



HAL
open science

Troubles psychiatriques, recours au soin et usage de substances psychoactives

Gaëlle Encrenaz

► **To cite this version:**

Gaëlle Encrenaz. Troubles psychiatriques, recours au soin et usage de substances psychoactives. Sciences du Vivant [q-bio]. Université Victor Segalen - Bordeaux II, 2006. Français. NNT: . tel-00340117

HAL Id: tel-00340117

<https://theses.hal.science/tel-00340117>

Submitted on 20 Nov 2008

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Victor Segalen Bordeaux 2

Année 2006

Thèse n° 1387

THESE

pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITE BORDEAUX 2

Mention : Sciences Biologiques et Médicales

Option : Epidémiologie et Intervention en Santé Publique

Présentée et soutenue publiquement

Le 18 décembre 2006

par

Gaëlle ENCRENAZ

Née le 28 janvier 1980 à Annemasse

**Troubles psychiatriques, recours au soin
et usage de substances psychoactives**

Membres du Jury

Monsieur Roger Salamon, Professeur, Bordeaux France	Président
Monsieur Martin Preisig, Privat-Doctent, Maître d'Enseignement et de Recherche, Lausanne, Suisse	Rapporteur
Monsieur Bruno Falissard, Professeur, Paris, France	Rapporteur
Madame Viviane Kovess-Masféty, Professeur, Paris, France	Membre invitée
Monsieur Manuel Bouvard, Professeur, Bordeaux, France	Membre invité
Monsieur Jean-Michel Delile, Médecin, Bordeaux, France	Membre invité
Monsieur Antoine Messiah, Chargé de recherche, Bordeaux, France	Directeur

"... il lui arrivait de perdre le fil de la conversation et une larme de nostalgie roulait jusqu'à lui saler le palais, à la vue des couches veinées de terre humide et des monticules de boue qu'édifiaient les vers du jardin. Ces goûts cachés, vaincus en d'autres temps par le mélange d'oranges et de rhubarbe, rallumèrent un appétit impossible à contenir lorsqu'elle se mit à pleurer. Elle remangea de la terre. La première fois, ce fut presque par curiosité qu'elle s'y remit, persuadée que le dégoût qu'elle éprouverait serait le meilleur remède contre la tentation. Et de fait, elle ne put supporter de garder la terre dans sa bouche. Mais elle insista, vaincue par un désir croissant, et peu à peu retrouva l'appétit ancestral, le goût des minéraux primaires, cette satisfaction sans faille que procurait l'aliment originel. Elle glissait des poignées de terre dans ses poches et les mangeait par petits grains sans se faire remarquer, remplie de bonheur et de rage à la fois..."

Extrait de *Cent Ans de Solitude*, de Gabriel Garcia Marquez

Remerciements

Monsieur le professeur Roger Salamon

Je suis très honorée que vous ayez accepté de présider ce jury. Je tenais à vous remercier sincèrement pour m'avoir permis de mener à bien ce travail dans votre unité. Je suis très reconnaissante du soutien que vous m'avez offert et de la confiance que vous m'avez accordée à la fin de mon DEA. Ce travail, je vous le dois beaucoup.

Monsieur le Professeur Martin Preisig

Je tenais à remercier le Professeur Preisig d'avoir accepté de venir de si loin pour me faire l'honneur d'être rapporteur de ce travail.

Monsieur le Professeur Bruno Falissard

Je souhaite remercier le professeur Falissard qui m'a fait l'honneur d'accepter de consacrer du temps à la lecture de ce travail.

Monsieur le Docteur Jean-Michel Delile

Je suis très honorée que vous ayez accepté d'assister à la soutenance de ma thèse et vous en remercie très sincèrement.

Madame le Professeur Viviane Kovess-Masféty

Viviane, j'ai été très heureuse de collaborer avec vous ces deux dernières années et très honorée que vous ayez accepté de participer à mon jury de thèse. J'ai beaucoup appris à vos côtés et vous en remercie chaleureusement.

Monsieur le Professeur Manuel Bouvard

Je vous remercie vivement de me faire l'honneur d'assister à mon jury de thèse.

Monsieur le docteur Antoine Messiah

Antoine, je te remercie de toujours avoir été disponible pour répondre à mes questions et de m'avoir aiguillée tout en préservant mon autonomie. J'ai beaucoup appris en travaillant avec toi ces trois dernières années.

Geneviève, merci pour votre soutien et vos conseils. Je suis très heureuse de faire partie de votre équipe de recherche et de pouvoir travailler à vos côtés.

