

Utilisation du système de soin en santé mentale et planification. Données régionales et intrarégionales

V. Kovess-Masfety, G. Lebreton-Lerouillois, F. Gilbert

EA 4069 Université Paris 5
Fondation MGEN Santé Publique

Des données régionales et intrarégionales : l'étude sur les indicateurs dans 4 régions

Pour apprécier l'utilisation du système de soins en santé mentale, nous présentons les données régionales et intrarégionales d'une étude menée sur quatre régions contrastées : la Haute-Normandie, l'Île-de-France, la Lorraine et Rhône-Alpes pour la DGS, la DHOS et les administrations régionales.

La première partie de l'étude est un travail d'épidémiologie classique, d'enquête de population et de mesures de soins dont l'originalité réside dans l'emploi de la géographie de la santé pour signaler les différentes zones de besoin en santé mentale et les ressources correspondantes. Cette démarche a pour objectif de fournir aux autorités régionales des cartographies des zones de besoins et des zones de ressources et notamment des cartographies comparatives.

La deuxième partie est une tentative de modélisation à l'échelle nationale permettant à partir d'indicateurs recueillis en routine par l'INSEE de prévoir les besoins de soins dans différentes zones.

L'offre de soins en psychiatrie : la démographie médicale en psychiatrie

L'offre de soins psychiatrique est très inégalement répartie en France bien que la France soit un pays à densité médicale très élevée. Les indicateurs sont hauts pour les psychiatres puisqu'on est à des niveaux de densité de 22 psychiatres par 100 000 habitants en France *versus* par exemple 9 par 100 000 habitants en Hollande. De même, les médecins généralistes sont nettement plus nombreux en France que certains autres pays de la communauté européenne (Tableau 1).

Tableau 1 Densité de l'offre sanitaire dans divers pays

	Belgium	France	Germany	Italy	Netherlands	Spain
General Practitioners [°]	138	154	107	94	49	60
Psychiatrists*	18	22	12	10	9	4
Clinical* Psychologists	32	5	13	3	28	2
Psychiatric Beds [°]	116	105	128	14	154	54

** Ressources exprimées par 100,000 inhabitants (2001-2005)

* Auteur correspondant.

E-mail : vkovess@mgen.fr

Les auteurs n'ont pas signalé de conflits d'intérêts.

En revanche, la France est un pays très peu « psychologisé » puisque le taux de psychologues cliniciens est nettement inférieur à celui observé chez nos voisins. Nos soins de santé sont donc orientés médicalement par rapport aux autres pays de l'Europe.

La densité des médecins psychiatres libéraux et salariés exclusifs et libéraux (salariés ou non) est très variable selon les régions (Fig. 1). Dans les départements où s'est déroulée l'étude, l'Île-de-France se situe parmi les régions à haute densité, la Lorraine est à faible densité. Les régions : Haute-Normandie et Rhône-Alpes sont à densité moyenne. Cette répartition montre également qu'il n'existe pas de complémentarité entre les deux branches de la profession. Ainsi les libéraux ne pallient pas au manque de salariés exclusifs dans une région et inversement.

Pour les médecins généralistes, on observe des différences dont l'amplitude n'est pas aussi importante que pour les psychiatres ce qui donne une répartition plus homogène par région.

Déroulement de l'enquête

Nous avons mené une enquête en interviewant par téléphone 5 000 personnes par région en moyenne. Un échantillon spécial des mono équipés portable intégrable à la proportionnelle en Île-de-France et en Rhône-Alpes a été constitué. Les taux de réponses étaient assez bons puisqu'ils oscillaient entre 55 % et 65 % suivant les régions.

Une procédure particulière a été adoptée pour la catégorie des absents de longue durée pour problème de santé mentale et celle des personnes ne pouvant répondre à l'interview. Cette méthode (proxi) impliquait le recueil d'informations indirectes auprès d'un proche.

La proportion de personnes souffrant d'un problème de santé mentale parmi les incapables de répondre (ménages

+ individus) a été estimée à 1,5 % de l'échantillon dont 37,6 % de déficients mentaux.

