Lorraine.

Les résultats sont présentés sous forme de tendance (+ pour une valeur significativement supérieure à celle du reste de la Lorraine et – pour des valeurs inférieures), car dans la plupart des cas on a affaire à de petits effectifs avec un intervalle de confiance important.

Les différences territoriales pour les recours aux soins en cas de besoin de soins de psychiatrie sont les plus nombreuses pour le territoire de Bar-le-Duc – Haut Val de Meuse. Les recours aux médecins psychiatres ou à un psychothérapeute y sont proportionnellement plus importants qu'ailleurs. C'est également ce territoire qui enregistre les différences significatives les plus fréquentes pour les recours au système hospitalier.

### Besoins subjectifs et recours aux soins

Près de 18 % de la population enquêtée a eu recours à un professionnel ou à une structure de santé pour des problèmes de santé mentale alors que l'entretien n'a pas permis de diagnostiquer un besoin de soins de santé mentale ou de psychiatrie. On peut considérer que ce comportement traduit un besoin de soins ressenti. Cette dimension subjective qui détermine des recours au système de santé est à prendre en compte car elle a un effet sur l'utilisation des services de soins.

Ce type de recours aux soins s'adresse surtout aux professionnels de santé et très majoritairement aux médecins généralistes (12,3 %). Les établissements de santé ne sont pratiquement pas concernés (0,6 %). On n'observe pas de différence significative entre les territoires de santé.



**Tableau 23 : Recours à des soins de santé mentale par les personnes pour qui aucun besoin de soin de santé mentale ou de psychiatrie n'a été diagnostiqué**

Modalité de recours aux soins	Pas de besoin de soin de santé mentale ou psychiatrique	
	%	I.C. 95%
<b>S'être adressé à un professionnel ou à une structure de soins pour des problèmes de santé mentale</b>	<b>17,7</b>	<b>[16,4-19,0]</b>
Intervenant médical ou paramédical	17,6	[16,3-18,9]
Médecin non psychiatre	13,6	[12,4-14,8]
Médecin généraliste	12,3	[11,2-13,4]
<i>Médecin généraliste exclusif</i>	9,7	[8,7-32,8]
Psychiatre ou psychothérapeute	4,5	[12,9-10,7]
Médecin psychiatre	2,4	[1,9-2,9]
Psychothérapeute	2,9	[2,3-3,5]
Intervenant paramédical	2,8	[2,2-3,4]
Consultation dans un hôpital, une clinique, une structure interne ou externe	0,6	[0,3-0,9]

#### 4.2.4. Qualité de vie

Le tableau des scores moyens pour chaque thème pour l'ensemble de la Lorraine figure sur la page suivante. Il indique également, à chaque fois, les territoires de santé qui se différencient de manière significative du reste de la Lorraine.

La lecture de ce tableau montre l'opposition qui existe en termes de santé et de qualité de vie entre la Lorraine Nord et la Lorraine Sud. La première a souvent des scores inférieurs à la moyenne régionale, alors que la seconde enregistre souvent des résultats meilleurs. Le plus mauvais positionnement de la Lorraine Nord est, pour une partie importante, le fait de deux territoires de santé qui cumulent des scores souvent inférieurs (Bassin Houiller [6 fois pour les 9 thèmes] et, dans une moindre mesure, le territoire de Sarreguemines – Bitche – Sarralbe).

En Lorraine Sud, deux territoires se distinguent assez souvent avec des scores supérieurs : le territoire du Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan (6 fois sur 9) et Nancy (4 fois sur 9).

Cette différenciation des territoires de santé cités par rapport à la moyenne régionale avait déjà été mise en évidence, avec d'autres données et une autre méthodologie, dans le rapport sur l'état de santé des Lorrains pour la préparation du Plan Régional de Santé Publique. Il y a donc là concordance et confirmation des observations.



**Tableau 24 : Score moyen pour chaque grand thème de l'échelle de qualité de vie SF-36**

	Score moyen	I.C. 95%	
<b>Fonctionnement physique</b>	84,7	[84,0-	
<i>Bassin Houiller</i>	82,5	[80,4-	*
<i>Lorraine Nord</i>	84,1	[83,2-	*
<i>Nancy</i>	88,5	[84,0-	**
<i>Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan</i>	88,2	[84,0-	**
<i>Val de Lorraine</i>	88,4	[84,0-	**
<i>Lorraine Sud</i>	85,5	[84,5-	**
<b>Limitations dues à l'activité</b>	79,9	[79,3-	
<i>Bassin Houiller</i>	75,8	[74,0-	*
<i>Sarreguemines-Bitche-Sarralbe</i>	73,1	[69,9-	*
<i>Lorraine Nord</i>	78,3	[77,5-	*
<i>Nancy</i>	84,8	[82,7-	**
<i>Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan</i>	85,7	[82,8-	*
<i>Lorraine Sud</i>	82,2	[84,5-	**
<b>Douleurs physiques</b>	64,6	[63,7-	
<i>Bassin Houiller</i>	60,8	[58,2-	**
<i>Sarreguemines-Bitche-Sarralbe</i>	59,9	[55,7-	*
<i>Nancy</i>	68,1	[65,3-	*
<i>Val de Lorraine</i>	70,4	[66,2-	**
<i>Lorraine Sud</i>	66,3	[65,0-	**
<b>Santé générale</b>	69,6	[69,0-	
<i>Bassin Houiller</i>	66,8	[65,0-	**
<i>Sarreguemines-Bitche-Sarralbe</i>	66,1	[63,0-	*
<i>Nancy</i>	71,8	[69,8-	*
<i>Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan</i>	74,0	[70,8-	**
<b>Vitalité</b>	58,9	[58,4-	
<i>Bassin Houiller</i>	56,9	[55,4-	**
<i>Lorraine Nord</i>	58,5	[57,8-	*
<i>Lunéville</i>	61,4	[59,1-	*
<i>Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan</i>	65,0	[62,5-	**
<i>Val de Lorraine</i>	62,8	[60,2-	**
<i>Lorraine Sud</i>	59,6	[58,8-	*
<b>Vie et relations avec les autres</b>	83,9	[83,3-	
<i>Bassin Houiller</i>	81,8	[80,0-	*
<i>Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan</i>	90,4	[87,5-	**
<b>Santé mentale</b>	70,4	[69,8-	
<i>Sud-Ouest Meurthe-et-Mosellan</i>	73,6	[70,7-	**
<b>Limitations dues à l'état</b>	93,9	[93,4-	
<i>Déodatie-Remiremont</i>	95,7	[94,2-	*
<b>Evolution de la santé générale</b>	49,4	[48,8-	
<i>Verdun-Cœur de Lorraine</i>	46,2	[43,4-	*
<i>Sarreguemines-Bitche-Sarralbe</i>	54,2	[51,2-	**
<i>Ouest-Centre Vosges</i>	51,9	[49,9-	*

\*, \*\* : test t de Student significatif respectivement au seuil 0.05, 0.01 pour la comparaison de chaque territoire de santé avec le reste de la Lorraine. Les cases en rose indiquent que la proportion mesurée dans le territoire est supérieure à celle mesurée dans le reste de la Lorraine. Pour les cases en bleu, elle est au contraire inférieure.

Les valeurs pour l'ensemble de la Lorraine sont celles qui suivent directement l'intitulé du thème traité.

## 4.3 Analyse des déterminants

### 4.3.1 Besoins de soins

L'ensemble des résultats est présenté sous forme d'un tableau par modèle. Les modèles utilisés étant des modèles de régression logistique, l'indicateur fourni est l'odds-ratio. L'odds-ratio peut être considéré comme une estimation du risque relatif lorsque la fréquence du phénomène observé est faible; en pratique cette estimation est valide lorsque la fréquence à étudier est inférieure à 10%. Cette approximation peut donc être utilisée pour l'interprétation des déterminants des troubles de l'humeur, de l'usage d'une substance psycho active et du recours auprès d'une structure. Cette approximation est moins exacte pour les autres déterminants, l'odds-ratio étant toujours plus élevé que le risque relatif.

Rappel : le risque relatif est le rapport de la probabilité d'existence du phénomène étudié chez les sujets exposés au déterminant par rapport aux sujets non exposés.  $RR = pe/pe$  alors que l'odds-ratio  $OR = pe/(1-pe)$ . Ainsi dans le tableau B1 le sexe est significativement associé au besoin de soins, l'odds-ratio vaut 2 indiquant que l'odds des femmes est 2 fois supérieur à celui des hommes. Compte tenu de la fréquence, des besoins de soins en santé mentale et en psychiatrie, l'odds-ratio est plus élevé que le risque relatif et la formulation «le besoin de soins en santé mentale et/ou psychiatrie est 2 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes» surestime la réalité de ce risque.

Dans chaque tableau sont présentés d'une part une régression bivariée et d'autre part une régression multivariée. Pour la régression bivariée seule la variable considérée est dans le modèle ; l'odds-ratio est assorti d'un intervalle de confiance à 95% (c'est-à-dire l'intervalle ayant une forte probabilité de contenir la vraie valeur de l'odds-ratio) et le niveau de signification statistique. Les variables significatives à un seuil inférieur à 10% en régression bivariée sont candidates pour la régression multivariée dans laquelle ne sont finalement retenues que les variables restant significatives au seuil de 5%. Cette méthode permettant in fine de ne retenir que les variables ayant un rôle propre indépendamment des autres variables dans l'explication du niveau de la variable à expliquer.

#### 4.3.1.1 Besoins de soins en santé mentale et/ou psychiatrie

L'ensemble des résultats est présenté dans les tableaux B1 à B6. **Le 1<sup>er</sup> tableau est présenté dans le corps du texte ; l'ensemble des tableaux est présenté en annexe.** La totalité des caractéristiques socio économiques est associée aux besoins de soins en santé mentale et/ou psychiatrie en analyse bivariée ; par contre le statut d'occupation du logement et le niveau de diplôme ne sont plus significatifs en régression multivariée. Le besoin de soins est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, il diminue avec l'âge, il est plus faible chez les personnes en couple mais plus élevé chez les divorcés et veufs, comparé aux célibataires. Enfin il augmente linéairement avec le revenu du foyer, le niveau de soutien social est lié de façon linéaire et importante aux besoins de soins en santé mentale et psychiatrique, l'augmentation de chaque point du score multipliant par 1,25 la probabilité de l'absence de besoins.

Le tableau B.3 fait apparaître que le lien entre territoire de proximité et besoin de soins en santé mentale et/ou psychiatrie est à la limite de la signification statistique. Il est significativement plus élevé que la moyenne Lorraine pour les territoires du bassin houiller et de Sarreguemines Biche Sarralbe ( $OR=1,3$ ). L'odds-ratio pour le territoire de Nancy est à la limite de la signification en bivariée mais n'est plus significatif en analyse multivariée.

L'analyse restreinte aux 25-64 ans montre que le statut professionnel qui est très significatif en bivariée ne l'est plus dans les modèles multivariés qui incluent le niveau de soutien social. Par contre dans les modèles n'incluant pas le niveau de soutien social, le statut d'activité reste significativement lié aux besoins de soins en santé mentale et/ou psychiatrie avec un odds-ratio de 5,8 chez les demandeurs d'emploi comparé aux sujets ayant une activité professionnelle. Ceci indique qu'il existe un lien fort entre niveau de soutien social et statut d'activité, les personnes ayant une activité professionnelle étant celles qui bénéficient également du meilleur niveau de soutien social. L'effet du territoire de proximité est identique chez les 25-64 ans et en ajustant sur le statut d'activité ce qui indique que les différences entre territoire de proximité notamment du bassin houiller et de Sarreguemines Biche Sarralbe ne sont pas liés à des différences de statut professionnel.

**Tableau B 1 Besoin de soins en santé mentale et/ou en psychiatrie (versus aucun besoin)  
(soutien social inclus)**

	Régression bivariée			Régression multivariée**		
	Odds ratio	IC* 95%		Odds ratio	IC* 95%	
		Inf*	Sup*		Inf*	Sup*
<b>SEXE</b>						
Masculin	1			1		
Féminin	2,0	1,8 - 2,2		1,7	1,5 - 1,9	
<b>AGE</b>						
18-24	1			1		
25-34	0,7	0,6 - 0,9		0,9	0,6 - 1,2	
35-49	0,7	0,6 - 0,9		0,8	0,6 - 1,1	
50-64	0,7	0,6 - 0,9		0,8	0,6 - 1,1	
65 et plus	0,7	0,5 - 0,9		0,5	0,4 - 0,8	
<b>STATUT MATRIMONIAL</b>						
Célibataire	1			1		
Marié En couple	0,7	0,6 - 0,8		0,7	0,6 - 0,9	
Divorcé	1,5	1,2 - 1,9		1,3	1,0 - 1,8	
Veuf	1,3	1,1 - 1,6		1,5	1,1 - 2,1	
<b>STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT</b>						
Propriétaire	1					
Locataire	1,3	1,2 - 1,5				
Autres statuts	1,5	1,2 - 2,0				
<b>REVENU DU FOYER PONDERE PAR LE NOMBRE D'ADULTES</b>						
Moins de 800 euros	1,7	1,4 - 2,0		1,5	1,3 - 1,8	
De 800 à 1400 euros	1,2	1,0 - 1,4		1,2	1,0 - 1,4	
Plus de 1400 euros	1			1		
<b>NIVEAU DE DIPLOME</b>						
Aucun diplôme	1,8	1,4 - 2,3				
CEP-CAP-BEP	1,4	1,2 - 1,7				
Bac	1,3	1,1 - 1,7				
Bac+2	1,2	0,9 - 1,5				
Bac+3 et plus	1					
<b>NIVEAU DE SOUTIEN SOCIAL<sup>o</sup></b>	0,8	0,7 - 0,8	<0,0001	0,8	0,7 - 0,8	

\* IC : Intervalle de confiance - Inf : Borne inférieure - Sup : Borne supérieure

\*\* Seuls les facteurs présentant une association significative en régression bivariée (p<0.1) sont pris en compte en régression multivariée.

