

# La santé mentale en région Paca

## SYNTHÈSE

### Les troubles de santé mentale : un continuum d'états pathologiques

Les troubles de santé mentale recouvrent un continuum d'états pathologiques allant de troubles relativement mineurs ou n'apparaissant que durant une période limitée de la vie comme la souffrance psychologique (présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas à des critères diagnostiques et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles) à des états chroniques graves (psychose chronique) ou à des troubles aigus sévères avec risques de passage à l'acte (suicide, mise en danger d'autrui) [1,2]. Parmi eux, l'enquête du Baromètre santé de 2010 [3] s'est particulièrement focalisée sur la dépression, un des troubles psychiatriques les plus fréquents et dont les conséquences peuvent être graves [4], ainsi que sur la suicidalité [5].

Sur un plan clinique, la dépression peut prendre plusieurs formes [6]. Quand la dépression s'installe dans le temps, on parle de dysthymie ou de dépression chronique. Le plus souvent, la dépression se manifeste sous forme d'épisodes : on parle alors d'épisode dépressif caractérisé ou majeur lorsque celui-ci répond à des critères diagnostiques précis, tels que ceux de la Classification internationale des maladies (10<sup>ème</sup>



révision) ou du DSM IV : durée d'au moins quinze jours, présence chaque jour et pendant la plus grande partie de la journée de symptômes de tristesse et/ou de perte d'intérêt, associés à de la fatigue, des troubles du sommeil, une perte ou prise de poids significative et des répercussions plus ou moins importantes aux niveaux affectif, social et professionnel. La gravité de ces répercussions définit la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé.

Cette synthèse présente les principaux résultats du Baromètre santé 2010 en région Paca. Les résultats des comparaisons systématiques avec le reste de la France n'y sont mentionnés que lorsque des écarts significatifs sont constatés. Compte tenu de leur importance, cette synthèse se focalise sur l'épisode dépressif caractérisé et la suicidalité et met en exergue les diverses sources d'inégalités (sociales, liées au travail, de genre...) dans la survenue de ces troubles, leur prise en charge et les comportements de recours aux soins.

### SYNTHÈSE..... 1

- Les troubles de santé mentale : un continuum d'états pathologiques ..... 1
- La dépression aussi fréquente en Paca qu'en France..... 2
- Une personne sur vingt a déjà fait une tentative de suicide au cours de la vie et parmi elles, une sur trois a récidivé ..... 2
- De fortes inégalités sociales et de genre marquent la survenue des épisodes dépressifs caractérisés et de la suicidalité ..... 2
- D'importantes inégalités de recours aux soins, pour certaines plus marquées en Paca que dans le reste de la France ..... 2

- Les médecins généralistes de ville occupent une place essentielle dans le repérage et la prise en charge des dépressions et de la suicidalité ..... 3
- Conclusion..... 3
- Références..... 4

### RÉSULTATS ..... 5

- Fréquence des troubles de santé mentale ..... 5
- Recours aux soins en cas de trouble de santé mentale..... 9

### MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE.....13

## La dépression aussi fréquente en Paca qu'en France

En 2010, 7,9 % des personnes ont souffert d'un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année, une fréquence similaire à celui de la France (7,5 %). Les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité sévère, c'est-à-dire avec des répercussions marquées dans la vie des personnes, sont deux fois moins fréquents (2,5 %) que ceux d'intensité légère ou moyenne, mais les premiers induisent des besoins de prise en charge plus importants [7,8,9]. La fréquence de l'épisode dépressif caractérisé en France (7,5 %) n'a pas changé par rapport à 2005 (7,8 %) [9].

## Une personne sur vingt a déjà fait une tentative de suicide au cours de la vie et parmi elles, une sur trois a récidivé

Une personne sur vingt environ a déclaré avoir déjà tenté de mettre fin à ses jours au moins une fois au cours de sa vie et parmi celles-ci, près d'une sur trois a récidivé. Chaque nouvelle tentative accroît la probabilité que celle-ci aboutisse à un décès : la prévention de la récurrence, axe majeur des plans nationaux Psychiatrie santé mentale 2011-2015 et Suicide 2011-2014, doit rester une priorité.

La vie personnelle, sentimentale et familiale est la première raison de passage à l'acte citée par les personnes ayant fait une tentative de suicide (86 %). La vie professionnelle est évoquée dans 8 % des cas, après les raisons de santé. Ce pourcentage n'est pas négligeable et, s'il ne peut être interprété en terme de causalité, il peut être rapproché de l'évolution des risques psychosociaux au travail. En 2008, par exemple, 14 % des salariés en Paca ont présenté au moins un symptôme d'ordre psychique en lien probable ou certain avec le travail selon le médecin du travail [10].

## De fortes inégalités sociales et de genre marquent la survenue des épisodes dépressifs caractérisés et de la suicidabilité

Les inégalités sociales de santé mentale ont été largement documentées [11,12] : disposer de faibles revenus, être peu qualifié ou encore vivre dans un quartier socialement défavorisé [13] favorisent la survenue ou le maintien de troubles dépressifs. Être dans une situation de précarité peut affecter l'estime de soi et favoriser l'isolement social.

Les résultats du Baromètre santé 2010 indiquent, en Paca comme en France, un risque plus élevé de présenter une souffrance psychologique, un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année ou encore un comportement suicidaire au cours de la vie chez les employés et les professions intermédiaires pour les femmes et chez les ouvriers pour les hommes, par rapport aux cadres. La souffrance psychologique est également plus fréquemment observée chez les personnes non diplômées (17,2 %) ou celles n'ayant pas obtenu le baccalauréat (17,4 %) que chez les personnes ayant leur baccalauréat (13,2 %) ou un diplôme supérieur (12,5 % des bac+5).

Les résultats du Baromètre santé 2010 retrouvent aussi les importantes inégalités de genre observées dans les publications scientifiques sur l'épidémiologie des troubles de santé mentale [14]. Ainsi, la souffrance psychologique

est environ deux fois plus fréquente chez les femmes que les hommes (19,8 % contre 10,3 %) et un ratio similaire est observé pour l'épisode dépressif caractérisé (10,8 % contre 4,6 %). Les inégalités de santé mentale liées au genre s'expliquent en partie par des facteurs psychosociaux tels que les normes sociales et les différences de position et de statut social entre les hommes et les femmes [15]. Des différences de genre dans les attitudes de verbalisation et les comportements de recours en présence de symptômes psychiques peuvent expliquer une plus grande facilité des femmes à déclarer des troubles de santé mentale, nuanciant la portée de ces écarts.

Les résultats du Baromètre santé 2010 montrent enfin d'importantes inégalités selon l'âge : les jeunes de 15-25 ans présentent les taux parmi les plus élevés d'épisodes dépressifs caractérisés et de tentatives de suicide en Paca et en France dans l'année précédant l'enquête. Ces résultats rejoignent ceux d'études épidémiologiques montrant que les jeunes sont particulièrement exposés aux troubles de santé mentale comme la dépression mais aussi aux troubles anxieux et ceux liés à la consommation de substances psychoactives [16].

## D'importantes inégalités de recours aux soins, pour certaines plus marquées en Paca que dans le reste de la France

Parmi les personnes âgées de 15 à 85 ans, près de trois sur dix ont déjà consommé des médicaments psychotropes au cours de leur vie et 17,6 % au cours de l'année. Les anxiolytiques et les hypnotiques représentent les classes de médicaments psychotropes les plus fréquemment consommées. La fréquence de consommation observée en Paca est un peu plus élevée que celle relevée dans une étude précédemment réalisée dans la région (15,5 %) à partir des données de remboursement de l'Assurance maladie [17].