Les instruments utilisés pour les évaluations étaient :

- la SF 36, échelle générique de mesure de la qualité de vie qui comprend des sous échelles de santé mentale (MH5, VITA, Retentissement Emotionnel) et des sous échelles de santé physique (fonctionnement, retentissement dans les rôles, douleurs physiques, retentissement social, perception de la santé).
- La Mastery qui est une échelle de santé mentale positive (contrôle sur la vie).
- Le soutien social a été mesuré par l'échelle de Dalgaard et les 4 items de l'enquête Santé Canada sur l'isolation sociale.
- Questions sur les difficultés chroniques (LEDS résumé).
- Cage et Audit pour les abus et dépendances à l'alcool.
- Le CIDI SF : instrument standardisé (DSM-IV) permettant d'évaluer les troubles anxieux, les troubles dépressifs et les problèmes d'abus de substance.
- Pour mesurer le retentissement fonctionnel l'échelle de Sheehan a été utilisée (mesure du retentissement fonctionnel des troubles dans quatre domaines de la vie).
- Des questions spécifiques sur le suicide ont aussi été posées à celles de l'enquête l'ESEMED (EU).

Pour l'interprétation des données, il est nécessaire de distinguer, dans un cadre conceptuel, les besoins en santé mentale des besoins de soins en psychiatrie.

Besoins en santé mentale

Ils s'expriment par :

- de la détresse psychologique,
- des difficultés dans la vie quotidienne dues à un problème de santé mentale,

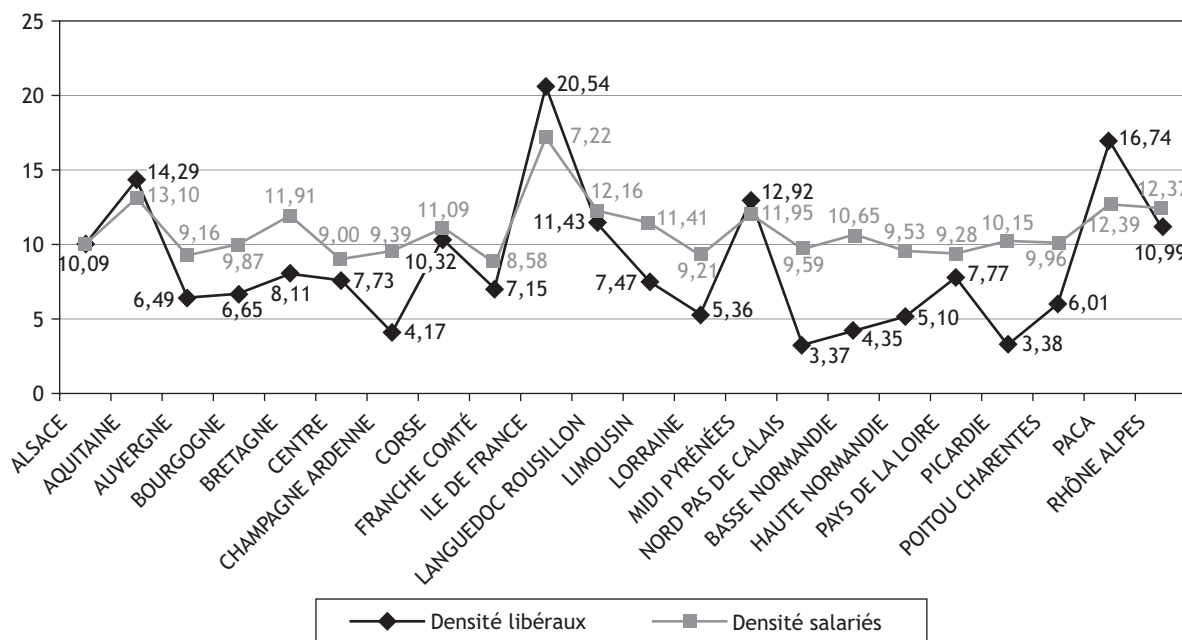


Figure 1 Densité médecins psychiatres « libéraux mixtes/salariés exclusifs ».