La méthode de sélection des variables Stepwise a été utilisée avec un seuil d'entrée dans le modèle à 0.1 et un seuil de sortie du modèle à 0.05. Par conséquent, les variables qui n'apparaissent pas dans la régression multivariée ne répondent pas à ces critères de sélection.

<sup>o</sup> Les variables quantitatives n'ont pas de modalité de référence. L'odds ratio exprime la variation de risque pour une augmentation de 1 unité de la variable.

#### 4.3.1.2 Besoins de soins en psychiatrie (versus besoin de soins en santé mentale)

Cette analyse est donc limitée aux 1841 sujets présentant des besoins de soins en psychiatrie (446) et/ou en santé mentale (1395).

L'ensemble des résultats est présenté dans les tableaux B7 à B12. **Le 1er tableau est présenté dans le corps du texte; l'ensemble des tableaux est présenté en annexe.** Globalement cette analyse confirme et renforce les résultats de l'analyse précédente en indiquant que les déterminants sont sensiblement identiques et vont dans le même sens. Il existe donc un effet de progression de l'absence de besoin de soins vers le besoin de soins en santé mentale puis le besoin de soins en psychiatrie. La probabilité de besoin de soins en psychiatrie diminue avec l'âge; l'odds-ratio est de 0,4 chez les 65 ans et + comparé aux plus jeunes. Le statut de divorcé est celui dans lequel le besoin de soins en psychiatrie est le plus élevé comparé aux célibataires alors qu'il est significativement plus faible chez les sujets mariés ou en couple. L'effet est plus important chez les locataires que chez les propriétaires et de la même façon il augmente avec la diminution du revenu par personne du foyer. Le niveau du diplôme n'est pas significatif en bivarié; de même la différence entre les hommes et les femmes n'est pas significative. Par contre on note toujours un effet majeur du niveau de soutien social avec une diminution de l'odds-ratio de 0,8 pour chaque point du niveau de soutien social. L'ensemble des variables significatives en régression bivariée restent significatives en régression multivariée (tableau B7).

Les résultats ne sont pratiquement pas modifiés lorsque l'on n'inclut pas le niveau de soutien social et les 4 variables dans le modèle précédent restent significatives avec des valeurs identiques d'odds-ratio. Il n'y a aucun effet du territoire de proximité ni globalement ni individuellement, aucun territoire ne s'éloignant significativement du niveau moyen de la région Lorraine. Ceci marque donc une différence importante avec l'analyse sur l'ensemble de l'échantillon et signifie que pour le bassin houiller et le bassin de Sarreguemines Bitche Sarralbe, l'augmentation des besoins se fait de façon identique pour les besoins de soins en santé mentale et psychiatrie et la fréquence relative des besoins en psychiatrie n'est pas plus marquée dans ce département que les besoins de soins en santé mentale.

Dans l'échantillon des 25-64 ans, on n'identifie toujours pas d'effet du sexe ni du diplôme. Il n'y a pas non plus d'effet d'âge dans ce seul sous groupe. Les autres variables sont significatives en particulier le statut d'activité avec toujours un besoin de soins en psychiatrie plus élevé chez les demandeurs d'emploi et chez les autres sans emploi mais cet effet disparaît dans la régression multivariée qui ne conserve finalement que le statut matrimonial et le revenu du foyer. Le niveau de soutien social qui est significatif en régression bivariée disparaît également de la régression multivariée et le résultat avec ou sans soutien social donne donc le même résultat (Tableaux B10 et B11).

Enfin le territoire de proximité reste globalement non significatif, il faut noter que malgré tout et dans cette tranche d'âge le territoire du bassin houiller est à la limite de la signification statistique (OR=1,3, intervalle de confiance à 95% 1,0-1,8).

Les deux variables importantes restent le statut matrimonial avec un besoin en psychiatrie plus important chez les sujets divorcés et plus faible chez les mariés ou en couple comparé aux célibataires et le niveau de revenu par personne du foyer avec une augmentation linéaire avec la diminution pour atteindre un odds multiplié par 2 chez les sujets disposant de moins de 800 euros par personne.

**Tableau B 7 Besoin de soins en psychiatrie (versus santé mentale) (soutien social inclus)**

	Régression bivariée			Régression multivariée**			
	Odds ratio	IC* 95%		p	Odds ratio	IC* 95%	
		Inf*	Sup*			Inf*	Sup*
<b>SEXE</b>				0,1834			
Masculin	1						
Féminin	1,2	0,9 - 1,5					
<b>AGE</b>				<0,0001			
18-24	1				1		
25-34	0,9	0,6 - 1,3			1,1	0,7 - 1,7	
35-49	0,9	0,6 - 1,3			1,0	0,7 - 1,6	
50-64	0,8	0,6 - 1,2			0,9	0,5 - 1,4	
65 et plus	0,4	0,2 - 0,5			0,3	0,2 - 0,5	
<b>STATUT MATRIMONIAL</b>				<0,0001			
Célibataire	1				1		
Marié En couple	0,6	0,5 - 0,8			0,8	0,5 - 1,1	
Divorcé	1,5	1,1 - 2,1			1,7	1,1 - 2,5	
Veuf	0,7	0,5 - 1,0			1,7	1,0 - 2,8	
<b>STATUT DOCCUPATION DU LOGEMENT</b>				<0,0001			
Propriétaire	1				1		
Locataire	1,8	1,4 - 2,3			1,4	1,1 - 1,8	
Autres statuts	1,2	0,8 - 2,0			1,0	0,6 - 1,7	
<b>REVENU DU FOYER PONDERE PAR LE NOMBRE DADULTES</b>				0,0049			
Moins de 800 euros	1,5	1,1 - 2,0			1,8	1,3 - 2,4	
De 800 à 1400 euros	1,1	0,8 - 1,4			1,1	0,8 - 1,5	
Plus de 1400 euros	1				1		
<b>NIVEAU DE DIPLOME</b>				0,5045			
Aucun diplôme	1,3	0,8 - 2,1					
CEP-CAP-BEP	1,3	0,9 - 2,0					
Bac	1,2	0,8 - 2,0					
Bac+2	1,6	0,9 - 2,6					
Bac+3 et plus	1						
<b>NIVEAU DE SOUTIEN SOCIAL<sup>o</sup></b>	0,8	0,8 - 0,9	0,0018		0,8	0,7 - 0,9	

\* IC : Intervalle de confiance - Inf : Borne inférieure - Sup : Borne supérieure

\*\* Seuls les facteurs présentant une association significative en régression bivariée (p<0.1) sont pris en compte en régression multivariée.

La méthode de sélection des variables Stepwise a été utilisée avec un seuil d'entrée dans le modèle à 0.1 et un seuil de sortie du modèle à 0.05.

Par conséquent, les variables qui n'apparaissent pas dans la régression multivariée ne répondent pas à ces critères de sélection.

<sup>o</sup> Les variables quantitatives n'ont pas de modalité de référence. L'odds ratio exprime la variation de risque pour une augmentation de 1 unité de la variable.

## 4.3.2 Troubles psychologiques

### 4.3.2.1 Troubles de l'humeur

Les déterminants du trouble de l'humeur sont analysés selon le même schéma et présentés dans les tableaux B13 à B18. **Le 1er tableau est présenté dans le corps du texte; l'ensemble des tableaux est présenté en annexe.**

L'ensemble des caractéristiques socio-économiques est lié à l'existence de troubles de l'humeur à l'exception du niveau de diplôme. Les femmes présentent plus souvent des troubles de l'humeur. Les sujets les plus âgés sont 2 fois moins touchés que les sujets les plus jeunes, les divorcés près de 2 fois plus que les célibataires qui eux-mêmes en présentent plus souvent que les personnes mariées. Les troubles de l'humeur augmentent avec la diminution des revenus. En analyse multivariée l'ensemble des variables restent significatives sauf le statut d'occupation du logement et l'inclusion du niveau de soutien social ne change pas le résultat. Ajusté sur l'ensemble de ces variables socio-économiques, le territoire de proximité n'est globalement pas significativement lié à l'existence de troubles de l'humeur (tableau B15) mais là encore on retrouve des niveaux plus élevés avec un odds-ratio à 1,5 significativement différent de la moyenne Lorraine pour la bassin houiller et le bassin de Sarreguemines Biche Sarralbe. Le territoire de Déodatie Remiremont a une fréquence plus faible que la moyenne et c'est à la limite de la significativité.

L'analyse restreinte aux 25-64 ans montre une relation très significative avec le statut professionnel en analyse bivariée mais qui disparaît lorsqu'il y a ajustement sur le niveau de soutien social alors qu'il persiste dans un modèle qui n'inclut pas le soutien social, les demandeurs d'emploi et les autres personnes sans emploi ayant une probabilité plus élevée de troubles de l'humeur que les sujets actifs. La probabilité des troubles de l'humeur est plus élevée dans le territoire du bassin houiller (OR=1,5) ; il reste identique chez les 25-64 ans avec prise en compte du statut d'activité.

**Tableau B 13 Troubles de l'humeur (soutien social inclus)**

	Régression bivariée			Régression multivariée**			
	Odds ratio	IC* 95%		p	Odds ratio	IC* 95%	
		Inf*	Sup*			Inf*	Sup*
<b>SEXE</b>				<0,0001			
Masculin	1				1		
Féminin	1,9	1,5 - 2,3			1,6	1,3 - 2,0	
<b>AGE</b>				<0,0001			
18-24	1				1		
25-34	0,9	0,6 - 1,3			1,3	0,8 - 2,0	
35-49	1,0	0,7 - 1,4			1,3	0,8 - 2,0	
50-64	0,7	0,5 - 1,1			0,8	0,5 - 1,3	
65 et plus	0,5	0,4 - 0,8			0,5	0,3 - 0,8	
<b>STATUT MATRIMONIAL</b>				<0,0001			
Célibataire	1				1		
Marié En couple	0,6	0,5 - 0,8			0,7	0,5 - 0,9	
Divorcé	1,9	1,4 - 2,6			1,8	1,2 - 2,6	
Veuf	1,0	0,7 - 1,3			1,4	0,9 - 2,2	
<b>STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT</b>				<0,0001			
Propriétaire	1						
Locataire	1,7	1,4 - 2,1					
Autres statuts	1,6	1,1 - 2,4					
<b>REVENU DU FOYER PONDERE PAR LE NOMBRE D'ADULTES</b>				0,0003			
Moins de 800 euros	1,5	1,2 - 1,9			1,5	1,2 - 2,0	
De 800 à 1400 euros	1,0	0,8 - 1,3			1,0	0,8 - 1,3	
Plus de 1400 euros	1				1		
<b>NIVEAU DE DIPLOME</b>				0,0945			
Aucun diplôme	1,6	1,0 - 2,4					
CEP-CAP-BEP	1,5	1,0 - 2,1					
Bac	1,7	1,1 - 2,5					
Bac+2	1,3	0,9 - 2,1					
Bac+3 et plus	1						
<b>NIVEAU DE SOUTIEN SOCIAL<sup>o</sup></b>	0,8	0,7 - 0,9		0,0003	0,8	0,7 - 0,9	

\* IC : Intervalle de confiance - Inf : Borne inférieure - Sup : Borne supérieure

\*\* Seuls les facteurs présentant une association significative en régression bivariée (p<0.1) sont pris en compte en régression multivariée.

La méthode de sélection des variables Stepwise a été utilisée avec un seuil d'entrée dans le modèle à 0.1 et un seuil de sortie du modèle à 0.05. Par conséquent, les variables qui n'apparaissent pas dans la régression multivariée ne répondent pas à ces critères de sélection.

<sup>o</sup> Les variables quantitatives n'ont pas de modalité de référence. L'odds ratio exprime la variation de risque pour une augmentation de 1 unité de la variable.

#### 4.3.2.2 Troubles anxieux

L'ensemble des résultats est présenté dans les tableaux B19 à B24. **Le 1er tableau est présenté dans le corps du texte; l'ensemble des tableaux est présenté en annexe.**

Toutes les variables socio-économiques sont très liées à l'existence de troubles anxieux, les femmes ayant une probabilité 2,5 fois plus élevée que les hommes et les sujets les plus âgés ont une probabilité 2 fois plus faible (OR=0,5 comparé aux 18-24 ans), les sujets mariés ont également une probabilité plus faible. L'existence de troubles anxieux augmente avec la diminution du revenu des foyers. Il augmente également lorsque le niveau de diplôme diminue. Seul le statut d'occupation du logement n'est plus significatif en analyse multivariée et ceci qu'il y ait ou non inclusion du niveau social (tableau B20).