Marthe-Aline, je te remercie très sincèrement pour tout ce que tu as fait depuis que je suis arrivée à l'ISPED pour la MST de santé publique, pour tes conseils pertinents tant sur le plan professionnel que scientifique ou pour ta compagnie toujours si agréable.

Merci à mes autres relecteurs intransigeants : Sandy, Charlotte, Jérémie, Renaud...Je vous remercie du temps que vous y avez passé et vos précieux conseils m'ont été d'une grande aide.

Virginie, merci pour tes conseils et remarques toujours pertinents. Je serais très contente qu'on ait l'occasion de retravailler ensemble sur des projets...Et à tous les autres, toujours disponibles pour transmettre leur savoir...Luc, Rodolphe, Alioum, Pierre...

Merci à Marianne de m'avoir permis de participer aux enseignements de l'institut. C'est un plaisir de travailler à tes côtés et j'espère que ça va continuer.

Merci à Evelyne, Coralie et Christian, nos bibliothécaires de choc !

Un petit mot pour mes collègues de bureau...Sandrine, Nelly, Adélaïde, Julien, Paul&Fleur. Ça a été un réel plaisir de partager votre bureau, que ce soit pour des discussions, des conseils, ou un bon café (là, il faut encore remercier Paul !)...Merci à Christine de toujours amener un peu plus de bonne humeur dans le bureau.

...aux copines de piscine aussi, Valérie, Anne...

A Barbara, qui anime l'accueil et avec qui on a toujours plaisir à discuter en allant chercher le courrier...

Et à toutes les autres personnes de l'ISPED que j'ai toujours plaisir à croiser dans les couloirs et qui nous font venir travailler avec le sourire.

Je tenais également à remercier l'équipe de la fondation pour la santé publique de la MGEN, Elodie, Ondine, Elena, Taraneh, Pascale, Christine, Fabien...Merci pour votre accueil, votre disponibilité, votre gentillesse...ça a été un plaisir de travailler avec vous ou à vos côtés...Et un grand merci à David. J'ai vraiment été ravie de faire ta connaissance et j'espère sincèrement qu'on aura d'autres occasions de travailler ensemble...qui sait !

Un grand merci à toute l'équipe de la JE 2358...Nadia, Malika, Olivier, Ingrid, Reda... merci pour votre disponibilité, votre gentillesse, votre bonne humeur...

Et aux personnes du laboratoire de psychiatrie...Cécile, Méлина, Jacques, Estelle et Marc Auriacombe. J'ai beaucoup appris en travaillant avec vous et beaucoup apprécié les stages que j'ai effectués à vos côtés.

Et à toutes les autres personnes qui me sont chères...

A mes parents, Jacques et Josette, qui nous ont toujours encouragées et soutenues tant dans nos choix professionnels que personnels. Vous y êtes pour beaucoup dans ce travail...

Nath, Yoyo&Noé, merci pour votre soutien...Au moindre moment de stress je savais que je n'avais qu'à vous téléphoner pour une longue discussion avec ma grande sœur, pour une blague de Yoyo, ou encore pour entendre le rire de Noé...Nath, je pense que c'est toi qui m'as donné l'envie de m'orienter vers des études de santé publique...

A ma grand-mère, Noëlle...C'est toujours avec beaucoup d'admiration que je pense à toi, ta force de caractère, ton esprit critique, ton humanisme, ton ouverture d'esprit...la liste est longue ! On a beaucoup à apprendre à tes côtés...

... et à tout le clan Mallinjoud-Encrenaz ...Wahou, quelle famille !

Noem, ça va faire combien de temps maintenant, 21 ans ? Tant de souvenirs...de la primaire au lycée, la coloc à Grenoble, tes voyages improvisés jusqu'à Bordeaux, la virée en AX jusqu'à Assise, les repas mémorables de la famille Donzella... On ne peut que souhaiter à tout le monde d'avoir une amie comme toi.

Charlotte, voilà, le petit Aurélien est né le jour où j'ai imprimé cette thèse (au passage, quel beau prénom !!!)...tu as tant à lui transmettre, ta sagesse, ta gentillesse, ta sincérité, ta pertinence...tout ce qui fait que tu as créé un grand vide en t'expatriant à Nice. Ton amitié compte beaucoup pour moi...

Larbi, merci de m'avoir protégée dans le climat hostile de la jungle d'Iguazu, d'avoir remis à leur place les papagaios railleurs, d'avoir su m'enseigner l'évolution des rhododendrons, merci pour ces dîners au Dragon d'Or ...ou sur le parvis de la médecine légale, pour cette soirée mémorable avec les supporters de Sochaux...et les folles soirées avec JBM, je ne t'oublie pas JB !