Le recours à un traitement médicamenteux est plus fréquent chez les femmes et augmente avec l'âge. Il reste élevé après 65 ans, ce qui soulève la question des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées. Une publication récente concernant la région Paca souligne la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées de 70 ans ou plus, notamment pour les traitements au long cours par benzodiazépines (20,5 % des personnes âgées) ou les prescriptions de benzodiazépines à demi-vie longue (14,9 % des personnes âgées) [18].

En Paca, en 2010, plus d'une personne sur deux atteinte d'épisode dépressif caractérisé dans les douze mois a déclaré avoir consulté un service (consultations aux urgences, dans un centre-médico-psychologique, un hôpital de jour...) ou un professionnel de santé pour ses symptômes. Ces taux de recours sont globalement un peu plus faibles qu'en France, les différences étant nettement plus marquées pour les hommes et les jeunes. Pour ces derniers, le taux de recours est très proche de celui constaté chez des étudiants universitaires souffrant de dépression en 2008 [19]. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour expliquer l'absence de recours aux soins de personnes souffrant de symptômes psychiques : 1) le manque d'informations sur les troubles de santé mentale et les possibilités de prise en charge, même si les campagnes récentes (2007) sur la dépression [20] ont

contribué à augmenter, entre 2005 et 2010, le recours au soin des personnes présentant un EDC [3] ; 2) la méconnaissance ou la difficulté des personnes à se repérer dans le dispositif de soins [21] ; 3) la volonté de vouloir gérer ses troubles par soi-même ou avec l'aide de ses proches [22,23] ; 4) l'absence de besoin perçu de prise en charge, l'idée que les traitements ne sont pas efficaces, ou encore la courte durée des symptômes [24] ; 5) la crainte de l'opinion des autres voire d'une stigmatisation [25]. Les normes sociales liées au genre peuvent en partie expliquer le plus faible recours au soin des hommes, ceux-ci adhérant souvent à un archétype social masculin : être fort, ne pas se plaindre en cas de douleurs ou de problèmes et essayer de gérer ses problèmes soi-même [26].

Pour la crise suicidaire, les résultats du Baromètre santé 2010 ont également mis en évidence un recours aux soins insuffisant. Sept personnes suicidantes sur dix seulement ont eu recours aux soins après leur tentative de suicide : parmi elles, 58,7 % ont été prises en charge à l'hôpital et la moitié a été suivie par un médecin ou un psychologue (50,7 %). Par ailleurs, 60,1 % des personnes suicidantes ont déclaré avoir parlé de leur geste à une autre personne qu'à un médecin ou un psychologue.

### Les médecins généralistes de ville occupent une place essentielle dans le repérage et la prise en charge des dépressions et de la suicidalité

Les professionnels consultés par les personnes souffrant d'un épisode dépressif caractérisé pour leur trouble de santé mentale sont majoritairement les médecins généralistes (huit fois sur dix). Ce résultat, déjà observé dans les enquêtes précédentes, montre la place essentielle du médecin généraliste dans le repérage et la prise en charge des troubles de santé mentale [23, 27, 28].

Dans l'arsenal thérapeutique pour prendre en charge une dépression, les médecins disposent des antidépresseurs mais aussi de la psychothérapie. En effet, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé [29], la psychothérapie est indiquée en première intention dans les épisodes dépressifs caractérisés dits « légers », les antidépresseurs ne devant être utilisés que dans un second temps, en cas d'échec de la psychothérapie. En cas d'épisode dépressif caractérisé dit « modéré », les antidépresseurs sont recommandés en première intention. L'association antidépresseur-psychothérapie peut être proposée en cas de difficultés psychosociales ayant un retentissement marqué sur la vie du patient. En cas d'épisode dépressif caractérisé sévère, la prescription d'antidépresseurs est indispensable mais une association antidépresseur-psychothérapie peut être proposée.

Les résultats du Baromètre santé 2010 montrent que l'antidépresseur reste le traitement le plus fréquent de l'épisode dépressif caractérisé, loin devant la combinaison antidépresseur plus psychothérapie et la psychothérapie seule, dans les cas sévères et non sévères. Le recours à la psychothérapie est plus important dans les cas sévères que dans les cas non sévères. Les médecins ont des attitudes favorables vis-à-vis des médicaments antidépresseurs, qu'ils jugent plus efficaces que la psychothérapie, voire indispensables pour traiter la dépression. Ces représentations sont sous-tendues par une culture professionnelle valorisant la prescription de médicaments [30].

### Conclusion

Les résultats du Baromètre santé 2010 montrent que l'état de santé mentale de la population en Paca est similaire au reste de la France. Ils soulignent que les jeunes et les catégories socioprofessionnelles modestes chez les hommes et intermédiaires chez les femmes présentent un risque accru de troubles de santé mentale, en particulier de dépression et de crise suicidaire. On sait par ailleurs que les personnes âgées constituent une population particulièrement à risque de suicide. Les actions de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale devraient mieux cibler ces populations. Les professionnels de santé devraient également être sensibilisés à ces constats.

Cette enquête a également mis en évidence un recours aux soins insuffisant des personnes atteintes de dépression, davantage en Paca qu'en France et chez les jeunes et les hommes. L'information de la population sur les troubles de santé mentale et les possibilités de recours aux soins constitue un des leviers d'actions possibles. La mise en place de campagnes d'information répétées et ancrées dans les territoires [31] pourrait contribuer à améliorer la prévention et la prise en charge ainsi que la lutte contre la stigmatisation des troubles de santé mentale, en complément des actions menées au niveau national, telle que la campagne d'information sur la dépression réalisée par l'INPES [20].

Le passage à l'acte suicidaire est rapporté par les personnes suicidantes à leurs conditions de travail moins d'une fois sur dix. La formation des médecins du travail au repérage et à l'évaluation de la crise suicidaire est essentielle. Une surveillance des tentatives de suicide liées au travail devrait également être instaurée.

Parmi les personnes qui ont tenté de mettre fin à leurs jours, près d'une sur trois a récidivé. Ce résultat souligne l'importance du suivi et du soutien des personnes suicidaires. L'entourage (famille, amis, collègues) occupe une place importante dans le soutien des personnes suicidaires. Sensibiliser la population sur le rôle que chacun peut jouer dans le repérage et la gestion de l'urgence suicidaire et l'informer sur la conduite à tenir face à une personne en détresse (écoute, orientation vers un professionnel de santé) est indispensable. Ce message a déjà été délivré dans une brochure intitulée « Face à une personne suicidaire, chacun peut faire quelque chose » et destinée au grand public [32]. Celle-ci a été diffusée en 2008 auprès d'acteurs de la région pouvant être en contact avec des populations présentant des risques de suicidalité. Les professionnels doivent également être sensibilisés à ces questions : le maintien du dispositif de formation des personnes ressources au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire est essentiel. De même, le guide répertoire sur la prise en charge de la crise suicidaire [33], produit en 2008 et destiné aux professionnels, doit continuer à être diffusé et mis à jour.

Enfin, si la psychothérapie constitue un traitement efficace de la dépression, notamment dans les cas de dépression d'intensité légère à modérée, les résultats du Baromètre santé 2010 montrent sa faible utilisation, quelle que soit la sévérité de la dépression.