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

Cet ensemble de problèmes relève d'après nous du système de soins de première ligne c'est-à-dire le médecin généraliste, le psychologue ou le psychothérapeute.

Besoins de soins en psychiatrie

Ceci se traduit par

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

Cet ensemble de problèmes relève d'après nous de la psychiatrie, libérale ou publique. Ainsi nous proposons de classer les personnes dans des catégories mutuellement exclusives :

- Pas de besoin de soins
- Besoin de soins en santé mentale
- Besoins de soins en psychiatrie.

Au niveau du volume populationnel la différence entre ces catégories est considérable et la France ne fait pas exception car les résultats se superposent à ceux d'autres pays (Étude NEMESIS, Hollande) [2] : 20 % de la population présente des besoins de soins en santé mentale alors que seulement 3 à 7 % ont un besoin de prise en charge psychiatrique.

Résultats : des différences dans les besoins de soins en santé mentale

Les besoins de soins en santé mentale sont dans l'ensemble plus importants en Île-de-France que dans les autres régions.

26,1 % de la population présente en moyenne un besoin de soins en santé mentale (Tableau 2). Si l'on considère la détresse psychologique seulement on est à des volumes de l'ordre de 17,7 %. À partir du moment où on prend en considération un diagnostic DSM IV avec un retentissement modéré on atteint un taux de 24 %. Ces données sont retrouvées dans un grand nombre d'études et ont amené à penser qu'un diagnostic ne correspond pas forcément à un besoin de soins.

Comparaisons intrarégionales (Fig. 2 et 3)

Les régions correspondent à des territoires inhomogènes qui ont été étudiés par exemple au niveau des départements en Île-de-France.

On remarque que les besoins en santé mentale sont les plus élevés en Seine-Saint-Denis alors que c'est dans cette région que la densité des médecins généralistes est la plus faible. Ce qui est important dans la lecture de ces cartes, c'est de comprendre que la variation de la densité des professionnels n'est pas problématique du moment où les besoins de soins sont aussi diversifiés. Il faut donc qu'il y ait une cohérence dans la distribution de l'offre et le besoin. L'intérêt de cette approche n'est donc pas d'homogénéiser la densité des professionnels mais bien de faire correspondre besoins et offres de soins.

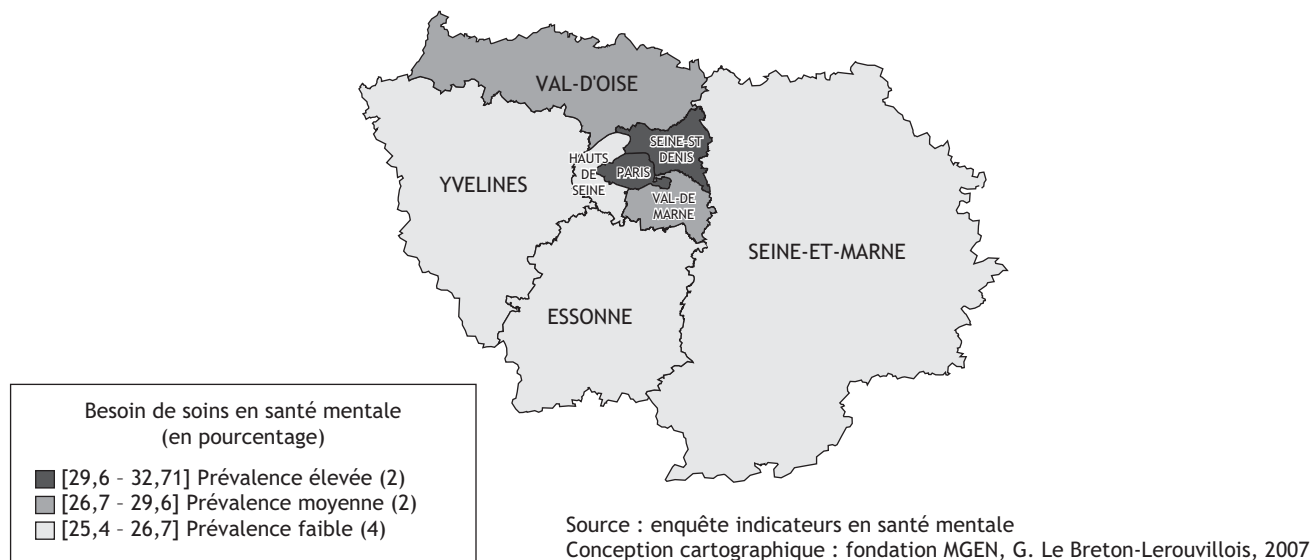
L'utilisation des soins formels pour les besoins en santé mentale