Mon Bif ! Toujours partant et motivé, que ce soit pour un festival "Gingivite" au milieu du foin, un WE Périgourdin, une bonne vieille soirée TV ou un film de Matthew Barney !

Sandy, toujours le mot qui fait rire et quelle énergie...en plus tu es une personne très généreuse et franche, c'est un plaisir et un peu toujours la fête de te voir, que ce soit en dehors, au détour d'un couloir ou pour le déjeuner. Ça me fait penser qu'il faut que je remercie la cafet INSERM !

Renaud, ma biquette ... le bon éclat de rire du jour me manque, reviens nous vite ! Merci aussi pour toutes ces discussions à refaire le monde...dans un couloir de l'isped, en terrasse, ou devant Urgences... En tout cas, c'est toujours un plaisir !

Françoise, même si on se voit moins, ça ne change pas l'affection que je te porte. Merci pour tous ces bons moments de « folie » !

Cécile, on a commencé notre thèse en même temps et ces trois années passées à tes côtés ont été très agréables ... J'ai beaucoup d'admiration pour ton intégrité et ta pertinence, qui font de toi une grande chercheuse.

Ben, Eric, Maïder, Sophie, Delphine, Tristan, Docteur Jérémie, Dricos, merci pour tous ces bons moments passés à vos côtés... et Dricos, merci pour tes conseils es stratégie !!!

A mes amis de MST...Juliette et le petit Maxence, futur star de la pop ! Marion et sa petite Ninon, Chonchon, Aurélie, Julien et ses conquêtes. Je ne peux que regretter qu'on ne se voie pas plus souvent.

Renaud, merci de m'avoir changé les idées avec le Wok !

Et à tous ces Rochois, Jean-Luc, Mud, Jean-Mi, Yannick, Julien, Tof, ...Sérieux, vous me manquez...

Je ne pouvais pas commencer cette thèse sans remercier le Ministère de l'éducation, de la recherche et des nouvelles technologies qui m'a financée pendant ces trois années, ainsi que le conseil régional d'Aquitaine qui a financé une partie de ce projet et qui m'offre la possibilité de poursuivre mes travaux grâce à une allocation post-doctorale.

Résumé

La co-occurrence des troubles liés à une substance psychoactive et d'autres troubles psychiatriques est très fréquente. Cela peut s'expliquer, entre autres, par une vulnérabilité à l'usage de substances psychoactives chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques du fait d'une possible automédication des symptômes psychologiques. Ainsi, le recours au soin en santé mentale, en se substituant à l'automédication, pourrait prévenir la survenue de troubles secondaires liés à une substance.

Les objectifs de ma thèse étaient les suivants :

- (1) examiner si le recours au soin en santé mentale modifiait la comorbidité entre les troubles liés à des substances et d'autres troubles psychiatriques.
- (2) estimer les proportions de personnes faisant un usage de substances psychoactives en réponse à un trouble psychiatrique, par trouble et par sexe dans la population générale française.
- (3) estimer dans quelle mesure l'usage de substances psychoactives en réponse à un trouble psychiatrique était combiné au recours au soin en santé mentale.
- (4) rechercher les facteurs associés à l'usage de substances psychoactives en réponse à des symptômes psychologiques.

Pour répondre au premier objectif, nous avons mené une étude préliminaire à partir d'un échantillon de 224 étudiants sélectionnés en fonction de leurs consommations de substances psychoactives. Les troubles psychiatriques (liés ou non à une substance) ont été évalués en utilisant le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Le recours au soin a également été documenté et incluait les consultations auprès d'un médecin généraliste, d'un psychiatre ou d'un psychologue. Nous avons modélisé le risque d'avoir un trouble lié à une substance au cours de la vie entière, en fonction du nombre de troubles non liés à une substance et du recours au soin. Comparés aux sujets qui n'avaient jamais eu de trouble non lié à une substance, ceux qui avaient eu deux de ces troubles sans avoir eu recours au soin étaient plus à risque d'avoir eu un trouble lié à une substance (RC=3,9). Cela n'était pas vérifié chez ceux qui n'avaient eu qu'un seul trouble non lié à une substance ou qui avaient eu deux de ces troubles en ayant recours au soin. Ces résultats suggèrent que le recours au soin

est associé à une diminution du risque de trouble lié à une substance chez les sujets ayant au moins deux troubles non liés à une substance. Cependant, l'échantillon était constitué d'étudiants volontaires et les effectifs étaient faibles, ce qui nous amène à penser que nos résultats manquaient de précision et pouvaient être biaisés.