## Références

1. Drees, L'état de santé de la population en France : rapport 2007. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Collection études et statistiques, 2007
2. Kovess-Masfety, V. et al., La santé mentale, l'affaire de tous : pour une approche cohérente de la qualité de vie. Centre d'analyses stratégiques, 2009, La documentation française : Paris
3. Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.-B. (dir.) (Beck et al., à paraître), INPES, St Denis, à paraître.
4. Arsenault-Lapierre, G., et al., Psychiatric diagnoses in 3275 suicides : a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 2004. 4 : p. 37.
5. Beck F., Guignard R., Du Roscoat E., Saïas T. 2011, « Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, numéro spécial suicide, 488-492.
6. Sapinho, D., et al., Prévalence de l'épisode dépressif majeur et co-morbidités, in *La dépression en France : Enquête Anadep 2005*, Inpes, 2005: Saint Denis.
7. Alonso, J., et al., Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 2004(420) : p. 38-46.
8. Bellamy, V., et al., Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Etudes et résultats* 2004
9. Morvan, Y., et al., La dépression en France : Prévalence, facteurs associés et consommation de soins., in *Baromètre Santé 2005*, Inpes, Editor. 2005: Saint Denis.
10. ORS Paca, Tableau de bord 2010 santé, sécurité, conditions de travail, Région Paca. 2010, ORS Paca : Marseille.
11. Lorant, V., et al., Socioeconomic inequalities in depression : a meta-analysis. *Am J Epidemiol*, 2003. 157(2) : p. 98-112.
12. Muntaner, C., et al., Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiol Rev*, 2004. 26 : p. 53-62.
13. Kim, J., Neighborhood disadvantage and mental health: the role of neighborhood disorder and social relationships. *Social science research*, 2010. 39 : p. 260-271.
14. Alonso, J., et al., Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 2004(420): p. 21-7.
15. World Health Organisation. *Gender and mental health. Gender and health*, 2002
16. Verger, P., et al., Is depression associated with health risk-related behaviour clusters in adults? *Eur J Public Health*, 2009. 19(6) : p. 618-24.
17. Bocquier, A., et al., Dispensing of anxiolytics and hypnotics in southeastern France: demographic factors and determinants of geographic variations. *Fundam Clin Pharmacol*, 2008. 22(3) : p. 323-33.
18. Jardin, M., et al., Prescriptions médicamenteuses potentiellement inadaptées chez les personnes âgées : une étude en Provence-Alpes-Côte d'Azur à partir des données de remboursements de l'Assurance Maladie. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, A paraître
19. Verger, P., et al., Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2010. 45(2): p. 189-99.
20. Inpes and Ministère de la santé. *La dépression : en savoir plus pour en sortir*, 2007
21. ORS Paca, *Etat des lieux sur la prise en charge des problèmes de santé mentale à Marseille : Une enquête qualitative auprès d'usagers et de professionnels*. 2007, ORS Paca : Marseille.
22. Jorm, A.F., et al., Belief in dealing with depression alone : results from community surveys of adolescents and adults. *J Affect Disord*, 2006. 96(1-2) : p. 59-65.
23. Drass Paca, *Santé mentale en population générale : image et réalité dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur*. 2009.
24. Eisenberg, D., et al., Help-seeking and access to mental health care in a university student population. *Med Care*, 2007. 45(7) : p. 594-601.
25. Crisp, A., et al., Stigmatization of people with mental illnesses : a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 2005. 4(2): p. 106-13.
26. O'Loughlin, R.E., et al., Role of the gender-linked norm of toughness in the decision to engage in treatment for depression. *Psychiatr Serv*, 2011. 62(7) : p. 740-6.
27. Kovess-Masfety, V., et al., Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv*, 2007. 58(2) : p. 213-20.
28. Verger, P., et al., Determinants of coprescription of anxiolytics with antidepressants in general practice. *Can J Psychiatry*, 2008. 53(2) : p. 94-103.
29. Haute Autorité de Santé, *Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire: recommandations, Service des recommandations professionnelles*, 2002.
30. Hyde, J., et al., A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants. *Br J Gen Pract*, 2005. 55(519) : p. 755-62.
31. Dumesnil, H., et al., Public awareness campaigns about depression and suicide: a review. *Psychiatr Serv*, 2009. 60(9) : p. 1203-13.
32. DRASS Paca, ORS Paca. « Face à une personne suicidaire, chacun peut faire quelque chose », 2008
33. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes Côte d'Azur. *Guide répertoire sur la prise en charge de la crise Resuicidaire en PACA 2008*, p. 127.

# RÉSULTATS

## Fréquence des troubles de santé mentale

### 1. Souffrance psychologique

#### Définitions et repères méthodologiques

La souffrance psychologique correspond à la présence de symptômes anxio-dépressifs à une certaine intensité et fréquence. Ces symptômes sont renseignés avec le Mental Health Inventory-5 (5 items, MHI-5) qui est une sous-échelle de l'échelle de qualité de vie SF-36. Par convention, la présence d'une souffrance psychologique est définie par un score de cumul des symptômes anxio-dépressifs strictement inférieur à 56 (du fait de la méthode de calcul de ce score, plus il est bas, plus les symptômes sont fréquents ou intenses).

Les questions sur la souffrance psychologique ont été posées à l'ensemble des personnes du sur-échantillon régional Paca (n = 1 400) et à l'ensemble des personnes de l'échantillon national (n = 2 039). La souffrance psychologique est mesurée sur les 4 semaines précédant l'enquête (prévalence ponctuelle).

#### Prévalence ponctuelle de la souffrance psychologique

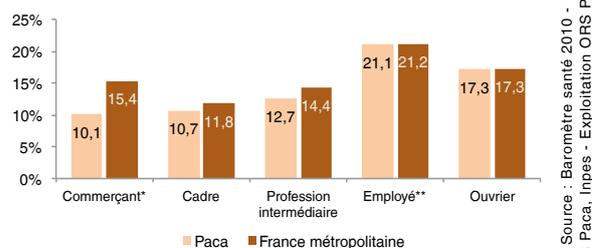
Prévalence ponctuelle de la souffrance psychologique selon l'âge et le sexe en Paca et en France métropolitaine (%)

		15-25 ans	26-44 ans	45-64 ans	65-85 ans	Total
Paca	Homme	9,1	10,3	11,9	8,6	10,3
	Femme	20,4	19,2	20,8	18,6	19,8
	Total	14,7	14,9	16,5	14,3	15,3
France*	Homme	8,4	11,4	13,0	9,4	11,1
	Femme	20,3	21,1	23,0	22,6	21,9
	Total	14,4	16,3	18,1	16,9	16,7

\* Métropolitaine

La prévalence ponctuelle de la souffrance psychologique est estimée à 15,3 % en Paca, une valeur significativement inférieure à la prévalence observée en France métropolitaine (16,7 % ;  $p = 0,02$ ). La prévalence ponctuelle de la souffrance psychologique est environ deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes, en Paca comme en France métropolitaine ( $p < 0,01$ ). Chez les 15-25 ans, la prévalence ponctuelle de la souffrance psychologique atteint 14,7 %.

Figure 1 : Prévalence ponctuelle de la souffrance psychologique selon la catégorie socioprofessionnelle en Paca et en France métropolitaine (%)

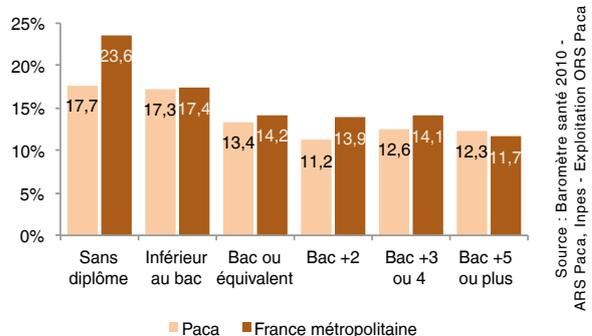


\* Commerçant, artisan ou chef d'entreprise

\*\* Trois employés sur quatre sont des femmes dans l'échantillon national et Paca

En Paca, comme en France métropolitaine, la prévalence ponctuelle de la souffrance psychologique est près de deux fois plus élevée chez les employés que chez les cadres ( $p < 0,01$ ).