Les résultats concernant l'utilisation des soins pour les besoins en santé mentale montrent une différence entre les régions : le recours aux spécialistes de la santé mentale qu'ils soient médecins ou psychologues est plus important en Île-de-France que dans les autres régions. Le recours exclusif aux médecins généralistes est plus important en région rurale, Haute-Normandie et Lorraine, mais il reste en deçà de nos recommandations pour cette catégorie de besoins puisqu'il est de l'ordre de 24,4 %. Le recours aux professionnels non médicaux de la santé mentale (psychologues) est de 13,4 %. Les psychiatres sont consultés dans 10,2 % des cas (Tableau 3) et ceci quelle que soit la région.

Tableau 2 Niveaux de besoins de soins en santé mentale

Population générale Régions	N	Détresse	Gêne	Absentéisme	≥ 1 diagnostic	≥ 1 diagnostic et plus	≥ 2 diagnostics	Besoin de soins en santé mentale
Île-de-France	5 379	19,8 %	11,7 %	5,6 %	25,6 %	14,9 %	12,1 %	28,1 %
Haute-Normandie	5 072	16,3 %	8,5 %	3,7 %	22,5 %	12,1 %	9,7 %	25,4 %
Lorraine	5 109	18,4 %	9,8 %	3,7 %	24,2 %	13,9 %	11,2 %	25,6 %
Rhône-Alpes	5 202	16,5 %	10,1 %	3,9 %	23,8 %	12,8 %	10,7 %	25,2 %
Total	20 762	17,7 %	10,0 %	4,2 %	24,0 %	13,4 %	10,9 %	26,1 %
Significativité		< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,017	0,002	0,007	0,002