Le territoire de proximité du bassin houiller est là encore le territoire qui présente un niveau significativement différent du niveau lorrain moyen (OR=1.4) alors que globalement il n'y a pas d'effet global du territoire,

Chez les 25-64 ans, le statut d'activité est très significatif avec un odds multiplié par 2,3 chez les demandeurs d'emploi et 1,7 chez les autres personnes sans emploi. Cet effet reste significatif en multivarié que l'on inclut ou non le soutien social.



**Tableau B 19 Troubles anxieux (soutien social inclus)**

	Régression bivariée			Régression multivariée**			
	Odds ratio	IC* 95%		p	Odds ratio	IC* 95%	
		Inf*	Sup*			Inf*	Sup*
<b>SEXE</b>				<0,0001			
Masculin	1				1		
Féminin	2,5	2,1 - 2,9			2,2	1,9 - 2,6	
<b>AGE</b>				<0,0001			
18-24	1				1		
25-34	0,7	0,5 - 0,9			0,8	0,6 - 1,1	
35-49	0,7	0,5 - 0,9			0,6	0,4 - 0,8	
50-64	0,8	0,6 - 1,0			0,7	0,5 - 1,0	
65 et plus	0,5	0,4 - 0,7			0,3	0,2 - 0,5	
<b>STATUT MATRIMONIAL</b>				<0,0001			
Célibataire	1				1		
Marié En couple	0,7	0,6 - 0,9			0,9	0,7 - 1,1	
Divorcé	1,5	1,2 - 2,0			1,4	1,0 - 2,0	
Veuf	1,2	0,9 - 1,5			1,5	1,1 - 2,2	
<b>STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT</b>				<0,0001			
Propriétaire	1						
Locataire	1,4	1,2 - 1,7					
Autres statuts	1,5	1,1 - 2,0					
<b>REVENU DU FOYER PONDERE PAR LE NOMBRE D'ADULTES</b>				<0,0001			
Moins de 800 euros	1,8	1,5 - 2,1			1,4	1,1 - 1,8	
De 800 à 1400 euros	1,2	1,0 - 1,4			1,1	0,9 - 1,3	
Plus de 1400 euros	1				1		
<b>NIVEAU DE DIPLOME</b>				<0,0001			
Aucun diplôme	2,0	1,5 - 2,6			1,5	1,1 - 2,2	
CEP-CAP-BEP	1,6	1,2 - 2,0			1,3	1,0 - 1,8	
Bac	1,2	0,9 - 1,7			0,9	0,6 - 1,2	
Bac+2	1,3	0,9 - 1,7			1,1	0,8 - 1,5	
Bac+3 et plus	1				1		
<b>NIVEAU DE SOUTIEN SOCIAL<sup>o</sup></b>	0,8	0,7 - 0,9		<0,0001	0,8	0,7 - 0,8	

\* IC : Intervalle de confiance - Inf : Borne inférieure - Sup : Borne supérieure

\*\* Seuls les facteurs présentant une association significative en régression bivariée (p<0.1) sont pris en compte en régression multivariée.

La méthode de sélection des variables Stepwise a été utilisée avec un seuil d'entrée dans le modèle à 0.1 et un seuil de sortie du modèle à 0.05. Par conséquent, les variables qui n'apparaissent pas dans la régression multivariée ne répondent pas à ces critères de sélection.

<sup>o</sup> Les variables quantitatives n'ont pas de modalité de référence. L'odds ratio exprime la variation de risque pour une augmentation de 1 unité de la variable.

#### 4.3.2.3 Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives

L'ensemble des résultats est présenté selon le même modèle dans les tableaux B25 à B30. **Le 1er tableau est présenté dans le corps du texte; l'ensemble des tableaux est présenté en annexe.**

Les différences sont significatives sauf pour le revenu du foyer et le niveau du diplôme. De façon attendue la probabilité est plus faible chez les femmes (0,4) et chez les sujets âgés. La probabilité diminue dès l'âge 25 ans pour atteindre un OR de 0,1 chez les 65 ans et plus. C'est donc de façon également logique chez les célibataires que cette probabilité est la plus élevée. Le statut d'occupation du logement est significatif en bivarié mais non significatif en multivarié, ceci que l'on inclut ou non le niveau de soutien social.

Après inclusion de ces variables, le territoire de proximité ne montre aucun effet significatif ( $p < 0.47$ ) et aucun territoire ne s'éloigne de la moyenne Lorraine.

L'analyse chez les sujets de 25-64 ans ne met pas en évidence l'impact du statut d'activité; par contre le statut d'occupation du logement reste significatif avec une probabilité plus élevée de troubles liés à l'usage de substances psycho actives chez les locataires comparé aux propriétaires. Le territoire de proximité n'est pas du tout lié aux troubles liés à l'utilisation de substances.

**Tableau B 25 Troubles liés à l'usage de substances psycho-actives (soutien social inclus)**

	Régression bivariée			Régression multivariée**			
	Odds ratio	IC* 95%		p	Odds ratio	IC* 95%	
		Inf*	Sup*			Inf*	Sup*
<b>SEXE</b>				<0,0001			
Masculin	1				1		
Féminin	0,4	0,3 - 0,5			0,3	0,2 - 0,4	
<b>AGE</b>				<0,0001			
18-24	1				1		
25-34	0,3	0,2 - 0,5			0,5	0,3 - 0,8	
35-49	0,2	0,2 - 0,4			0,3	0,2 - 0,5	
50-64	0,2	0,2 - 0,4			0,3	0,2 - 0,5	
65 et plus	0,1	0,0 - 0,1			0,1	0,1 - 0,3	
<b>STATUT MATRIMONIAL</b>				<0,0001			
Célibataire	1				1		
Marié En couple	0,3	0,2 - 0,3			0,5	0,3 - 0,8	
Divorcé	0,7	0,5 - 1,1			1,5	0,9 - 2,5	
Veuf	0,1	0,1 - 0,3			0,7	0,3 - 1,7	
<b>STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT</b>				<0,0001			
Propriétaire	1						
Locataire	1,7	1,3 - 2,3					
Autres statuts	3,3	2,1 - 5,3					
<b>REVENU DU FOYER PONDERE PAR LE NOMBRE D'ADULTES</b>				0,9901			
Moins de 800 euros	1,0	0,7 - 1,4					
De 800 à 1400 euros	1,0	0,7 - 1,4					
Plus de 1400 euros	1						
<b>NIVEAU DE DIPLOME</b>				0,2983			
Aucun diplôme	0,6	0,4 - 1,1					
CEP-CAP-BEP	0,8	0,5 - 1,2					
Bac	1,0	0,6 - 1,7					
Bac+2	1,0	0,6 - 1,7					
Bac+3 et plus	1						
<b>NIVEAU DE SOUTIEN SOCIAL°</b>	0,8	0,7 - 0,9	0,0060		0,8	0,7 - 0,9	

\* IC : Intervalle de confiance - Inf : Borne inférieure - Sup : Borne supérieure

\*\* Seuls les facteurs présentant une association significative en régression bivariée (p<0.1) sont pris en compte en régression multivariée.

La méthode de sélection des variables Stepwise a été utilisée avec un seuil d'entrée dans le modèle à 0.1 et un seuil de sortie du modèle à 0.05. Par conséquent, les variables qui n'apparaissent pas dans la régression multivariée ne répondent pas à ces critères de sélection.

° Les variables quantitatives n'ont pas de modalité de référence. L'odds ratio exprime la variation de risque pour une augmentation de 1 unité de la variable.

### **4.3.3 Recours aux soins pour des problèmes de santé mentale**

#### **4.3.3.1 Recours auprès d'un généraliste**

Comme pour les autres chapitres, les données se trouvent dans les tableaux R1 à R6. **Le 1er tableau est présenté dans le corps du texte; l'ensemble des tableaux est présenté en annexe.** L'ensemble des variables socio-économiques est significativement lié au recours en régression bivariée à l'exception du niveau de soutien social. Le recours est également lié significativement à l'existence d'un besoin de soins en psychiatrie. Le statut d'occupation du logement, le revenu du foyer et le niveau de diplôme ne sont plus significatifs en régression multivariée. Le territoire de proximité est à la limite de la signification statistique, en particulier pour le territoire de Metz dans lequel ce recours paraît moins fréquent après ajustement sur les autres variables. L'analyse limitée aux 25-64 ans ne change pas ces résultats, le statut d'activité n'est pas significatif avec ou sans soutien social et ceci de façon tout à fait logique puisque cette variable n'est pas significativement liée au recours aux soins. Par contre on retrouve toujours la même tendance à une diminution du recours au généraliste dans le territoire de Metz.

**Tableau R 1 Recours aux soins pour des problèmes de santé mentale auprès d'un médecin généraliste (soutien social inclus)**

	Régression bivariée			Régression multivariée**			
	Odds ratio	IC* 95%		p	Odds ratio	IC* 95%	
		Inf*	Sup*			Inf*	Sup*
<b>SEXE</b>				<0,0001			
Masculin	1				1		
Féminin	2,1	1,9 - 2,5			1,6	1,3 - 1,9	
<b>AGE</b>				<0,0001			
18-24	1				1		
25-34	1,2	0,9 - 1,6			1,4	0,9 - 2,2	
35-49	1,6	1,3 - 2,1			1,9	1,2 - 2,9	
50-64	1,7	1,3 - 2,3			1,8	1,2 - 2,8	
65 et plus	1,6	1,3 - 2,2			1,4	0,8 - 2,2	
<b>STATUT MATRIMONIAL</b>				<0,0001			
Célibataire	1				1		
Marié En couple	1,1	0,9 - 1,3			1,2	0,9 - 1,6	
Divorcé	2,5	1,9 - 3,2			1,8	1,2 - 2,7	
Veuf	2,4	1,9 - 3,0			2,2	1,4 - 3,4	
<b>STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT</b>				0,0693			
Propriétaire	1						
Locataire	1,2	1,0 - 1,3					
Autres statuts	1,2	0,9 - 1,6					
<b>REVENU DU FOYER PONDERE PAR LE NOMBRE D'ADULTES</b>				0,0003			
Moins de 800 euros	1,3	1,1 - 1,6					
De 800 à 1400 euros	1,0	0,8 - 1,2					
Plus de 1400 euros	1						
<b>NIVEAU DE DIPLOME</b>				0,0029			
Aucun diplôme	1,6	1,2 - 2,0					
CEP-CAP-BEP	1,3	1,0 - 1,6					
Bac	1,1	0,8 - 1,4					
Bac+2	1,1	0,8 - 1,5					
Bac+3 et plus	1						
<b>NIVEAU DE SOUTIEN SOCIAL<sup>°</sup></b>	1,0	0,9 - 1,0		0,2000			
<b>BESOIN DE SOINS EN PSYCHIATRIE</b>				<0,0001			
Besoin de soins en sante mentale	1				1		
Besoin de soins en psychiatrie	2,8	2,2 - 3,5			2,9	2,3 - 3,6	

\* IC : Intervalle de confiance - Inf : Borne inférieure - Sup : Borne supérieure

\*\* Seuls les facteurs présentant une association significative en régression bivariée (p<0.1) sont pris en compte en régression multivariée.

La méthode de sélection des variables Stepwise a été utilisée avec un seuil d'entrée dans le modèle à 0.1 et un seuil de sortie du modèle à 0.05. Par conséquent, les variables qui n'apparaissent pas dans la régression multivariée ne répondent pas à ces critères de sélection.

<sup>°</sup> Les variables quantitatives n'ont pas de modalité de référence. L'odds ratio exprime la variation de risque pour une augmentation de 1 unité de la variable.

#### 4.3.3.2 Recours auprès d'un psychiatre

L'ensemble des résultats des modèles de régression est présenté dans les tableaux R7 à R12. **Le 1er tableau est présenté dans le corps du texte; l'ensemble des tableaux est présenté en annexe.**

La totalité des variables socio-économiques est significative en régression bivariée, par contre seul l'âge, le statut matrimonial et le niveau de diplôme et le besoin de soins en psychiatrie restent significatifs en multivarié et ceci de façon identique que l'on inclut ou pas le niveau de soutien social (tableaux R7 et R8). Quatre variables expliquent le recours au psychiatre : l'âge avec un recours plus faible chez les 65 ans et + (OR=0,3 comparé aux 18-24 ans) un recours significativement plus élevé chez les personnes divorcées (OR=1,8) et les veufs (OR=2,3) et un recours qui diminue avec la diminution du niveau de diplôme (OR=0,3 pour les personnes sans diplôme comparé aux personnes ayant Bac+3 ou plus). Il n'y a pas de différence de recours au psychiatre en fonction du territoire de proximité et aucun d'eux ne s'écarte significativement de la moyenne lorraine.

Chez les 25-64 ans, le statut d'activité est significatif avec un recours plus de 2 fois plus élevé (OR=2,1) chez les demandeurs d'emploi comparé aux actifs, ceci qu'il y ait ou non inclusion du niveau de soutien social (de façon tout à fait logique puisque le niveau de soutien social n'est pas significatif). Le territoire de proximité reste non significatif dans cette tranche d'âge.