Figure 2 : Prévalence ponctuelle de la souffrance psychologique selon le niveau de diplôme chez les 26-85 ans en Paca et en France métropolitaine (%)



En Paca, parmi les 26-85 ans, la prévalence ponctuelle de la souffrance psychologique est significativement plus élevée parmi les personnes avec un niveau de diplôme inférieur au Bac (ou sans diplôme) que parmi les personnes avec un niveau de diplôme supérieur (ou égal) au Bac (17,4 % contre 12,4 % ;  $p < 0,01$ ).

## 2. Episodes dépressifs caractérisés

### Définitions et repères méthodologiques

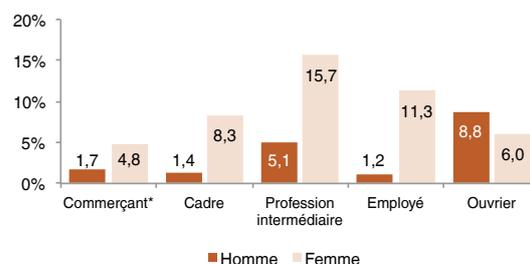
Pour identifier les cas d'épisode dépressif caractérisé (EDC), le Baromètre santé utilise un instrument d'enquête abrégé, le CIDI-SF (Composite International Diagnostic Interview – Short Form) basé sur les critères du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, version IV, qui définit les critères de diagnostic de troubles psychiatriques spécifiques. Le CIDI-SF permet de classer les EDC en trois niveaux selon leur sévérité :

- « EDC léger » : 4 ou 5 symptômes de tristesse ou de perte d'intérêt et faible impact sur les activités professionnelles, les activités sociales courantes et les relations avec les autres.
- « EDC modéré » : 4 ou 5 symptômes avec une perturbation des activités modérée à importante ou au moins 6 symptômes avec une perturbation des activités faible à modérée.
- « EDC sévère » : au moins 6 symptômes avec une perturbation des activités importante.

Les questions sur les épisodes dépressifs ont été posées à la moitié des personnes du sur-échantillon régional Paca (n = 688) et à un tiers des personnes de l'échantillon national (n = 648). Les effectifs par catégorie pouvant donc être faibles, les EDC ont été classés selon deux niveaux : non sévères (léger ou modéré) et sévères. La prévalence annuelle des EDC est mesurée sur les 12 mois précédant l'enquête.

### Prévalence annuelle des épisodes dépressifs caractérisés

Figure 3 : Prévalence annuelle des EDC selon la catégorie socioprofessionnelle et le sexe en Paca (%)



Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

\* Commercant, artisan ou chef d'entreprise

En Paca, la prévalence annuelle des EDC est estimée à 4,7 % chez les cadres et 8,1 % chez les ouvriers (p = 0,15). Chez les ouvriers, la prévalence annuelle des EDC est plus élevée chez les hommes que chez les femmes contrairement à ce qui est observé dans le reste de la population.

Prévalence annuelle des EDC selon l'âge et le sexe en Paca et en France métropolitaine (%)

		15-25 ans		26-44 ans		45-64 ans		65-85 ans		Total	
		Paca	France*	Paca	France*	Paca	France*	Paca	France*	Paca	France*
EDC	Homme	3,9	4,4	3,1	6,1	8,6	7,1	1,1	0,7	4,6	5,2
	Femme	19,5	12,0	10,8	11,2	10,4	9,8	5,5	4,7	10,8	9,6
	Total	11,6	8,2	7,1	8,7	9,6	8,5	3,6	3,0	7,9	7,5
EDC non sévère	Homme	3,9	2,7	1,8	3,5	5,6	4,6	1,1	0,7	3,3	3,2
	Femme	15,8	8,0	6,6	7,4	6,3	6,2	3,2	3,2	7,2	6,2
	Total	9,8	5,3	4,4	5,5	6,0	5,4	2,3	2,1	5,4	4,8
EDC sévère**	Homme	0,0	1,7	1,3	2,6	2,9	2,5	0,0	0,0	1,4	2,0
	Femme	3,8	4,0	3,9	3,9	4,1	3,6	2,3	1,5	3,6	3,3
	Total	1,9	2,9	2,6	3,3	3,6	3,1	1,3	0,8	2,5	2,7

\* Métropolitaine

\*\* Du fait d'effectifs faibles pour certaines classes d'âges et d'une prévalence des EDC sévères inférieure à 1,3 % en Paca comme en France métropolitaine, certains résultats sont à prendre avec précaution.

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

La prévalence annuelle des EDC, quelle que soit leur sévérité, est estimée à 7,9 % en Paca (7,5 % en France métropolitaine). Elle est deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (p<0,01). Elle est significativement plus faible chez les 65-85 ans que dans les autres tranches d'âge (p<0,01). Les EDC sévères sont 2 fois moins fréquents que les EDC non sévères : leur prévalence atteint 1,9 % chez les 15-25 ans, 2,6 % chez les 26-44 ans, 3,6 % chez les 45-64 ans puis diminue chez les 65-85 ans (1,3 %). En Paca, la prévalence annuelle des EDC, quelle que soit leur sévérité, est significativement plus élevée chez les 15-25 ans que chez les 26-85 ans (11,6 % contre 7,2 % ; p = 0,01). L'inverse est constaté pour les EDC sévères

### 3. Idées suicidaires

Les questions sur les idées suicidaires ont été posées à l'ensemble des personnes du sur-échantillon régional Paca (n = 1 400) et à l'ensemble des personnes de l'échantillon national (n = 2 039).

**Prévalence annuelle des idées suicidaires selon l'âge et le sexe en Paca et en France métropolitaine (%)**

		15-25 ans	26-44 ans	45-64 ans	65-85 ans	Total
Paca	Homme	3,3	3,3	3,3	1,1	2,9
	Femme	2,9	4,0	3,9	3,6	3,7
	Total	3,1	3,7	3,6	2,6	3,3
France*	Homme	2,4	3,9	4,1	1,9	3,4
	Femme	4,0	4,2	5,1	3,8	4,4
	Total	3,2	4,0	4,7	3,0	3,9

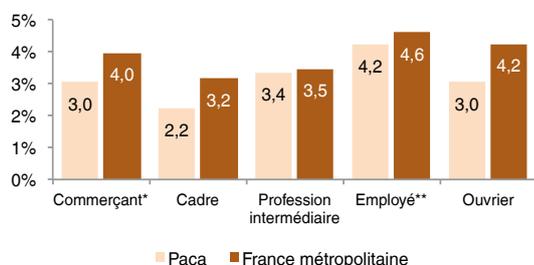
\* Métropolitaine

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

En région Paca, 3,3 % des 15-85 ans déclarent avoir eu des idées suicidaires dans les 12 mois précédant l'enquête (3,9 % en France métropolitaine). La prévalence annuelle des idées suicidaires n'est pas significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (3,7 % pour 2,9 % ; p = 0,19). Parmi l'ensemble des personnes qui déclarent avoir eu des idées suicidaires en Paca, 76,1 % déclarent avoir imaginé comment se suicider (France métropolitaine : 70,7 % ; p = 0,54).

Chez les 15-25 ans, la prévalence annuelle des idées suicidaires atteint 3,1 %. Parmi les jeunes qui ont eu des idées suicidaires, 91,5 % déclarent avoir imaginé comment se suicider (73,3 % chez les plus de 25 ans ; p = 0,10).