Besoin de soins en santé mentale par territoire de santé



Densité des médecins généralistes libéraux par territoire de santé

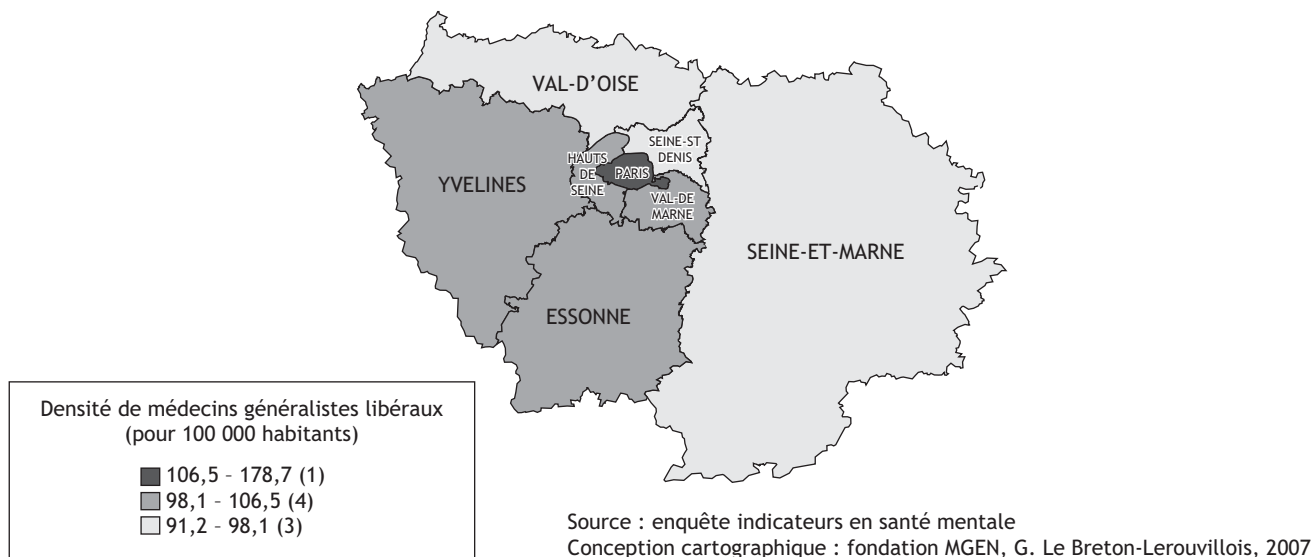


Figure 2 et 3 Besoins et offres de soins.

Tableau 3 Densité de l'offre de soins en différentes régions

Région	N	GP	GP or sp no MH	MH no medical	Psychiatrist	Any psy	Any	GP only
Île-de-France	1 511	33,2 %	37,5 %	16,0 %	10,9 %	20,9 %	48,8 %	18,3 %
Haute-Normandie	1 298	45,6 %	48,8 %	11,6 %	10,1 %	17,4 %	55,7 %	28,1 %
Lorraine	1 313	42,9 %	46,4 %	11,2 %	8,5 %	16,1 %	55,1 %	29,3 %
Rhône-Alpes	1 293	38,8 %	43,2 %	14,3 %	11,0 %	20,4 %	53,4 %	22,7 %
Total	5 415	39,9 %	43,8 %	13,4 %	10,2 %	18,8 %	53,1 %	24,4 %
P		< 0,001	< 0,001	0,003	0,190	0,012	0,007	< 0,001
IC 95 %		38,4 %-41,4 %	42,3 %-45,3 %	12,3 %-14,4 %	9,3 %-11,0 %	17,6 %-20,0 %	51,6 %-54,7 %	23,1 %-25,7 %

Utilisation des soins informels pour les besoins en santé mentale

Le recours au soin informel (qu’il soit religieux, groupe d’entraide, médecine douce) uniquement est très limité (ne dépasse pas les 1 %). Ce recours vient le plus souvent en complément des soins formels (Tableau 4).

Des différences dans les besoins de soins en psychiatrie

La moyenne des besoins de soin en psychiatrie est de 7,7 %. Elle est plus élevée en Île-de-France où elle atteint les 8,5 % et moins élevée en Haute-Normandie (6,4 %).

Besoins de soins en psychiatrie et disponibilité des psychiatres

Toujours en Île-de-France, on peut étudier les besoins et l’offre par territoires de planification (SROS3).

On observe que le besoin et l’offre de soins ne correspondent pas toujours. Ainsi, certains territoires de santé à forts besoins ne correspondent pas à des densités de psychiatre élevées (Fig. 4).

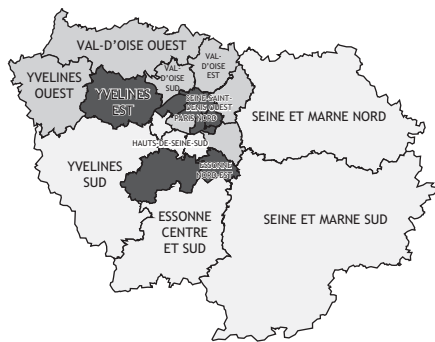
Utilisation des besoins de soins en psychiatrie

Les médecins généralistes interviennent dans la majorité des besoins en soins psychiatriques (62,7 %). Le recours aux