**Tableau R 7 Recours aux soins pour des problèmes de santé mentale auprès d'un psychiatre (soutien social inclus)**

	Régression bivariée			Régression multivariée**			
	Odds ratio	IC* 95%		p	Odds ratio	IC* 95%	
		Inf*	Sup*			Inf*	Sup*
<b>SEXE</b>				<0,0001			
Masculin	1						
Féminin	1,6	1,3	2,1				
<b>AGE</b>				<0,0001			
18-24	1				1		
25-34	1,0	0,6	1,6		1,1	0,6	1,9
35-49	1,2	0,8	1,9		1,2	0,7	2,3
50-64	0,9	0,6	1,5		1,1	0,6	2,2
65 et plus	0,4	0,2	0,6		0,3	0,1	0,6
<b>STATUT MATRIMONIAL</b>				<0,0001			
Célibataire	1				1		
Marié En couple	0,7	0,5	0,9		1,1	0,7	1,7
Divorcé	2,2	1,5	3,1		1,8	1,1	3,2
Veuf	0,8	0,5	1,3		2,3	1,1	4,4
<b>STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT</b>				0,0012			
Propriétaire	1						
Locataire	1,6	1,2	2,0				
Autres statuts	1,5	0,9	2,5				
<b>REVENU DU FOYER PONDERE PAR LE NOMBRE D'ADULTES</b>				0,0102			
Moins de 800 euros	0,9	0,7	1,2				
De 800 à 1400 euros	0,7	0,5	0,9				
Plus de 1400 euros	1						
<b>NIVEAU DE DIPLOME</b>				<0,0001			
Aucun diplôme	0,4	0,3	0,7		0,3	0,2	0,5
CEP-CAP-BEP	0,5	0,3	0,6		0,4	0,2	0,6
Bac	0,6	0,4	0,8		0,4	0,3	0,8
Bac+2	0,9	0,6	1,3		0,8	0,4	1,3
Bac+3 et plus	1				1		
<b>NIVEAU DE SOUTIEN SOCIAL<sup>o</sup></b>	0,8	0,7	0,9	0,0072			
<b>BESOIN DE SOINS EN PSYCHIATRIE</b>				<0,0001			
Besoin de soins en sante mentale	1				1		
Besoin de soins en psychiatrie	3,8	2,8	5,0		3,3	2,4	4,4

\* IC : Intervalle de confiance - Inf : Borne inférieure - Sup : Borne supérieure

\*\* Seuls les facteurs présentant une association significative en régression bivariée (p<0.1) sont pris en compte en régression multivariée.

La méthode de sélection des variables Stepwise a été utilisée avec un seuil d'entrée dans le modèle à 0.1 et un seuil de sortie du modèle à 0.05. Par conséquent, les variables qui n'apparaissent pas dans la régression multivariée ne répondent pas à ces critères de sélection.

<sup>o</sup> Les variables quantitatives n'ont pas de modalité de référence. L'odds ratio exprime la variation de risque pour une augmentation de 1 unité de la variable.

#### 4.3.3.3 Recours auprès d'une structure

L'ensemble des résultats obtenus est présenté dans les tableaux R13 à R18. **Le 1er tableau est présenté dans le corps du texte; l'ensemble des tableaux est présenté en annexe.**

Le sexe n'est pas du tout lié au recours aux soins auprès d'une structure. Le revenu du foyer est à la limite de la signification statistique. En régression multivariée, le besoin de soins en psychiatrie est la variable la plus importante avec le statut d'occupation du logement et le niveau de soutien social. Si l'on inclut pas le niveau de soutien social, l'âge reste significatif avec là encore un recours plus faible chez les 65 ans et +. Le territoire de proximité n'est globalement pas significatif mais deux territoires se distinguent pour un recours beaucoup plus élevé (OR=2,4) : le Barrois Val de Meuse et la Déodatie Remiremont.

Chez les 25-64 ans le statut d'activité est très significatif avec un OR à 5,2 pour les demandeurs d'emploi en analyse bivariée et qui persiste très significativement (2,6) en régression multivariée, le recours est supérieur dans les territoires de Barrois Val de Meuse et de la Déodatie Remiremont et reste très marqué également pour cette tranche d'âge.



**Tableau R 13 Recours aux soins pour des problèmes de santé mentale auprès d'une structure (soutien social inclus)**

	Régression bivariée			Régression multivariée**			
	Odds ratio	IC* 95%		p	Odds ratio	IC* 95%	
		Inf*	Sup*			Inf*	Sup*
<b>SEXE</b>							0,6260
Masculin	1						
Féminin	1,1	0,7	1,6				
<b>AGE</b>							<0,0001
18-24	1						
25-34	0,7	0,3	1,6				
35-49	1,2	0,6	2,3				
50-64	0,9	0,5	1,9				
65 et plus	0,2	0,1	0,5				
<b>STATUT MATRIMONIAL</b>							<0,0001
Célibataire	1						
Marié En couple	0,4	0,2	0,6				
Divorcé	1,8	1,0	3,1				
Veuf	0,4	0,2	0,9				
<b>STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT</b>							<0,0001
Propriétaire	1				1		
Locataire	2,8	1,8	4,2		1,9	1,2	3,1
Autres statuts	3,6	1,8	7,3		3,4	1,5	7,9
<b>REVENU DU FOYER PONDERE PAR LE NOMBRE D'ADULTES</b>							0,0749
Moins de 800 euros	1,9	1,1	3,3				
De 800 à 1400 euros	1,4	0,8	2,4				
Plus de 1400 euros	1						
<b>NIVEAU DE DIPLOME</b>							0,0382
Aucun diplôme	1,7	0,5	5,7				
CEP-CAP-BEP	3,3	1,2	9,1				
Bac	3,0	1,0	9,1				
Bac+2	3,2	1,0	10,0				
Bac+3 et plus	1						
<b>NIVEAU DE SOUTIEN SOCIAL<sup>o</sup></b>	0,6	0,5	0,7	<0,0001	0,7	0,6	0,9
<b>BESOIN DE SOINS EN PSYCHIATRIE</b>							<0,0001
Besoin de soins en sante mentale	1				1		
Besoin de soins en psychiatrie	7,1	4,4	11,5		5,7	3,5	9,2

\* IC : Intervalle de confiance - Inf : Borne inférieure - Sup : Borne supérieure

\*\* Seuls les facteurs présentant une association significative en régression bivariée (p<0.1) sont pris en compte en régression multivariée.

La méthode de sélection des variables Stepwise a été utilisée avec un seuil d'entrée dans le modèle à 0.1 et un seuil de sortie du modèle à 0.05. Par conséquent, les variables qui n'apparaissent pas dans la régression multivariée ne répondent pas à ces critères de sélection.

<sup>o</sup> Les variables quantitatives n'ont pas de modalité de référence. L'odds ratio exprime la variation de risque pour une augmentation de 1 unité de la variable.

#### 4.3.3.4 Recours auprès d'un intervenant en santé

L'ensemble des résultats est présenté dans les tableaux R19 à R24. **Le 1er tableau est présenté dans le corps du texte; l'ensemble des tableaux est présenté en annexe.**

Les analyses avec et sans inclusion du soutien social produisent les mêmes résultats (tableaux R19 et R20), le niveau de soutien social n'étant pas significativement lié à ce type de recours. On retrouve un niveau plus élevé chez les femmes, chez les sujets d'âge moyen (entre 35 et 65 ans) et chez les sujets veufs et divorcés ainsi que chez les sujets ayant des besoins de soins en psychiatrie. Après ajustement sur ces caractéristiques, le territoire de proximité est significatif en bivarié mais ne l'est plus en multivarié. Aucun des territoires ne se distinguant de la moyenne lorraine. Chez les 25-64 ans le statut d'activité n'influence pas le recours aux soins. Le territoire n'est pas non plus significatif.

**Tableau R 19 Recours aux soins pour des problèmes de santé mentale auprès d'un intervenant en santé (soutien social inclus)**

	Régression bivariée			Régression multivariée**			
	Odds ratio	IC* 95%		p	Odds ratio	IC* 95%	
		Inf*	Sup*			Inf*	Sup*
<b>SEXE</b>				<0,0001			
Masculin	1				1		
Féminin	1,9	1,7 - 2,2			1,5	1,2 - 1,9	
<b>AGE</b>				0,0027			
18-24	1				1		
25-34	1,1	0,9 - 1,5			1,5	1,0 - 2,4	
35-49	1,5	1,2 - 1,8			2,0	1,3 - 3,0	
50-64	1,4	1,1 - 1,8			1,9	1,2 - 2,9	
65 et plus	1,3	1,0 - 1,6			1,3	0,8 - 2,1	
<b>STATUT MATRIMONIAL</b>				<0,0001			
Célibataire	1				1		
Marié En couple	1,0	0,8 - 1,2			1,1	0,8 - 1,5	
Divorcé	2,3	1,8 - 3,0			1,6	1,0 - 2,4	
Veuf	1,8	1,5 - 2,3			1,9	1,2 - 2,9	
<b>STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT</b>				0,0007			
Propriétaire	1						
Locataire	1,3	1,1 - 1,5					
Autres statuts	1,2	0,9 - 1,5					
<b>REVENU DU FOYER PONDERE PAR LE NOMBRE D'ADULTES</b>				0,0027			
Moins de 800 euros	1,2	1,0 - 1,4					
De 800 à 1400 euros	0,9	0,8 - 1,1					
Plus de 1400 euros	1						
<b>NIVEAU DE DIPLOME</b>				0,4955			
Aucun diplôme	1,2	0,9 - 1,5					
CEP-CAP-BEP	1,1	0,9 - 1,3					
Bac	1,0	0,8 - 1,2					
Bac+2	1,0	0,8 - 1,3					
Bac+3 et plus	1						
<b>NIVEAU DE SOUTIEN SOCIAL°</b>	0,9	0,9 - 1,0		0,1472			
<b>BESOIN DE SOINS EN PSYCHIATRIE</b>				<0,0001			
Besoin de soins en sante mentale	1				1		
Besoin de soins en psychiatrie	3,1	2,4 - 4,0			3,1	2,4 - 4,0	

\* IC : Intervalle de confiance - Inf : Borne inférieure - Sup : Borne supérieure

\*\* Seuls les facteurs présentant une association significative en régression bivariée (p<0.1) sont pris en compte en régression multivariée.

La méthode de sélection des variables Stepwise a été utilisée avec un seuil d'entrée dans le modèle à 0.1 et un seuil de sortie du modèle à 0.05. Par conséquent, les variables qui n'apparaissent pas dans la régression multivariée ne répondent pas à ces critères de sélection.

° Les variables quantitatives n'ont pas de modalité de référence. L'odds ratio exprime la variation de risque pour une augmentation de 1 unité de la variable.

#### **4.3.3.5 Recours auprès d'un professionnel quelconque**

L'ensemble des résultats est présenté dans les tableaux R25 à R30. **Le 1er tableau est présenté dans le corps du texte; l'ensemble des tableaux est présenté en annexe.**

Les résultats sont sensiblement identiques aux précédents et n'apportent pas d'éclairage particulier sur le recours aux soins.

**Tableau R 25 Recours aux soins pour des problèmes de santé mentale auprès de l'un quelconque des professionnels (soutien social inclus)**

	Régression bivariée			Régression multivariée**			
	Odds ratio	IC* 95%		p	Odds ratio	IC* 95%	
		Inf*	Sup*			Inf*	Sup*
<b>SEXE</b>				<0,0001			
Masculin	1				1		
Féminin	1,9	1,7	2,2		1,5	1,2	1,8
<b>AGE</b>				0,0022			
18-24	1				1		
25-34	1,1	0,9	1,5		1,5	1,0	2,4
35-49	1,5	1,2	1,9		2,0	1,3	3,1
50-64	1,4	1,1	1,8		1,9	1,2	2,9
65 et plus	1,3	1,0	1,6		1,3	0,8	2,1
<b>STATUT MATRIMONIAL</b>				<0,0001			
Célibataire	1				1		
Marié En couple	1,0	0,8	1,2		1,1	0,8	1,5
Divorcé	2,4	1,9	3,0		1,6	1,0	2,5
Veuf	1,8	1,5	2,3		1,9	1,2	2,9
<b>STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT</b>				0,0005			
Propriétaire	1						
Locataire	1,3	1,1	1,5				
Autres statuts	1,2	0,9	1,5				
<b>REVENU DU FOYER PONDERE PAR LE NOMBRE D'ADULTES</b>				0,0029			
Moins de 800 euros	1,2	1,0	1,4				
De 800 à 1400 euros	0,9	0,8	1,1				
Plus de 1400 euros	1						
<b>NIVEAU DE DIPLOME</b>				0,5270			
Aucun diplôme	1,2	0,9	1,5				
CEP-CAP-BEP	1,1	0,9	1,3				
Bac	1,0	0,8	1,3				
Bac+2	1,0	0,8	1,3				
Bac+3 et plus	1						
<b>NIVEAU DE SOUTIEN SOCIAL<sup>o</sup></b>	0,9	0,9	1,0	0,1613			
<b>BESOIN DE SOINS EN PSYCHIATRIE</b>				<0,0001			
Besoin de soins en sante mentale	1				1		
Besoin de soins en psychiatrie	3,2	2,5	4,1		3,2	2,4	4,1

\* IC : Intervalle de confiance - Inf : Borne inférieure - Sup : Borne supérieure

\*\* Seuls les facteurs présentant une association significative en régression bivariée (p<0.1) sont pris en compte en régression multivariée.