**Figure 4 : Prévalence annuelle des idées suicidaires selon la catégorie socioprofessionnelle en Paca et en France métropolitaine (%)**

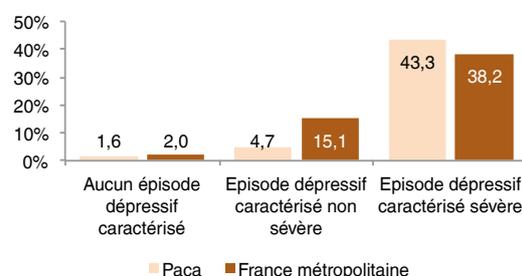


\* Commerçant, artisan ou chef d'entreprise  
 \*\* 73,9% des employés sont des femmes

En Paca, comme en France métropolitaine, la prévalence annuelle des idées suicidaires chez les employés (4,2 %) est significativement plus élevée que chez les cadres (2,2 % ; p = 0,04).

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

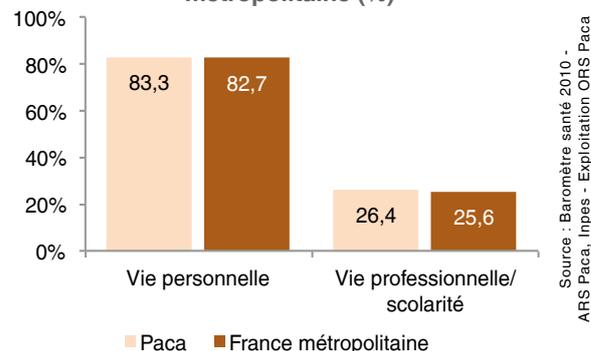
**Figure 5 : Prévalence annuelle des idées suicidaires selon le degré de dépression en Paca et en France métropolitaine (%)**



Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

La prévalence annuelle des idées suicidaires chez les personnes sans EDC est faible. En Paca, la prévalence annuelle des idées suicidaires est près de neuf fois supérieure chez les personnes avec un EDC sévère que chez les personnes ayant un EDC non sévère (43,3 % contre 4,7 % ; p<0,01).

**Figure 6 : Raisons alléguées pour expliquer les idées suicidaires\* en Paca et en France métropolitaine (%)**



Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

\* Une personne pouvant renseigner plusieurs raisons, la somme des pourcentages dépasse 100 %

Les raisons alléguées pour expliquer les idées suicidaires sont le plus fréquemment en rapport avec la vie personnelle (83,3 % en Paca et 82,7 % en France métropolitaine).

#### 4. Tentatives de suicide

Les questions sur les tentatives de suicide ont été posées à l'ensemble des personnes du sur-échantillon régional Paca (n = 1 400) et à l'ensemble des personnes de l'échantillon national (n = 2 039). La prévalence des tentatives de suicide est mesurée au cours de la vie (prévalence vie entière) et sur les 12 mois précédant l'enquête (prévalence annuelle).

**Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie selon l'âge et le sexe en Paca et en France métropolitaine (%)**

		15-25 ans	26-44 ans	45-64 ans	65-85 ans	Total
Paca	Homme	1,0	5,6	2,5	0,1	2,7
	Femme	3,6	8,4	8,6	6,1	7,2
	Total	2,3	7,0	5,7	3,5	5,1
France*	Homme	2,3	4,5	3,7	0,8	3,2
	Femme	6,8	8,3	8,7	5,2	7,6
	Total	4,5	6,4	6,3	3,3	5,5

\* Métropolitaine

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

En Paca, 5,1 % des personnes âgées de 15 à 85 ans ont déclaré avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (5,5 % en France métropolitaine ; p = 0,90). La prévalence des tentatives de suicide sur la vie entière est plus de deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (p<0,01) et atteint un maximum chez les 26-44 ans (7,0 %). Chez les 15-25 ans, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie atteint 2,3 % : elle est plus de trois fois supérieure chez les femmes que les hommes (3,6 % contre 1,0 % ; p<0,04).

**Taux de récurrence des tentatives de suicide au cours de la vie selon le sexe en Paca et en France métropolitaine (%)**

	Homme	Femme	Total
Paca	41,3	27,3	30,8
France*	37,4	33,4	34,5

\* Métropolitaine

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

Le taux de récurrence des tentatives de suicide atteint 30,8 % en Paca, un chiffre non significativement différent de celui observé sur l'ensemble de la France (p = 0,75). En Paca, le taux de récurrence des tentatives de suicide est significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (41,3 % contre 27,3 % ; p = 0,05).

**Taux de récurrence des tentatives de suicide au cours de la vie selon l'âge en Paca et en France métropolitaine (%)**

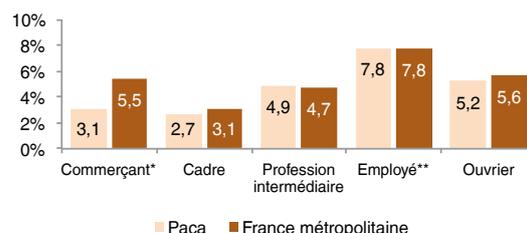
	15-25 ans	26-44 ans	45-64 ans	65-85 ans	Total
Paca	42,7	32,7	24,0	36,4	30,8
France*	38,4	33,7	33,7	34,8	34,5

\* Métropolitaine

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

En Paca, comme en France métropolitaine, le taux de récurrence de tentative de suicide est le plus élevé chez les 15-25 ans.

**Figure 7 : Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie selon la catégorie socioprofessionnelle en Paca et en France métropolitaine (%)**

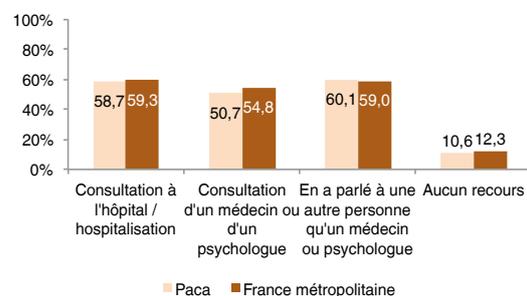


\* Commerçant, artisan ou chef d'entreprise  
\*\* Trois employés sur quatre sont des femmes dans l'échantillon national et Paca

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

En Paca, comme en France métropolitaine, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie est la plus élevée parmi les employés (7,8 %), une valeur plus de deux fois supérieure à la prévalence des tentatives de suicide parmi les cadres (2,7 % ; p<0,01).

**Figure 8 : Recours\* après une tentative de suicide en Paca et en France métropolitaine (%)**

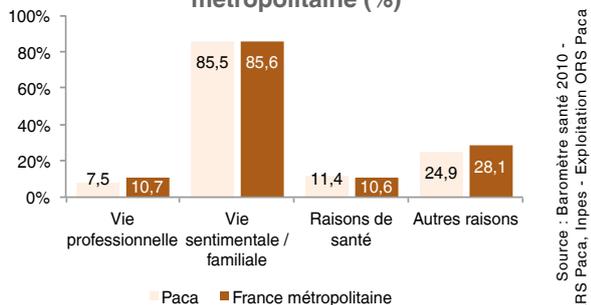


\* Une personne pouvant renseigner plusieurs types de recours, la somme des pourcentages dépasse 100 %

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

En Paca, 35,1 % des personnes ayant fait une tentative de suicide déclarent à la fois avoir consulté à l'hôpital (ou avoir été hospitalisé) et avoir consulté un médecin ou un psychologue; 23,7 % déclarent en avoir aussi parlé à une autre personne qu'un médecin ou psychologue

Figure 9 : Raisons alléguées pour expliquer la tentative de suicide\* en Paca et en France métropolitaine (%)



\* Une personne pouvant renseigner plusieurs raisons, la somme des pourcentages dépasse 100 %

Dans plus de 85 % des cas, les raisons alléguées pour expliquer les tentatives de suicide sont d'origine sentimentale ou familiale

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

Prévalence annuelle des tentatives de suicide au cours de la vie selon le sexe en Paca et en France métropolitaine (%)

	Homme	Femme	Total
<b>Paca</b>	0,1	0,6	0,4
<b>France*</b>	0,3	0,7	0,5

\* Métropolitaine

La prévalence des tentatives de suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête est estimée à 0,4 % en Paca et 0,5 % en France métropolitaine ( $p = 0,57$ ). Elle est plus élevée chez les femmes que les hommes ( $p = 0,01$ ).