Tableau 4 Densité du recours à l’offre de soins informels

Région	N	Phone line	Self help	Total « self help »	Religious	Soft med	Informal	Informal only
Île-de-France	1 511	1,8 %	0,2 %	1,9 %	1,1 %	3,5 %	6,3 %	1,0 %
Haute-Normandie	1 298	1,4 %	0,3 %	1,4 %	1,3 %	3,7 %	6,0 %	0,7 %
Lorraine	1 313	1,1 %	0,1 %	1,2 %	1,6 %	3,6 %	6,1 %	0,6 %
Rhône-Alpes	1 293	1,2 %	0,0 %	1,2 %	1,4 %	5,8 %	7,6 %	0,8 %
Total	5 415	1,4 %	0,2 %	1,4 %	1,3 %	4,1 %	6,5 %	0,8 %
P		0,509	0,405	0,319	0,754	0,018	0,398	0,750
IC 95 %		1,0 %-1,7 %	0,0 %-0,3 %	1,1 %-1,8 %	1,0 %-1,7 %	3,6 %-4,7 %	5,8 %-7,2 %	0,5 %-1,0 %

Besoin de soins en psychiatrie par territoire de proximité

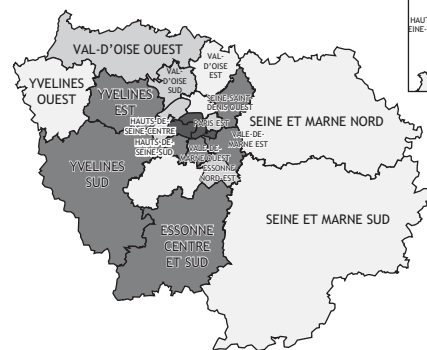


Besoin de soins en psychiatrie (en pourcentage)

- [9,5 - 12,8] Prévalence élevée (8)
- [7,5 - 9,5] Prévalence moyenne (7)
- [4,8 - 7,5] Prévalence faible (7)

Source : enquête indicateurs en santé mentale
 Conception cartographique : fondation MGEN, G. Le Breton-Lerouvillois, 2007

Densité des médecins psychiatres (libéraux et salariés) par territoire de proximité en Île-de-France



Nombre de psychiatres pour 100 000 habitants
 Unité : pour 100 000 habitants

- [36 - 122]
- [23 - 36]
- [16 - 23]
- [2 - 16]

Source : conseil National de l’Ordre des Médecins, 2006
 Conception cartographique : fondation MGEN, 2006
 G. Le Breton-Lerouvillois, 2007

Paris et la petite couronne



Densité régionale : 37 pour 100 000 habitants
 Densité France métropolitaine : 23 pour 100 000 habitants

Figure 4 Représentation des répartitions géographiques des besoins en psychiatrie et de la densité des psychiatres.

psychiatres et aux psychologues est plus important en Île-de-France que dans les autres régions et les patients vus seulement par un médecin généraliste sont 17,7 %. En région rurale, le recours au seul médecin généraliste s'avère plus important (33,9 % en Haute-Normandie) et un quart des personnes présentant des besoins de soins en psychiatrie ne sont vues que par un médecin généraliste (25,8 %).

78,8 % des personnes présentant un besoin de soin psychiatrique ont consulté un professionnel de la santé toutes catégories confondues ce qui correspond à un relativement bon niveau de prise en charge des besoins de soins en psychiatrie (Tableau 5).

Parmi les personnes ayant déclaré suivre une psychothérapie, 50,7 % ont déclaré avoir reçu ces soins par un psychiatre.

Lorsqu'on observe l'utilisation des soins chez les personnes présentant des besoins de soins en santé mentale dans les régions à haute densité de psychiatres, on constate que le recours aux psychiatres est nettement plus important que dans les régions où cette offre est plus faible.

En conclusion, il existe d'importantes variations des ressources de soins de première et de deuxième ligne en inter et intrarégional. Une densité importante en psychiatres va induire un recours auprès d'eux de patients relevant, d'après-nous, de soins de première ligne. Inversement, une faible densité en psychiatres ne semble pas limiter l'accès des patients aux soins psychiatriques. Les résultats de cette étude ne permettent cependant pas de trancher sur la qualité des soins ni sur la densité des contacts.

Dans les zones rurales, les médecins généralistes interviennent sur les besoins psychiatriques, en ville les psychologues font de même alors que le recours aux psychiatres est identique dans les deux cas de figure.