La méthode de sélection des variables Stepwise a été utilisée avec un seuil d'entrée dans le modèle à 0.1 et un seuil de sortie du modèle à 0.05. Par conséquent, les variables qui n'apparaissent pas dans la régression multivariée ne répondent pas à ces critères de sélection.

<sup>o</sup> Les variables quantitatives n'ont pas de modalité de référence. L'odds ratio exprime la variation de risque pour une augmentation de 1 unité de la variable.

#### **4.3.4 Qualité de vie**

Ainsi que cela a été précisément indiqué dans la partie méthodologie, la recherche des déterminants de la qualité de vie a été réalisée sur 2 échantillons d'une part chez les 1841 personnes ayant un besoin de soins en santé mentale et/ou psychiatrie et d'autre part sur l'ensemble des 5109 sujets de l'échantillon.

##### **4.3.4.1 Qualité de vie en fonction des besoins de soins**

Les figures 1 à 4 présentent les différences de qualité de vie moyennes entre les sujets ayant des besoins de soins et ceux n'en ayant pas besoin ou entre les sujets ayant des besoins de soins en santé mentale et les personnes ayant des besoins en psychiatrie. Ces graphiques montrent les différences importantes de qualité de vie, croissant de façon logique des dimensions physiques vers des dimensions mentales. Il existe une différence de 20 points sur la dimension santé mentale entre les personnes ayant des besoins de soins en santé mentale et/ou psychiatrie et celles qui n'ont aucun besoin. Il faut cependant rappeler que les questions de cette dimension ont servi à la définition du besoin de soins en santé mentale. Habituellement une différence de 5 points est considérée comme cliniquement significative sur ces échelles de qualité de vie. La différence est également présentée pour les 2 scores résumés mental et physique et est beaucoup plus importante avec le score mental.

Enfin les différences sont également importantes entre les personnes ayant des besoins en psychiatrie et les personnes ayant des besoins en santé mentale. On note une dégradation nette attendue et significative sur l'ensemble des dimensions, qu'elle soit physique ou mentale tout en étant bien sur beaucoup plus marquée dans le domaine de la santé mentale.

Les différences sont sensiblement de même niveau tous âges confondus et dans la tranche d'âge des 25-64 ans.

Figure 1 Différence des scores moyens de qualité de vie (MOS SF 36) des personnes n'ayant aucun besoin de soins et des personnes ayant un besoin de soins en santé mentale et/ou en psychiatrie ; Intervalles de Confiance à 95% associés

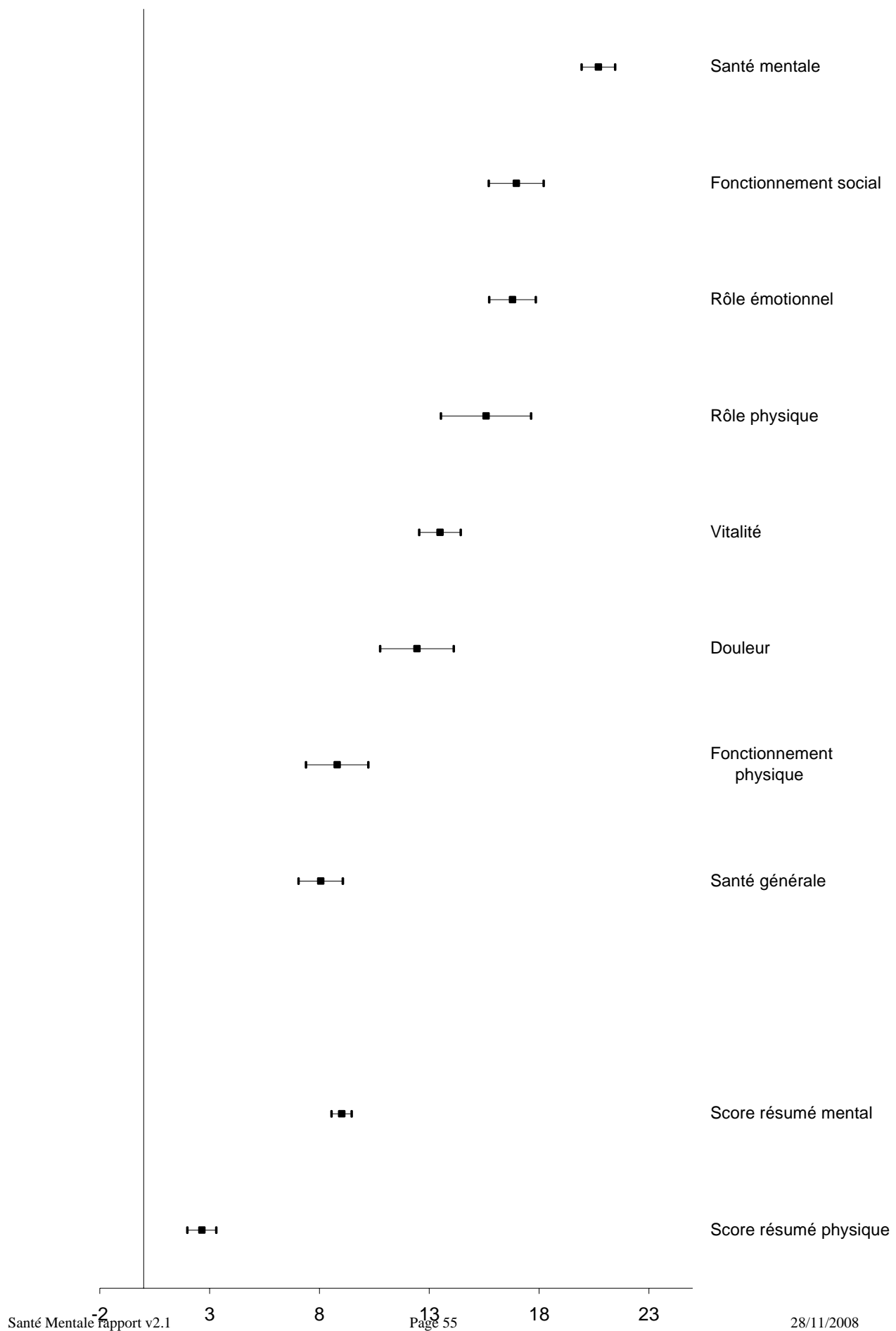


Figure 2 Différence des scores moyens de qualité de vie (MOS SF 36) des personnes [25-64 ans] n'ayant aucun besoin de soins et des personnes [25-64 ans] ayant un besoin de soins en santé mentale et/ou en psychiatrie;

Intervalles de Confiance à 95% associés

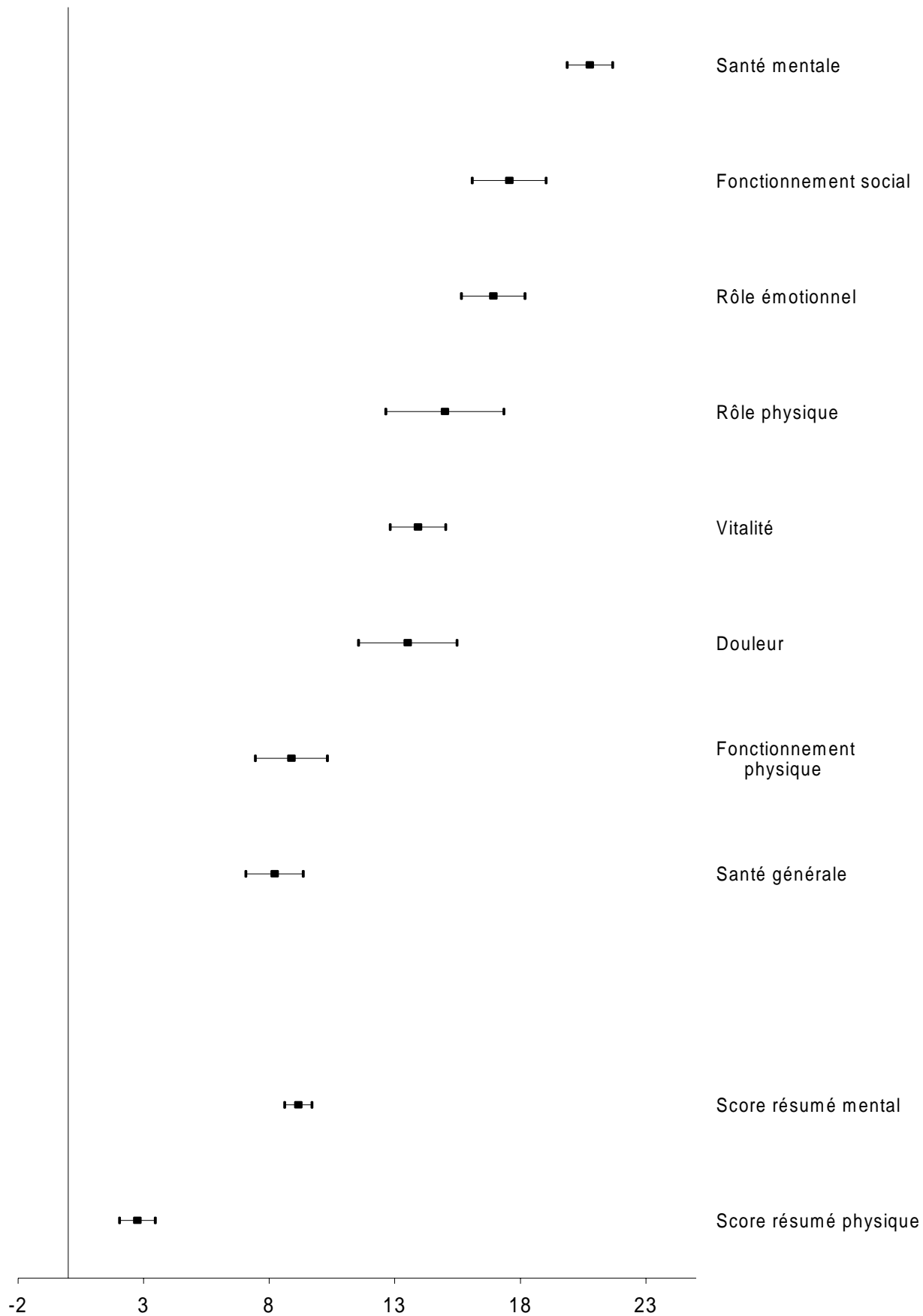




Figure 3 Différence de scores moyens de qualité de vie (MOS SF 36) des personnes ayant un besoin de soins en santé mentale et des personnes ayant un besoin de soins en psychiatrie.