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

Prévalence annuelle des tentatives de suicide au cours de la vie selon l'âge en Paca et en France métropolitaine (%)

	15-44 ans	45-85 ans	Total
<b>Paca</b>	0,7	0,1	0,4
<b>France*</b>	0,7	0,3	0,5

\* Métropolitaine

Quelle que soit la tranche d'âge considérée, aucune différence significative n'a été observée entre la prévalence annuelle des tentatives de suicide en Paca et dans le reste de la France. En Paca, comme en France métropolitaine, la prévalence annuelle des tentatives de suicide est significativement plus élevée chez les 15-44 ans que chez les 45-85 ans (0,7 % contre 0,1 % ;  $p < 0,01$ ).

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

## Recours aux soins en cas de trouble de santé mentale

### 1. Consultation d'un service ou d'un professionnel spécialisé

Dans cette analyse, la « consultation d'un service » inclut : les consultations dans un centre médico-psychologique (CMP), aux urgences d'un hôpital, dans un centre de jour ou un hôpital de jour, l'hospitalisation d'au moins une nuit dans un hôpital ou une clinique, le recours aux services d'un centre de crise, à un service de médecine préventive universitaire ou à un bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU). Les consultations d'un professionnel ont été regroupées en 2 classes : « médecin de famille » (généraliste, infirmière, autre médecin spécialiste) et « spécialiste de santé mentale » (psychiatre, pédopsychiatre, psychologue, psychanalyste, psychothérapeute).

Les questions sur les consultations d'un service ou d'un professionnel portent uniquement sur les personnes identifiées comme souffrant ou ayant souffert d'un EDC (avec ou sans retentissement) dans les 12 mois précédant l'enquête (soit 143 personnes dans l'échantillon Paca).

Consultation d'un service ou d'un professionnel de santé en raison de troubles nerveux, émotionnels, psychologiques ou de comportement dans les 12 mois précédant l'enquête en Paca et en France métropolitaine (%\*)

	Consultation d'un service	Consultation d'un professionnel
<b>Paca</b>	6,9	48,6
<b>France**</b>	10,4	55,1

\* Calculé parmi les personnes ayant eu un EDC (avec ou sans retentissement) dans les 12 mois précédant l'enquête

\*\* Métropolitaine

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

En Paca, 6,9 % des personnes avec un EDC ont consulté un service pour un problème de santé mentale (10,4 % en France métropolitaine ;  $p = 0,77$ ) et 48,6 % un professionnel (55,1 % en France métropolitaine ;  $p = 0,86$ ).

Consultation d'un service ou d'un professionnel spécialisé en raison de troubles nerveux, émotionnels, psychologiques ou de comportement dans les 12 mois précédant l'enquête selon le sexe en Paca et en France métropolitaine (%\*)

	Homme	Femme	Total
<b>Paca</b>	31,0	57,6	49,9
<b>France**</b>	48,1	59,5	55,8

\* Calculé parmi les personnes ayant eu un EDC (avec ou sans retentissement) dans les 12 mois précédant l'enquête

\*\* Métropolitaine

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

En Paca, comme en France métropolitaine, les femmes ayant eu un EDC ont plus tendance à consulter un service ou un professionnel spécialisé que les hommes ( $p < 0,01$ ).

**Consultation d'un service ou d'un professionnel de santé en raison de troubles nerveux, émotifs, psychologiques ou de comportement dans les 12 mois précédant l'enquête selon l'âge en Paca et en France métropolitaine (%\*)**

	15-44 ans	45-85 ans	Total
<b>Paca</b>	45,8	54,5	49,9
<b>France**</b>	54,7	57,3	55,8

\* Calculé parmi les personnes ayant eu un EDC (avec ou sans ralentissement) dans les 12 mois précédant l'enquête  
 \*\* Métropolitaine

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

En Paca, 45,8 % des personnes de 15 à 44 ans ayant eu un EDC ont consulté un service ou un professionnel spécialisé (54,5 % chez les 45-85 ans ;  $p = 0,31$ ).

**Consultation d'un service ou d'un professionnel de santé en raison de troubles nerveux, émotifs, psychologiques ou de comportement dans les 12 mois précédant l'enquête selon la catégorie socioprofessionnelle en Paca et en France métropolitaine (%\*)**

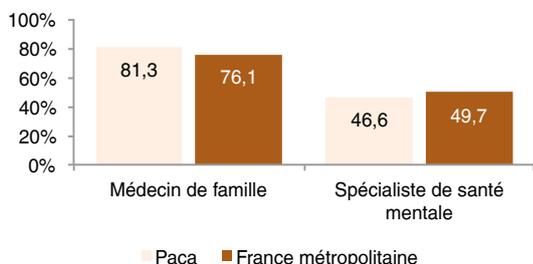
	Cadre/ profession intermédiaire/ commerçant**	Ouvrier/ employé
<b>Paca</b>	47,0	53,1
<b>France***</b>	54,4	57,7

\* Calculé parmi les personnes ayant eu un EDC (avec ou sans ralentissement) dans les 12 mois précédant l'enquête  
 \*\* Commerçant, artisan ou chef d'entreprise  
 \*\*\* Métropolitaine

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

En Paca, 47,0 % des cadres, professions intermédiaires et commerçants, ayant eu un EDC, ont consulté un service ou un professionnel spécialisé (53,1 % chez les ouvriers et employés ;  $p = 0,48$ ).

**Figure 10 : Type de professionnel consulté\* dans les 12 mois précédant l'enquête selon l'âge en Paca et en France métropolitaine (%\*\*)**



\* Consultation en raison de troubles nerveux, émotifs, psychologiques ou de comportement.  
 \*\* Calculé parmi les personnes ayant eu un EDC (avec ou sans ralentissement) dans les 12 mois précédant l'enquête et qui déclarent avoir consulté un professionnel. Une personne pouvant renseigner plusieurs types de consultation, la somme des pourcentages dépasse 100 %

Parmi les personnes ayant eu un EDC en Paca et déclarant avoir consulté un professionnel, 81,3 % ont consulté leur médecin de famille (France métropolitaine : 76,1 % ;  $p = 0,96$ ).

**2. Consommation de médicaments psychotropes**

Les questions sur la consommation de médicaments psychotropes ont été posées à un quart des personnes du sur-échantillon régional Paca ( $n = 350$ ) et à un sixième des personnes de l'échantillon national ( $n = 338$ ) : avez-vous déjà pris (au cours de votre vie/au cours des douze derniers mois) des médicaments pour les nerfs, pour dormir, comme des tranquillisants, des somnifères, ou des antidépresseurs ?