Afin de répondre à cette démarche de soins en deux niveaux, il est important de former les médecins généralistes à l'identification des besoins en soins psychiatriques et à la prise en charge des besoins de soins de santé mentale. Le médecin généraliste assumerait alors un rôle pivot qui permettrait de réorganiser les soins afin d'éviter l'engorgement des services spécialisés.

Les intervenants non médicaux en santé mentale devraient également recevoir une formation adéquate et participer au service en étant remboursés au moins partiellement.

Étude Nationale : Allouer les moyens de la psychiatrie en fonction des besoins

L'attribution des moyens ne devrait pas être égale entre les territoires. Ces différences sont expliquées par les différences de répartitions des indicateurs sociaux, tels que le taux de chômage, de personne seule, de celles vivant dans la pauvreté, avec lesquels les besoins de santé mentale et de psychiatrie sont significativement corrélées.

Si ce lien est suffisamment solide, on devrait être capable d'extrapoler à partir des données de l'INSEE un différentiel de besoins dans les régions en utilisant ces indicateurs. C'est aussi le propos de l'enquête sur les indicateurs qui a été menée sur le modèle d'une étude Américaine de Ciarlo et Tweed au Colorado (USA) pour comparer les prévalences des problèmes entre les territoires de santé, identifier les différents types de besoin, vérifier les liens avec les variables sociales disponibles dans les recensements et enfin, établir une équation prédictive pour permettre la planification en fonction des besoins.

La méthode de Ciarlo et Tweed [1] avait conduit à l'élaboration d'un indicateur le « Denver University » dont les variables sont le pourcentage de personnes sous le seuil de pauvreté et le pourcentage d'hommes divorcés.

Cet indicateur permet donc de calculer la prévalence des besoins dans chaque catégorie à l'aide de l'équation de régression linéaire suivante :

Prévalence de besoin dans le territoire = $B_0 + (B_1 \times \text{pourcentage sous seuil pauvreté}) + (B_2 \times \text{pourcentage d'hommes divorcés})$.

B_0 , B_1 et B_2 sont des coefficients qu'on détermine en fonction du type de besoin de santé qu'on veut calculer.

Ce travail s'intègre dans un cadre conceptuel qui pré suppose l'existence d'un lien relativement stable entre un certain nombre d'indicateurs sociaux et les besoins en

Tableau 5 Fréquence du recours formel selon les régions

Area	N	GP	GP or sp No psy	Non medical MH	Psychiatrist	Any psy	Any	GP only
Île-de-France	452	53,5 %	59,1 %	32,2 %	31,1 %	44,2 %	75,5 %	17,7 %
Haute-Normandie	353	67,0 %	69,8 %	24,7 %	26,0 %	35,2 %	79,8 %	33,9 %
Lorraine	423	65,1 %	66,5 %	23,3 %	24,9 %	33,1 %	77,8 %	27,6 %
Rhône-Alpes	376	67,0 %	74,5 %	29,7 %	28,5 %	42,4 %	83,0 %	26,1 %
Total	1 604	62,7 %	67,1 %	27,6 %	27,8 %	38,9 %	78,8 %	25,8 %
P		< 0,001	< 0,001	0,039	0,284	0,009	0,154	0,001
IC 95 %		59,9 %-65,5 %	64,3 %-69,8 %	25,1 %-30,1 %	25,3 %-30,3 %	36,2 %-41,7 %	76,5 %-81,2 %	23,3 %-28,2 %

santé mentale ou psychiatrique. Ainsi cette enquête cherche à établir de tels indicateurs pour permettre de prédire à un niveau régional et interrégional les besoins de soins en santé mentale et en psychiatrie.

Références

- [1] Ciarlo JA. Evaluation in a community mental health center : Northwest Denver Community Mental Health Center. Part I. Monitoring and analysis of mental health program outcome data. *Evaluation* 1977 ; 4 : 108-14.
- [2] Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J *et al.* Costs of nine common mental disorders : implications for curative and preventive psychiatry. *J Ment Health Policy Econ* 92006 ; 193-200.