Intervalle de Confiance à 95% associés

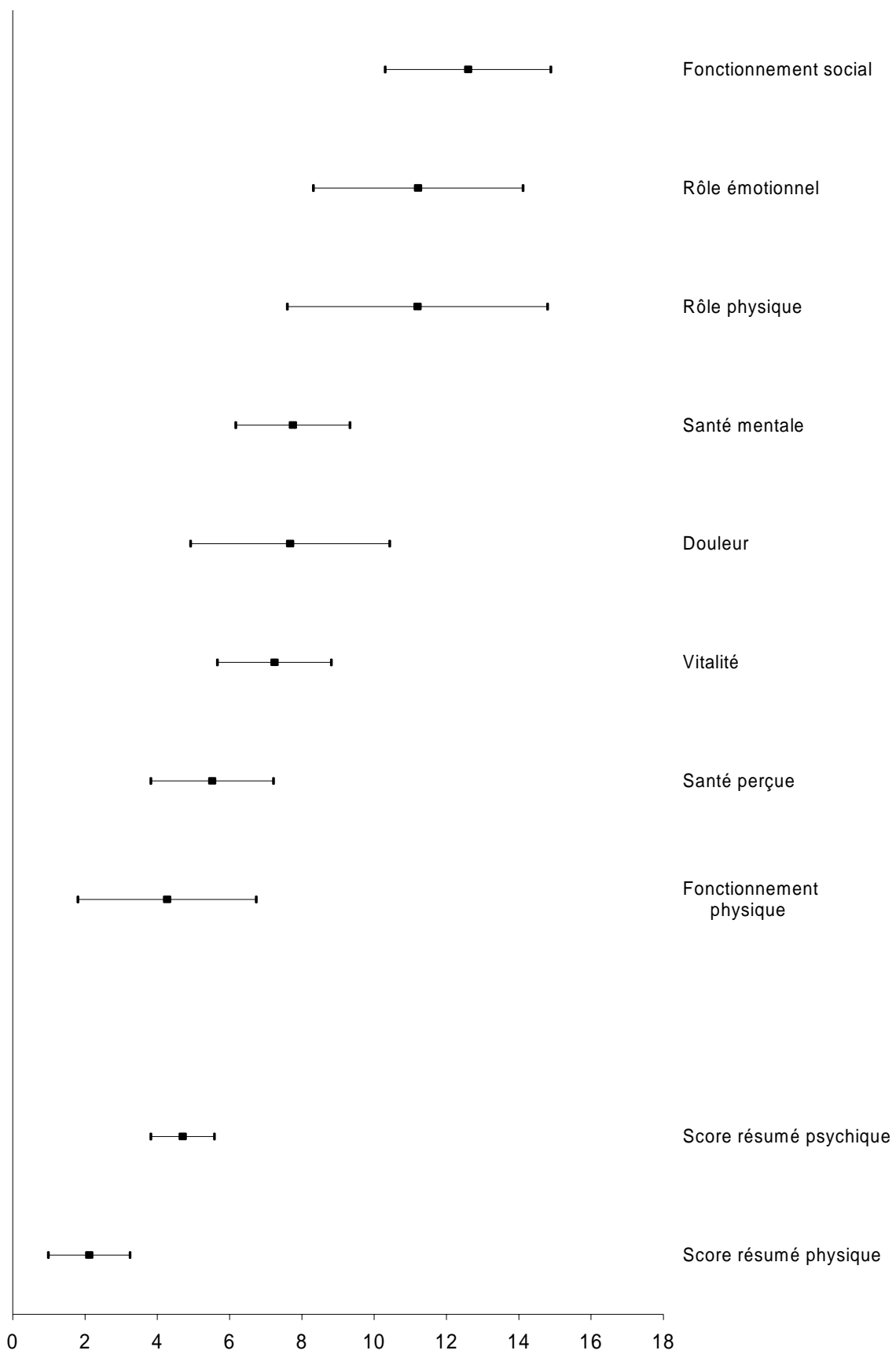
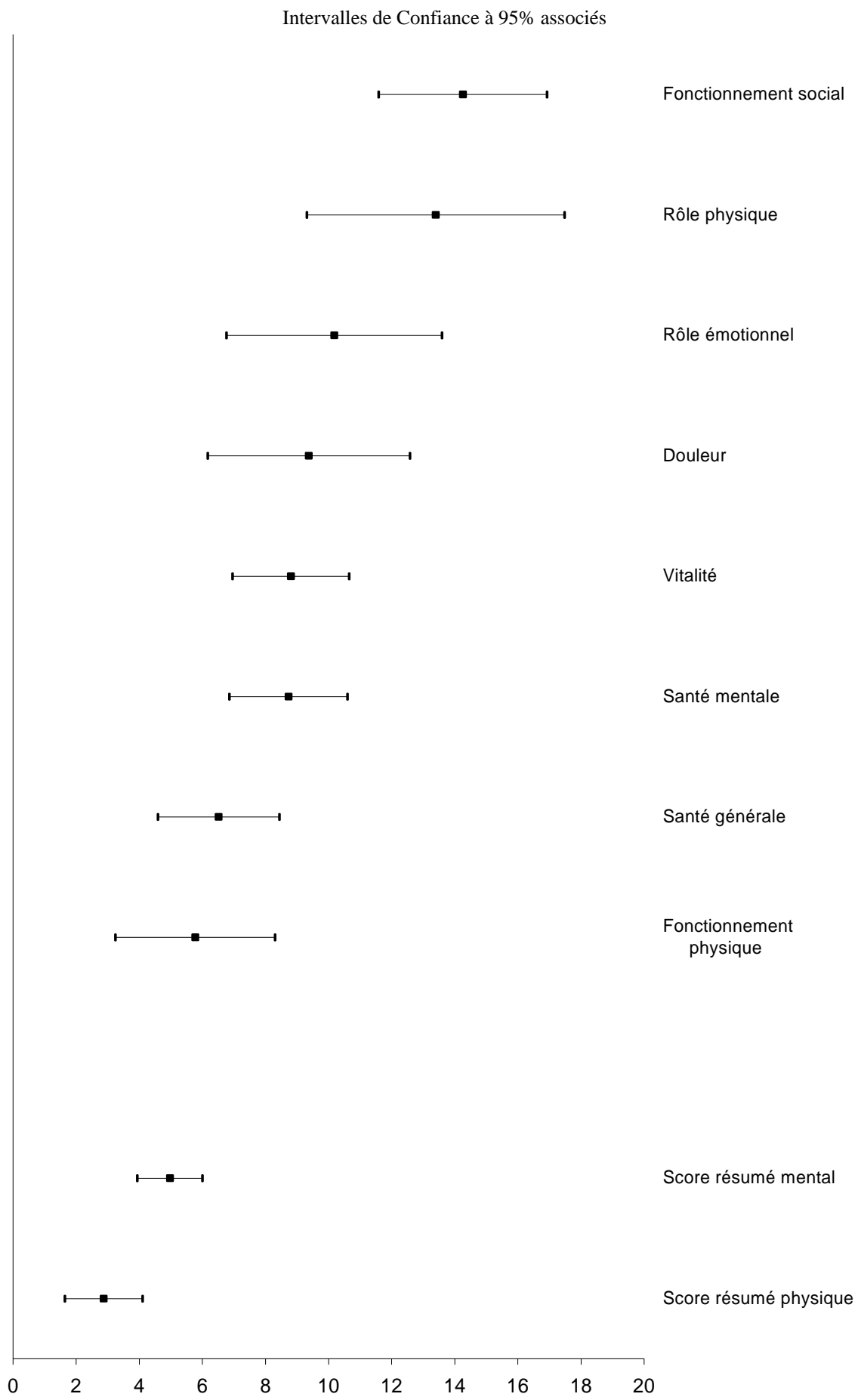


Figure 4 Différence entre les scores moyens de qualité de vie des personnes [25-64 ans] ayant un besoin de soins en santé mentale et les personnes [25-64 ans] ayant un besoin de soins en psychiatrie.



#### 4.3.4.2 Déterminants de la qualité de vie chez les sujets ayant des besoins en santé mentale et/ou en psychiatrie

L'ensemble des résultats est présenté sensiblement selon le même schéma que pour les analyses précédentes, d'une part dans les tableaux QV1\_1 à QV1\_4 et dans les tableaux QV2\_1 à QV2\_4 pour l'échantillon limité aux 25-64 ans (voir chapitre méthodes).

*Chaque tableau présente les résultats d'analyses de variance réalisées avec la Proc GLM de SAS identifiant les 8 dimensions de la qualité de vie ainsi que l'évolution récente et les 2 scores résumés avec le résultat de la régression incluant l'ensemble des variables socio-économiques y compris les besoins de soins en psychiatrie. Le modèle 1 inclut le niveau de soutien social, le modèle 2 ne l'inclut pas, le modèle 3 inclut le territoire de proximité, le modèle 4 présente uniquement le territoire de proximité. Dans chaque tableau est présenté le coefficient beta de la régression, son écart type et le niveau de signification. Le coefficient beta de la régression doit être interprété pour les variables qualitatives comme la différence de qualité de vie avec le niveau pris comme référence pour lequel le beta est indiqué à 0. Ainsi pour le fonctionnement physique les sujets bénéficiant d'un revenu par personne du foyer de 800 à 1400 euros ont un niveau de qualité de vie de 2,8 points inférieur à celle des personnes de plus de 1400 euros et les sujets ayant moins de 800 euros ont 8 points de moins que ceux gagnant plus de 1400 euros, ces différences étant statistiquement très significatives. La constante mesure le niveau théorique de qualité de vie qui serait celui des personnes ayant le niveau 0 pour toutes les variables socio-économiques. L'ensemble des variables ont été codées de façon à introduire sauf exception une diminution de la qualité de vie si bien que pratiquement l'ensemble des coefficients est négatif.*

Le modèle 1 confirme que le besoin de soins en psychiatrie réduit significativement le niveau de qualité de vie dans toutes les dimensions après ajustement sur les variables socio-économiques. La dimension la plus touchée est « vie et relation avec les autres » avec -14 points pour les sujets présentant un besoin de soins en psychiatrie par rapport aux sujets présentant un besoin de soins en santé mentale. De façon tout à fait habituelle les scores de qualité de vie sont significativement plus faibles chez les femmes, diminuent avec l'âge pour les dimensions physiques alors qu'elles ont tendance à augmenter pour les dimensions mentales, le statut matrimonial a peu d'influence pour la dimension santé mentale de même que le statut d'occupation du logement. Le niveau de diplôme montre surtout des différences pour les dimensions physiques avec des scores plus faibles de 11 points chez les sujets sans diplôme par rapport aux sujets ayant bac +3 et plus. Le même résultat est observé pour les douleurs physiques. L'effet du revenu du foyer c'est-à-dire du niveau économique est très net pour pratiquement toutes les dimensions avec une dégradation au niveau de la qualité de vie pour les revenus les plus faibles. Enfin le niveau de soutien social s'accompagne d'une augmentation significative de la qualité de vie pour les dimensions mentales mais pas du tout pour les dimensions physiques.

Le tableau QV1\_4 montre que la qualité de vie des sujets ayant des besoins de soins en santé mentale et/ou psychiatrie diffère significativement d'un territoire de santé à l'autre et ceci quelles que soient les dimensions. Le score résumé physique est significativement supérieur à la moyenne lorraine dans le territoire de Nancy (+3.3 points) et significativement inférieur dans le bassin houiller (-2.8 points). Le score résumé mental est à la limite de la signification statistique pour le territoire de Briey et le territoire de Lunéville (respectivement +1.5 points et +1.9 points). Ces différences disparaissent complètement pour le score résumé mental en analyse multivariée mais persistent pour le score résumé physique (tableau QV3\_3), cela signifie que l'effet du territoire observé pour la santé mentale était explicable par l'effet des variables socio-économiques alors qu'il ne l'est pas dans le domaine physique.

L'analyse limitée au 25-64 ans montre des résultats sensiblement similaires et permet de noter l'importance du statut d'activité, les demandeurs d'emploi et autres personnes sans emploi ayant des niveaux de qualité de vie inférieurs à celle des personnes actives et ceci surtout pour les dimensions physiques moins pour les dimensions mentales. Les résultats concernant le territoire de proximité (tableaux QV2\_3 et QV2\_4) sont confirmés dans cette tranche d'âge des 25-64 ans avec les mêmes différences en faveur du territoire de Nancy et en défaveur du territoire du bassin houiller en ce qui concerne les scores de santé physique.

**Tableau QV1\_ 1. Analyse de la qualité de vie des personnes ayant un besoin de soins en santé mentale et/ou en psychiatrie (Activité exclue – Soutien social inclus)**