**Consommation de médicaments psychotropes au cours de la vie selon le sexe et l'âge en Paca et en France métropolitaine (%)**

		15-25 ans	26-44 ans	45-64 ans	65-85 ans	Total
<b>Paca</b>	Homme	7,6	14,8	30,0	41,3	23,3
	Femme	26,6	27,8	53,3	49,1	40,3
	<b>Total</b>	17,2	21,7	42,4	45,8	32,4
<b>France*</b>	Homme	15,2	25,0	32,5	32,5	27,1
	Femme	24,6	38,6	52,3	48,6	42,4
	<b>Total</b>	20,3	31,9	43,0	41,2	35,1

\* Métropolitaine

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

En région Paca, 32,4 % des 15-85 ans ont consommé des médicaments psychotropes au cours de leur vie (France métropolitaine : 35,1 % ;  $p = 0,30$ ). La consommation de psychotropes est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes ( $p < 0,01$ ), en Paca comme en France métropolitaine.

**Consommation annuelle de médicaments psychotropes selon le sexe et l'âge en Paca et en France métropolitaine (%)**

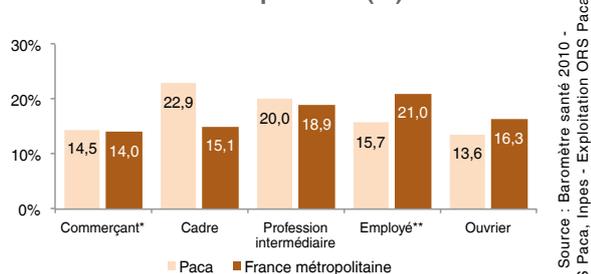
		15-25 ans	26-44 ans	45-64 ans	65-85 ans	Total
<b>Paca</b>	Homme	2,4	13,6	15,9	15,3	12,6
	Femme	16,0	9,1	29,9	32,3	21,8
	<b>Total</b>	9,3	11,2	23,3	25,1	17,6
<b>France*</b>	Homme	6,8	12,2	16,5	14,5	13,1
	Femme	9,6	18,3	28,5	29,3	22,1
	<b>Total</b>	8,3	15,3	22,8	22,5	17,8

\* Métropolitaine

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

En Paca, 17,6 % des personnes âgées de 15 à 85 ans ont consommé des médicaments psychotropes au cours de l'année précédant l'enquête (France métropolitaine : 17,8 % ;  $p = 0,51$ ). La consommation annuelle de médicaments psychotropes est près de deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes ( $p < 0,01$ ).

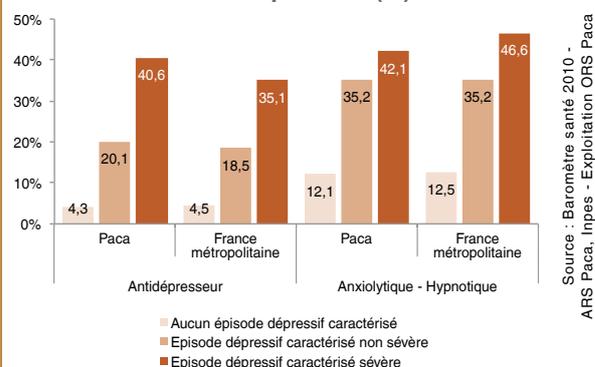
Figure 11 : Consommation annuelle de médicaments psychotropes selon la catégorie socioprofessionnelle en Paca et en France métropolitaine (%)



\* Commercant, artisan ou chef d'entreprise  
 \*\* Trois employés sur quatre sont des femmes dans l'échantillon national et Paca

En Paca, la consommation de médicaments psychotropes est la plus élevée parmi les cadres (22,9 %) et les professions intermédiaires (20,0 %).

Figure 12 : Consommation annuelle de médicaments psychotropes selon la présence de dépression et sa sévérité en Paca et en France métropolitaine (%)



En Paca, comme en France métropolitaine, la prévalence annuelle de consommation de médicaments psychotropes augmente en présence d'un EDC d'autant plus que celui-ci est sévère (p<0,01).

Consommation annuelle d'antidépresseurs selon le sexe et l'âge en Paca et en France métropolitaine (%)

		15-25 ans	26-44 ans	45-64 ans	65-85 ans	Total
Paca	Homme	0,0	6,0	3,9	2,4	3,6
	Femme	4,6	5,1	11,4	11,6	8,4
	Total	2,3	5,5	7,9	7,8	6,2
France*	Homme	1,7	3,9	5,3	2,7	3,8
	Femme	4,0	6,1	11,7	9,1	8,1
	Total	2,9	5,0	8,7	6,1	6,0

\* Métropolitaine

En Paca, 6,2 % des personnes âgées de 15 à 85 ans ont consommé des antidépresseurs au cours de l'année précédant l'enquête (France métropolitaine : 6,0 % ; p = 0,80). En Paca, comme en France métropolitaine, la consommation annuelle d'antidépresseurs est plus de deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (8,4 % contre 3,6 % ; p<0,01).

### 3. Recours aux psychothérapies

Les questions sur le recours aux psychothérapies ont été posées à la moitié des personnes du sur-échantillon régional Paca (n = 688) et à un tiers des personnes de l'échantillon national (n = 638). Le recours aux psychothérapies a été mesuré au cours de la vie et sur les 12 mois précédant l'enquête.

Recours aux psychothérapies au cours de la vie selon le sexe et l'âge en Paca et en France métropolitaine (%)

		15-25 ans	26-44 ans	45-64 ans	65-85 ans	Total
Paca	Homme	8,3	7,5	7,5	2,8	6,7
	Femme	7,8	22,4	21,7	7,9	16,6
	Total	8,1	15,2	14,9	5,7	11,9
France*	Homme	7,9	9,9	7,6	2,8	7,6
	Femme	12,6	15,9	17,0	6,2	13,8
	Total	10,3	12,9	12,5	4,8	10,8

\* Métropolitaine

En Paca, 11,9 % des personnes ont suivi une psychothérapie au cours de leur vie (France métropolitaine : 10,8 % ; p = 0,02). La fréquence du recours aux psychothérapies au cours de la vie est plus de deux fois plus élevée chez les femmes que les hommes (p<0,01), en Paca comme en France métropolitaine. Cette différence de recours n'apparaît pas chez les 15-25 ans en Paca.

**Recours annuel aux psychothérapies selon le sexe en Paca et en France métropolitaine (%)**

	Homme	Femme	Total
<b>Paca</b>	<b>2,1</b>	<b>3,6</b>	<b>2,9</b>
<b>France*</b>	<b>2,3</b>	<b>3,9</b>	<b>3,1</b>

\* Métropolitaine

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

**Recours annuel aux psychothérapies selon l'âge en Paca et en France métropolitaine (%)**

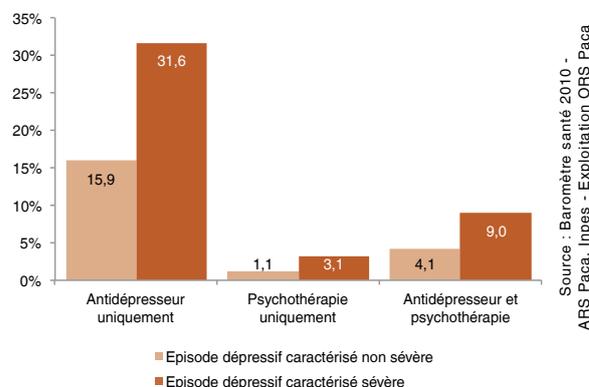
	15-25 ans	26-44 ans	45-64 ans	65-85 ans	Total
<b>Paca</b>	<b>1,6</b>	<b>3,8</b>	<b>3,7</b>	<b>1,2</b>	<b>2,9</b>
<b>France*</b>	<b>2,7</b>	<b>3,7</b>	<b>4,0</b>	<b>1,0</b>	<b>3,1</b>

\* Métropolitaine

Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

En ce qui concerne la fréquence des recours annuels aux psychothérapies, aucune différence significative n'est constatée entre les hommes et les femmes ( $p = 0,09$ ) ni entre Paca et la France métropolitaine ( $p = 0,87$ ).