Modèle 1	Fonctionnement physique N=1783			Rôle physique N=1798			Douleurs physiques N=1753			Santé mentale N=1841			Rôle émotionnel N=1838			Vie et relation avec les autres N=1796		
	beta	std	p	beta	std	p	beta	std	p	beta	std	p	beta	std	p	beta	std	p
<b>Constante</b>	107.6	3.6	<.001	112.6	6.1	<.001	86.2	4.3	<.001	70.6	2.7	<.001	89.7	5.1	<.001	95.6	4.0	<.001
<b>SEXE</b>	- 3.1	1.1	<b>0.005</b>	- 1.2	1.9	<b>0.516</b>	- 3.0	1.3	<b>0.026</b>	- 5.3	0.8	<.001	- 2.5	1.6	<b>0.119</b>	- 2.9	1.2	<b>0.018</b>
<b>AGE</b>			<.001			<.001			<.001			<b>0.052</b>			<b>0.162</b>			<b>0.006</b>
18-24	10.7	2.2	<.001	12.4	3.7	<.001	10.8	2.7	<.001	4.4	1.7	0.009	- 3.2	3.2	0.312	5.2	2.4	0.033
25-34	4.8	1.6	0.003	4.2	2.8	0.124	7.0	2.0	<.001	2.4	1.2	0.048	2.1	2.3	0.359	3.7	1.8	0.037
35-49	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
50-64	- 9.0	1.4	<.001	- 9.8	2.4	<.001	- 6.6	1.7	<.001	0.5	1.1	0.666	3.7	2.0	0.063	- 2.3	1.5	0.135
65 et plus	- 22.7	1.8	<.001	- 20.1	3.1	<.001	- 12.0	2.2	<.001	- 0.5	1.4	0.710	3.0	2.6	0.245	- 2.8	2.0	0.169
<b>STATUT MATRIMONIAL</b>			<b>0.094</b>			<b>0.183</b>			<b>0.068</b>			<b>0.009</b>			<b>0.428</b>			<b>0.444</b>
Célibataire	- 0.8	1.6	0.600	0.3	2.7	0.905	5.2	1.9	0.008	- 1.8	1.2	0.148	- 2.2	2.3	0.336	2.1	1.8	0.240
Marié En couple	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
Divorcé	- 1.9	1.7	0.264	- 5.0	2.9	0.086	1.5	2.1	0.488	- 4.2	1.3	0.001	- 3.6	2.5	0.147	1.8	1.9	0.352
Veuf	- 4.4	1.8	0.016	- 4.7	3.0	0.127	0.3	2.2	0.883	- 1.8	1.4	0.197	- 1.9	2.6	0.460	- 1.3	2.0	0.522
<b>STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT</b>			<b>0.271</b>			<b>0.866</b>			<b>0.178</b>			<b>0.269</b>			<b>0.645</b>			<b>0.034</b>
Propriétaire	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
Locataire	- 1.7	1.2	0.146	- 0.3	2.0	0.867	0.5	1.4	0.749	0.8	0.9	0.353	0.7	1.7	0.664	- 1.9	1.3	0.142
Autres statuts	- 2.4	2.4	0.315	- 2.2	4.1	0.594	- 5.1	3.0	0.086	2.7	1.8	0.134	- 2.5	3.5	0.475	- 6.4	2.7	0.016
<b>NIVEAU DE DIPLOME</b>			<.001			<b>0.586</b>			<.001			<b>0.578</b>			<b>0.038</b>			<b>0.804</b>
Aucun diplôme	- 11.2	2.3	<.001	- 5.9	3.9	0.128	- 12.5	2.8	<.001	- 1.1	1.7	0.534	8.2	3.3	0.013	- 2.9	2.5	0.254
CEP-CAP-BEP	- 6.3	1.9	0.001	- 4.9	3.3	0.136	- 6.3	2.4	0.008	- 0.4	1.5	0.794	8.1	2.8	0.004	- 2.2	2.1	0.301
Bac	- 4.8	2.1	0.026	- 3.7	3.6	0.314	- 4.3	2.6	0.098	0.0	1.6	0.996	4.3	3.1	0.165	- 1.4	2.4	0.545
Bac+2	- 1.5	2.3	0.510	- 2.5	3.9	0.522	- 2.7	2.8	0.324	1.7	1.7	0.339	4.2	3.3	0.199	- 0.9	2.5	0.723
Bac+3 et plus	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
<b>REVENU DU FOYER PONDERE PAR LE NOMBRE D'ADULTES</b>			<.001			<.001			<.001			<b>0.063</b>			<b>0.004</b>			<.001
Moins de 800 euros	- 8.0	1.5	<.001	- 10.8	2.6	<.001	- 11.3	1.8	<.001	- 1.5	1.2	0.208	- 2.2	2.2	0.318	- 7.2	1.7	<.001
De 800 à 1400 euros	- 2.8	1.4	0.048	- 9.0	2.4	<.001	- 7.5	1.7	<.001	- 2.4	1.1	0.020	- 6.1	2.0	0.002	- 4.3	1.5	0.005
Plus de 1400 euros	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
<b>NIVEAU DE SOUTIEN SOCIAL</b>	0.1	0.6	<b>0.862</b>	- 1.1	0.9	<b>0.233</b>	0.4	0.7	<b>0.591</b>	2.7	0.4	<.001	3.3	0.8	<.001	2.3	0.6	<.001
<b>BESOIN DE SOINS EN PSYCHIATRIE</b>	- 5.2	1.2	<.001	- 14.3	2.0	<.001	- 9.2	1.4	<.001	- 9.9	0.9	<.001	- 14.4	1.7	<.001	- 14.2	1.3	<.001
<b>R<sup>2</sup></b>	<b>0.31</b>			<b>0.14</b>			<b>0.20</b>			<b>0.15</b>			<b>0.08</b>			<b>0.13</b>		

Modèle 1	Vitalité N=1808			Santé générale N=1804			Evolution de la santé générale N=1807			Score résumé physique N=1710			Score résumé psychique N=1710		
	beta	std	p	beta	std	p	beta	std	p	beta	std	p	beta	std	p
	<b>Constante</b>	61.5	2.7	<.001	75.1	3.3	<.001	50.1	3.9	<.001	59.5	1.8	<.001	47.6	1.5
<b>SEXE</b>	- 3.5	0.8	<.001	0.7	1.0	<b>0.507</b>	- 1.0	1.2	<b>0.411</b>	- 0.3	0.5	<b>0.563</b>	- 2.0	0.5	<.001
<b>AGE</b>			<b>0.003</b>			<.001			<b>0.005</b>			<.001			<.001
18-24	4.3	1.7	0.011	4.1	2.0	0.043	0.2	2.4	0.918	5.0	1.1	<.001	0.2	0.9	0.840
25-34	2.2	1.2	0.075	4.2	1.5	0.005	- 1.0	1.8	0.577	2.5	0.8	0.002	0.8	0.7	0.225
35-49	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
50-64	0.1	1.1	0.954	- 5.9	1.3	<.001	3.5	1.5	0.020	- 4.4	0.7	<.001	2.0	0.6	<.001
65 et plus	- 3.0	1.4	0.028	- 10.6	1.7	<.001	6.6	2.0	<.001	- 9.0	0.9	<.001	3.3	0.8	<.001
<b>STATUT MATRIMONIAL</b>			<b>0.040</b>			<b>0.163</b>			<b>0.464</b>			<b>0.204</b>			<b>0.307</b>
Célibataire	- 1.9	1.2	0.127	0.0	1.5	0.982	- 1.6	1.7	0.372	0.8	0.8	0.307	- 0.7	0.7	0.316
Marié En couple	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
Divorcé	- 3.4	1.3	0.010	- 2.0	1.6	0.211	0.1	1.9	0.943	- 0.5	0.9	0.586	- 1.3	0.7	0.078
Veuf	- 1.8	1.4	0.189	- 3.3	1.7	0.043	2.4	1.9	0.220	- 1.5	0.9	0.090	- 0.4	0.8	0.564
<b>STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT</b>			<b>0.920</b>			<b>0.793</b>			<b>0.328</b>			<b>0.233</b>			<b>0.900</b>
Propriétaire	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
Locataire	0.4	0.9	0.685	- 0.1	1.1	0.940	- 0.0	1.3	0.975	- 0.3	0.6	0.610	0.2	0.5	0.646
Autres statuts	0.1	1.8	0.961	- 1.5	2.2	0.498	- 3.8	2.6	0.143	- 2.1	1.2	0.089	0.1	1.0	0.914
<b>NIVEAU DE DIPLOME</b>			<b>0.902</b>			<b>0.018</b>			<b>0.800</b>			<.001			<b>0.270</b>
Aucun diplôme	0.2	1.7	0.893	- 4.0	2.1	0.058	1.6	2.5	0.522	- 5.4	1.1	<.001	2.1	1.0	0.033
CEP-CAP-BEP	0.1	1.5	0.962	- 1.6	1.8	0.364	1.4	2.1	0.508	- 3.1	1.0	0.001	1.6	0.8	0.056
Bac	0.4	1.6	0.829	- 0.3	2.0	0.878	- 0.5	2.3	0.815	- 2.1	1.1	0.046	1.0	0.9	0.287
Bac+2	1.4	1.7	0.416	2.8	2.1	0.176	0.2	2.5	0.924	- 0.9	1.1	0.413	1.0	1.0	0.290
Bac+3 et plus	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
<b>REVENU DU FOYER PONDERE PAR LE NOMBRE D'ADULTES</b>			<b>0.007</b>			<.001			<b>0.364</b>			<.001			<b>0.013</b>
Moins de 800 euros	- 3.5	1.2	0.002	- 7.0	1.4	<.001	2.4	1.7	0.155	- 4.9	0.8	<.001	- 0.3	0.7	0.699
De 800 à 1400 euros	- 2.8	1.1	0.009	- 4.0	1.3	0.002	1.4	1.5	0.344	- 2.4	0.7	<.001	- 1.5	0.6	0.015
Plus de 1400 euros	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
<b>NIVEAU DE SOUTIEN SOCIAL</b>	2.4	0.4	<.001	1.3	0.5	<b>0.009</b>	- 1.1	0.6	<b>0.074</b>	- 0.4	0.3	<b>0.162</b>	1.7	0.2	<.001
<b>BESOIN DE SOINS EN PSYCHIATRIE</b>	- 7.8	0.9	<.001	- 6.7	1.1	<.001	2.0	1.3	<b>0.123</b>	- 2.6	0.6	<.001	- 5.6	0.5	<.001
<b>R<sup>2</sup></b>	<b>0.11</b>			<b>0.17</b>			<b>0.04</b>			<b>0.28</b>			<b>0.14</b>		

#### 4.3.4.3 Déterminants de la qualité de vie en population générale

Ces analyses sont réalisées selon le même modèle que précédemment. La seule différence est l'inclusion comme variable explicative de la variable « besoin de soins en santé mentale et/ou psychiatrie » qui permet de comparer la qualité de vie de sujets ayant des besoins de soins par rapport à ceux n'ayant aucun besoin de soins. Les résultats sont résumés dans les tableaux QV3\_1 à QV3\_4 tous âges confondus et dans les tableaux QV 4\_1 à QV4\_4 pour l'échantillon des 25-64 ans.

Là encore les différences de qualité de vie constatées entre les personnes ayant un besoin de soins en santé mentale et/ou psychiatrie et celles qui n'en ont pas sont confirmées après ajustement sur l'ensemble des variables socio-économiques et restent bien entendu supérieures pour l'ensemble des dimensions mentales comparées aux dimensions physiques. Pour le score résumé mental, la différence est de 8,6 points et elle est de 2,9 points pour le score résumé physique.

L'augmentation du niveau de soutien social s'accompagne d'une augmentation significative du niveau de qualité de vie dans le domaine mental (augmentation de 1,2 points du score résumé mental pour une augmentation de 1 point du niveau de soutien social) mais pas pour le domaine physique. Les femmes ont une qualité de vie inférieure à celle des hommes, les dimensions physiques diminuent avec l'âge tandis que les dimensions mentales ont tendance à être stable voire un peu à augmenter, l'effet du statut matrimonial est significatif mais modeste en faveur des personnes mariées, en couple et le niveau de diplôme s'accompagne d'une diminution des scores de santé physique avec sa diminution et au contraire d'une légère augmentation des scores de santé mentale. La diminution de la qualité de vie est très significative avec la diminution du niveau de revenu. Les résultats sont sensiblement identiques si l'on n'inclut pas le niveau de soutien social (tableau QV3\_2).

L'effet du territoire de proximité est très significatif dans toutes les dimensions. Le score résumé physique diffère significativement de la moyenne lorraine dans le territoire de Nancy (+1,9 points), dans le sud ouest Meurthe et Mosellan (+1,8 points), dans le bassin houiller (-2 points) et dans le bassin de Sarreguemines Bitche Sarralbe (-1,2 points). On retrouve donc cet écart significatif pour le niveau de qualité de vie que l'on avait retrouvé pour le besoin de soins en psychiatrie et santé mentale. Le score résumé mental est significativement plus faible dans le bassin de Nancy et significativement plus élevé dans le sud ouest Meurthe et Mosellan. Toutes ces différences pour le score résumé mental disparaissent après ajustement sur les variables socio-économiques. Pour le score résumé physique, seul persiste une différence significative pour le bassin houiller (-2 points) par rapport à la moyenne lorraine. Il faut noter que cette différence est ici ajustée sur le besoin de soins en santé mentale et/ou psychiatrie, ce qui signifie que cette différence n'est pas explicable par les différences de besoins de soins en santé mentale et/ou psychiatrie. Autrement dit, cela signifie que la qualité de vie inférieure dans le bassin houiller est observée aussi bien chez les sujets qui ont des besoins de soins en santé mentale et/ou psychiatrie que ceux qui n'en ont pas ou encore que le besoin de soins en santé mentale et/ou psychiatrie y est supérieur quel que soit le niveau de qualité de vie.

Les résultats observés dans l'échantillon des 25-64 ans sont sensiblement identiques, permettant de confirmer l'effet du statut d'activité en particulier pour les scores physiques, un peu plus faiblement pour les scores mentaux, les différences étant surtout plus nettes pour les demandeurs d'emploi (-2,2 points pour le score résumé physique et -1,1 points pour le score résumé mental). L'effet du territoire est identique à celui de l'ensemble de l'échantillon et en particulier en analyse multivariée, seul persiste une qualité de vie significativement inférieure dans le bassin houiller pour les dimensions physiques.