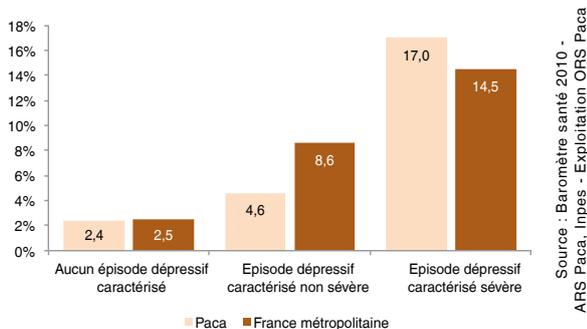
**Figure 14 : Consommation d'antidépresseurs et/ou recours à une psychothérapie parmi les personnes ayant eu un EDC en Paca (%)**



Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

En Paca, sur les 12 mois précédant l'enquête, environ une personne sur trois souffrant d'un EDC sévère a eu recours à des antidépresseurs seuls, 3,1 % ont eu recours à la psychothérapie seule et 9,0 % à un traitement associant les deux.

**Figure 13 : Recours à une psychothérapie selon la présence de dépression et sa sévérité en Paca et France métropolitaine (%)**



Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

La prévalence du recours aux psychothérapies est la plus élevée chez les personnes souffrant ou ayant souffert d'un EDC (sévère ou non) dans les 12 mois précédant l'enquête ( $p < 0,01$ ).

# MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE<sup>1</sup>

Depuis le début des années 1990, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes intitulées « Baromètre santé », qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français. Dans ce cadre, l'Inpes a réalisé en 2010 la sixième édition de cette grande enquête nationale multithématique sur la santé, menée par téléphone auprès d'individus âgés de 15 à 85 ans.

Dix régions ont participé à ce Baromètre par le biais de sur-échantillons régionaux. Le questionnaire employé en région est le même que celui mis en œuvre au niveau de l'échantillon national. A la différence de l'échantillon national, les individus appartenant à un foyer équipé exclusivement d'un téléphone mobile ou appartenant à des foyers équipés d'un téléphone filaire en « dégroupé » non accessible par un numéro en 01 à 05, n'ont pas été suréchantillonnés.

En région Paca, l'analyse du Baromètre santé 2010 a porté sur un échantillon représentatif de 3 439 individus âgés de 15 à 85 ans. Cet échantillon est composé de 1 400 individus provenant de l'extension régionale du Baromètre santé en Paca et de 2 039 individus habitant la région Paca, interrogés dans le cadre de l'échantillon national et comprenant des individus appartenant à un foyer équipé exclusivement d'un téléphone mobile ou appartenant à des foyers équipés d'un téléphone filaire en « dégroupé » non accessible par un numéro en 01 à 05.

Les données ont été pondérées par le nombre d'individus et de lignes téléphoniques au sein du ménage afin de calculer la probabilité de tirage au sein du ménage (pour compenser le fait qu'un individu d'un ménage nombreux a moins de chances d'être tiré au sort) et calées sur les données de référence de l'Insee les plus récentes. Le calage sur marges tient compte du sexe, de l'âge, de la catégorie d'agglomération, du département et du niveau de diplôme.

La méthode retenue pour savoir si la différence observée entre la région et le reste de la France est significative repose sur une régression logistique multiple. C'est la valeur de l'intervalle de confiance de l'odds ratio correspondant à la région (Paca / reste de la France), ajusté sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, la composition du foyer, la situation professionnelle et la taille de la zone de résidence, qui détermine la significativité de la différence. Le seuil de significativité est fixé à 5 %.

<sup>1</sup> La méthodologie détaillée de l'étude est développée dans la fiche thématique « Présentation et méthodologie de l'enquête ».



## → Principales caractéristiques des populations étudiées

	Paca %*	France métropolitaine %*
<i>Sexe</i>		
Hommes	47,5	48,0
Femmes	52,6	52,0
<i>Âge</i>		
15-19 ans	8,0	7,6
20-25 ans	8,6	9,3
26-34 ans	12,9	14,1
35-44 ans	17,4	17,6
45-54 ans	16,7	17,2
55-64 ans	15,4	15,6
65-74 ans	11,5	10,1
75-85 ans	9,6	8,5
<i>Catégorie d'agglomération</i>		
Rural	9,0	25,6
2 000 à 20 000 habitants	13,5	17,4
20 000 à 100 000 habitants	12,0	12,8
100 000 à 200 000 habitants	0,0	5,5
200 000 habitants et plus	65,5	22,5
Agglomération parisienne	0,0	16,2
<i>Structure du foyer</i>		
Vit seul	16,1	18,0
Foyer monoparental avec enfant(s)**	8,9	8,0
Foyer sans enfant	28,9	28,0
Foyer avec enfant(s)**	40,9	41,4
Autres situation	5,3	4,6
<i>Catégorie socioprofessionnelle</i>		
Agriculteurs exploitants	1,8	2,5
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	9,3	6,4
Cadres et professions intellectuelles supérieures	16,0	15,5
Professions intermédiaires	26,8	24,1
Employés	25,6	27,0
Ouvriers	19,1	23,7
Autres personnes sans activité professionnelle	1,2	0,7
<i>Niveau de diplôme</i>		
Sans diplôme	19,0	19,0
Inférieur au bac	40,3	42,5
Bac ou équivalent	17,6	17,0
Bac +2	10,9	9,8
Bac +3 et bac +4	6,6	6,5
Bac +5 ou plus	5,5	5,2

\*Pourcentages redressés en prenant en compte le sexe, l'âge, le département (région pour les données France métropolitaine), la catégorie d'agglomération et le niveau de diplôme (et l'équipement téléphonique pour les données France métropolitaine).

\*\*Dont au moins un de moins de 25 ans

## → Les fiches thématiques du Baromètre santé

L'analyse de l'extension régionale du Baromètre santé en Provence-Alpes-Côte d'Azur donne lieu à la publication d'autres documents thématiques : « Usages de tabac, d'alcool et de drogues illicites et pratiques de jeu en région Paca », « Activité sexuelle, contraception et dépistages en région Paca », « La vaccination en région Paca » et « Présentation et méthodologie de l'enquête ».

**Ce document a été réalisé par :** Hélène Dumesnil, Sébastien Cortaredona, Isabelle Feroni, et le Dr Pierre Verger (ORS Paca) ; il a été mis en page par Bruno Coulon (ORS Paca).

**Il a été enrichi par les contributions de :** François Beck, Romain Guignard, Jean-Bastiste Richard (INPES) ainsi que François Michelot (FNORS).

Le choix des thématiques et les analyses ont été réalisés en collaboration étroite avec Henri Clavaud, Gérard Davout, Hélène Lansade et Ludovique Loquet (ARS Paca).

Le recueil des données du sur-échantillon et l'analyse ont été financés par l'Agence Régionale de Santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur.

**Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur**

23, rue Stanislas Torrents 13006 Marseille • Tél : 04 91 59 89 00 • Télécopie : 04 91 59 89 24

courriel : [accueil@orspaca.org](mailto:accueil@orspaca.org) • <http://www.sesstim-orspaca.org>

**Baromètre Santé** - Juillet 2012

**Éditeur :** ORS Paca - SESSTIM (UMR 912

Inserm-IRD-Université Aix-Marseille)

23 rue Stanislas Torrents 13006 Marseille

**Directeur de la publication :** Dr Y. OBADIA