**Tableau QV3\_ 1. Analyse de la qualité de vie de l'ensemble des personnes interrogées dans l'enquête (Activité exclue– Soutien social inclus)**

Modèle 1	Fonctionnement physique N=3911			Rôle physique N=3935			Douleurs physiques N=3771			Santé mentale N=5109			Rôle émotionnel N=5106			Vie et relation avec les autres N=3924		
	beta	std	p	beta	std	p	beta	std	p	beta	std	p	beta	std	p	beta	std	p
	<b>Constante</b>	103.6	2.0	<.001	99.9	3.4	<.001	85.5	2.7	<.001	75.0	1.5	<.001	92.2	2.3	<.001	92.6	2.1
<b>SEXE</b>	- 3.0	0.6	<.001	- 2.1	1.1	<b>0.061</b>	- 4.6	0.9	<.001	- 3.3	0.5	<.001	- 1.2	0.7	<b>0.096</b>	- 2.2	0.7	<b>0.001</b>
<b>AGE</b>			<.001			<.001			<.001			<b>0.004</b>			<b>0.032</b>			<b>0.001</b>
18-24	7.5	1.4	<.001	7.9	2.4	<.001	9.5	1.9	<.001	3.5	1.0	<.001	- 2.1	1.6	0.188	3.4	1.5	0.020
25-34	1.9	1.0	0.059	0.7	1.7	0.671	5.0	1.3	<.001	2.1	0.7	0.004	1.0	1.1	0.369	2.2	1.0	0.033
35-49	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
50-64	- 6.9	0.8	<.001	- 6.8	1.4	<.001	- 6.3	1.1	<.001	0.7	0.6	0.225	1.9	0.9	0.047	- 1.2	0.9	0.176
65 et plus	- 19.3	1.1	<.001	- 14.3	1.8	<.001	- 11.9	1.4	<.001	0.9	0.8	0.232	2.6	1.2	0.028	- 2.2	1.1	0.040
<b>STATUT MATRIMONIAL</b>			<b>0.003</b>			<b>0.233</b>			<b>0.029</b>			<.001			<b>0.078</b>			<b>0.402</b>
Célibataire	- 0.7	1.0	0.473	2.0	1.7	0.233	3.7	1.3	0.005	- 1.6	0.7	0.024	- 1.3	1.1	0.229	0.8	1.0	0.436
Marié En couple	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
Divorcé	- 0.8	1.1	0.478	- 1.7	1.9	0.375	1.2	1.5	0.411	- 3.7	0.8	<.001	- 3.0	1.3	0.017	- 0.2	1.2	0.890
Veuf	- 4.4	1.2	<.001	- 2.6	2.0	0.184	- 1.2	1.6	0.457	- 2.1	0.9	0.013	- 1.4	1.3	0.308	- 1.8	1.2	0.147
<b>STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT</b>			<b>0.282</b>			<b>0.848</b>			<b>0.198</b>			<b>0.286</b>			<b>0.806</b>			<b>0.151</b>
Propriétaire	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
Locataire	- 1.1	0.7	0.119	0.4	1.2	0.740	0.5	1.0	0.618	- 0.2	0.5	0.776	- 0.0	0.8	0.980	- 1.1	0.8	0.152
Autres statuts	- 1.0	1.5	0.526	- 1.0	2.6	0.695	- 3.3	2.1	0.112	1.7	1.1	0.143	- 1.1	1.8	0.518	- 2.6	1.6	0.114
<b>NIVEAU DE DIPLOME</b>			<.001			<b>0.487</b>			<.001			<b>0.547</b>			<b>0.059</b>			<b>0.951</b>
Aucun diplôme	- 7.4	1.4	<.001	- 3.9	2.4	0.101	- 8.5	1.9	<.001	0.5	1.0	0.594	4.0	1.6	0.012	- 0.6	1.5	0.687
CEP-CAP-BEP	- 3.3	1.1	0.003	- 2.8	1.9	0.148	- 4.0	1.5	0.008	0.7	0.8	0.404	3.5	1.3	0.007	- 0.0	1.2	0.998
Bac	- 2.4	1.3	0.057	- 2.0	2.1	0.359	- 2.2	1.7	0.196	1.1	0.9	0.231	2.1	1.4	0.140	0.5	1.3	0.710
Bac+2	- 0.7	1.3	0.616	- 0.9	2.2	0.689	- 1.6	1.8	0.377	1.6	1.0	0.107	1.6	1.5	0.274	0.1	1.4	0.945
Bac+3 et plus	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
<b>REVENU DU FOYER PONDERE PAR LE NOMBRE D'ADULTES</b>			<.001			<.001			<.001			<b>0.050</b>			<b>0.006</b>			<.001
Moins de 800 euros	- 5.7	0.9	<.001	- 6.7	1.6	<.001	- 7.9	1.2	<.001	- 1.5	0.7	0.027	- 1.4	1.0	0.192	- 5.7	1.0	<.001
De 800 à 1400 euros	- 2.1	0.8	0.011	- 3.6	1.4	0.009	- 4.7	1.1	<.001	- 1.3	0.6	0.027	- 2.8	0.9	0.002	- 2.8	0.8	<.001
Plus de 1400 euros	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
<b>NIVEAU DE SOUTIEN SOCIAL</b>	0.3	0.4	<b>0.429</b>	0.1	0.6	<b>0.926</b>	0.8	0.5	<b>0.113</b>	1.9	0.3	<.001	2.3	0.4	<.001	1.7	0.4	<.001
<b>BESOIN DE SOINS EN SANTE MENTALE ET/OU EN PSYCHIATRIE</b>	- 7.6	0.6	<.001	- 15.5	1.1	<.001	- 13.3	0.8	<.001	- 18.4	0.5	<.001	- 16.5	0.7	<.001	- 16.6	0.7	<.001
<b>R<sup>2</sup></b>	<b>0.28</b>			<b>0.13</b>			<b>0.21</b>			<b>0.36</b>			<b>0.16</b>			<b>0.20</b>		

Modèle 1	Vitalité N=3960			Santé générale N=3954			Evolution de la santé générale N=3959			Score résumé physique N=3678			Score résumé psychique N=3678		
	beta	std	p	beta	std	p	beta	std	p	beta	std	p	beta	std	p
	<b>Constante</b>	62.6	1.6	<.001	75.6	1.9	<.001	49.3	2.2	<.001	56.6	1.0	<.001	49.6	0.8
<b>SEXE</b>	- 1.9	0.5	<.001	1.0	0.6	<b>0.121</b>	- 1.1	0.7	<b>0.115</b>	- 0.9	0.3	<b>0.006</b>	- 1.0	0.3	<.001
<b>AGE</b>			<.001			<.001			<.001			<.001			<.001
18-24	2.2	1.1	0.050	4.5	1.3	<.001	0.2	1.5	0.906	4.0	0.7	<.001	- 0.0	0.5	0.999
25-34	0.2	0.8	0.776	2.7	0.9	0.004	- 0.4	1.1	0.700	1.3	0.5	0.011	0.6	0.4	0.132
35-49	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
50-64	- 0.6	0.7	0.363	- 5.2	0.8	<.001	2.4	0.9	0.008	- 3.5	0.4	<.001	1.5	0.3	<.001
65 et plus	- 3.4	0.8	<.001	- 10.7	1.0	<.001	5.2	1.1	<.001	- 8.1	0.5	<.001	3.0	0.4	<.001
<b>STATUT MATRIMONIAL</b>			<b>0.076</b>			<b>0.340</b>			<b>0.125</b>			<b>0.090</b>			<b>0.007</b>
Célibataire	- 1.0	0.8	0.197	- 1.0	0.9	0.273	- 2.2	1.1	0.039	0.7	0.5	0.197	- 0.7	0.4	0.083
Marié En couple	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
Divorcé	- 1.9	0.9	0.036	- 1.4	1.1	0.191	- 0.4	1.2	0.772	0.2	0.6	0.754	- 1.4	0.4	0.001
Veuf	- 1.5	0.9	0.107	- 1.3	1.1	0.249	1.3	1.3	0.305	- 1.2	0.6	0.042	- 0.5	0.5	0.262
<b>STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT</b>			<b>0.986</b>			<b>0.972</b>			<b>0.607</b>			<b>0.329</b>			<b>0.818</b>
Propriétaire	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
Locataire	0.1	0.6	0.868	- 0.0	0.7	0.962	- 0.4	0.8	0.615	- 0.0	0.4	0.919	- 0.1	0.3	0.660
Autres statuts	0.0	1.2	0.973	- 0.3	1.5	0.812	- 1.6	1.7	0.343	- 1.2	0.8	0.140	0.2	0.6	0.722
<b>NIVEAU DE DIPLOME</b>			<b>0.613</b>			<.001			<b>0.999</b>			<.001			<b>0.014</b>
Aucun diplôme	0.4	1.1	0.721	- 4.3	1.3	0.001	- 0.0	1.5	1.000	- 3.9	0.7	<.001	1.8	0.5	<.001
CEP-CAP-BEP	1.1	0.9	0.237	- 1.4	1.1	0.200	0.2	1.2	0.841	- 1.9	0.6	0.001	1.4	0.4	0.002
Bac	1.4	1.0	0.176	- 0.4	1.2	0.748	0.0	1.4	0.989	- 1.3	0.6	0.046	1.2	0.5	0.017
Bac+2	1.1	1.0	0.295	1.7	1.2	0.166	0.2	1.4	0.906	- 0.5	0.7	0.480	1.0	0.5	0.062
Bac+3 et plus	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
<b>REVENU DU FOYER PONDERE PAR LE NOMBRE D'ADULTES</b>			<.001			<.001			<b>0.421</b>			<.001			<b>0.017</b>
Moins de 800 euros	- 3.0	0.7	<.001	- 4.9	0.9	<.001	1.2	1.0	0.240	- 3.3	0.5	<.001	- 0.4	0.4	0.214
De 800 à 1400 euros	- 2.0	0.6	0.002	- 1.9	0.8	0.012	1.1	0.9	0.229	- 1.4	0.4	<.001	- 0.9	0.3	0.006
Plus de 1400 euros	0.0			0.0			0.0			0.0			0.0		
<b>NIVEAU DE SOUTIEN SOCIAL</b>	2.0	0.3	<.001	1.1	0.4	<b>0.002</b>	- 0.6	0.4	<b>0.145</b>	- 0.0	0.2	<b>0.834</b>	1.2	0.1	<.001
<b>BESOIN DE SOINS EN SANTE MENTALE ET/OU EN PSYCHIATRIE</b>	- 12.9	0.5	<.001	- 10.3	0.6	<.001	3.9	0.7	<.001	- 2.9	0.3	<.001	- 8.6	0.2	<.001
<b>R<sup>2</sup></b>	<b>0.21</b>			<b>0.19</b>			<b>0.03</b>			<b>0.24</b>			<b>0.32</b>		



## 5. Discussion Conclusion

Les données épidémiologiques sur la santé mentale en population générale sont rares à un échelon régional. L'enquête menée auprès de la population adulte par le Pr Kovess dans quatre régions volontaires, dont la Lorraine, présente donc un intérêt particulier. C'est pourquoi la DRASS a souhaité qu'une exploitation régionale par territoire de santé et de proximité soit réalisée. Elle permet d'affiner localement les résultats publiés dans le rapport national.

Cette analyse des besoins de soins et de leurs déterminants, des troubles psychologiques, du recours aux soins et de la qualité de vie dans l'échantillon lorrain de l'enquête nationale apporte des éclairages intéressants.

Elle doit être examinée à la lumière des limitations de l'enquête qui ont été décrites dans le rapport national santé mentale et de l'interprétation des indicateurs qui ont été construits à l'aide de l'enquête téléphonique.

L'ensemble des éléments qui peuvent être discutés ne sont pas complètement maîtrisés par les auteurs de cette analyse qui n'ont pas participé ni à la mise au point du questionnaire ni au choix de l'échantillon ni aux conditions de passation.

Il faut en particulier noter qu'un quart de l'échantillon n'a pas répondu complètement au questionnaire de qualité de vie.

Les résultats de l'analyse localisée par territoire de santé des besoins de soins en psychiatrie et de la qualité de vie des personnes sont en résonance avec ce que d'autres travaux épidémiologiques en santé physique ont pu montrer sur les disparités infrarégionales. Au-delà de ce simple constat, il faut encore pouvoir l'expliquer. D'où le grand intérêt de l'analyse des déterminants sociaux des besoins de soin en santé mentale et en psychiatrie que permet cette enquête.

Les analyses réalisées pour l'échantillon lorrain confirment l'importance des déterminants socio-économiques pour l'ensemble des caractéristiques explorées et la nécessité de leur prise en compte pour la définition des publics cibles des interventions dans le domaine de la santé mentale; il s'agit en effet d'un ensemble de caractéristiques qui ne sont pas ou peu modifiables et qui devraient surtout permettre de mieux cibler les populations qui en ont le plus grand besoin.

Elle confirme l'existence de disparités infrarégionales des besoins de soins en santé mentale et en particulier leur plus grande fréquence dans le bassin Houiller indépendamment des caractéristiques socio-économiques. Cette différence mériterait sans doute d'être explorée de façon plus précise dans le plan régional de santé publique sous forme d'un comparatif sur un échantillon plus important de la population du bassin houiller comparé à la population lorraine avec des recherches de déterminants et de caractéristiques plus fines et probablement également par des approches qualitatives auprès de la population et auprès des professionnels de santé.

L'autre résultat intéressant est la mise en évidence, indépendamment du niveau socioéconomique, de modalités de recours aux soins différentes en fonction du territoire. En particulier le recours plus important chez les personnes ayant des besoins de soins en psychiatrie et en santé mentale recourant plus souvent au psychiatre ou à des structures de soins dans le territoire du Barrois Val de Meuse. Cette différence pourrait indiquer clairement un effet de l'offre de soins avec l'existence du CHS de Fains Veel d'une capacité de 415 lits et un secteur libéral généraliste et spécialiste pauvrement représentés. Ce résultat mérite là encore d'être investigué de façon plus précise probablement par une enquête qualitative auprès des professionnels de santé du territoire en explorant les modalités de recours aussi bien pour les personnes ayant véritablement des besoins de soins en santé mentale et/ou psychiatrie par rapport à celles n'en ayant pas besoin, une des questions soulevées pouvant être la pertinence de ce recours.

Au total donc, cette étude a mis en évidence des déterminants importants et des disparités de la répartition des besoins et de l'offre de soins. Ils doivent constituer un élément de proposition d'investigation approfondie et de réflexion sur l'attribution des besoins qui devrait être discuté avec l'ensemble des professionnels de santé concernés.