Nous avons mené une deuxième étude dans laquelle nous avons étudié si le recours au soin modifiait l'association entre les troubles anxieux ou dépressifs au cours de la vie entière et le risque de problèmes d'alcool au cours des 12 derniers mois. L'échantillon était constitué de 6 518 adhérents de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale sélectionnés de manière aléatoire. Les diagnostics psychiatriques (liés ou non à une substance) ont été déterminés en utilisant le Composite International Diagnostic Interview Simplified (CIDIS). Le risque d'usage problématique d'alcool a également été évalué avec le CAGE, un test de dépistage des troubles liés à l'alcool. L'utilisation du soin en santé mentale incluait les consultations d'un professionnel de la santé, les séances de psychothérapie et les hospitalisations pour des symptômes anxieux ou dépressifs. Nous avons analysé le risque de problèmes d'alcool en fonction du nombre de troubles anxieux ou dépressifs et du recours au soin. Les sujets avec au moins un trouble anxieux ou dépressif étaient significativement plus à risque d'avoir des problèmes liés à l'alcool que ceux qui n'avaient jamais eu de tels troubles. Parmi ceux qui n'avaient eu qu'un seul trouble, le recours au soin était associé à un risque plus élevé d'avoir un problème d'alcool (RC = 2,7 contre 1,7 ; $p = 0,03$). Au contraire, parmi les sujets avec au moins deux troubles anxieux ou dépressifs, il était associé à un risque plus faible de problèmes d'alcool (RC = 3,3 contre 5,8 ; $p = 0,04$). Ces résultats suggèrent que le recours au soin serait associé à un plus faible risque de problème d'alcool chez les sujets avec au moins deux troubles anxieux ou dépressifs. Parmi les sujets avec un seul trouble anxieux ou dépressifs, les résultats peuvent être expliqués par une causalité inverse et par plusieurs niveaux de sévérité au sein même de ce groupe.

Les résultats de ces deux études, chez les sujets avec au moins deux troubles non liés à une substance, sont en accord avec notre hypothèse, en suggérant que le recours au soin serait associé à un plus faible risque de problèmes liés à des substances. Cependant, il faudrait rechercher si cette relation est causale à partir de données recueillies de manière prospective. Ces résultats montrent également l'importance de tenir compte de l'utilisation du soin en tant que facteur potentiellement modificateur de la comorbidité psychiatrique.

Nous avons mené une troisième étude pour répondre aux autres objectifs de la thèse. L'échantillon que nous avons étudié était constitué de 20 077 personnes majeures et sélectionnées de manière aléatoire dans quatre régions françaises. Ces sujets ont répondu à un questionnaire téléphonique dans lequel les diagnostics psychiatriques ont été déterminés en utilisant le CIDIS. Pour chaque trouble anxieux ou dépressif, il était demandé au sujet s'il avait consommé de l'alcool ou des drogues en réponse à ce trouble. Nous avons montré que le recours à des substances en réponse à un trouble était un phénomène non négligeable : entre 15 et 22 % chez les hommes (selon la région) et autour de 7 % chez les femmes. Cependant, les sujets ne se limitaient pas à faire un usage de substances psychoactives et souvent, ils le combinaient au recours au soin. Les hommes, les sujets qui n'étaient pas en couple et les plus jeunes avaient plus recours à des substances, en le combinant ou non au recours au soin. Les sujets âgés de moins de 30 ans avaient plus tendance à faire uniquement usage de substances en réponse à leur trouble que les sujets plus âgés. Les sujets qui présentaient deux troubles anxieux ou dépressifs et ceux dont le trouble s'accompagnait d'un fort retentissement fonctionnel avaient plus tendance à avoir recours au soin et à des substances. Ces deux associations suggèrent que plus l'état des sujets était sévère, plus ils essayaient plusieurs recours. Cette étude nous a également permis de montrer qu'une partie des sujets faisant un usage de substances en réponse à leur trouble avaient aussi recours au soin et seraient donc repérables dans ce cadre là. Cela concernait moins les hommes et les plus jeunes qui se limitaient plus souvent à l'usage de substances. Il faudrait donc les cibler par un autre moyen.

Ces études peuvent avoir une importante implication en terme de prévention des troubles liés à une substance. Pour cela, il faudrait tout d'abord rechercher si les associations que nous avons observées dans les deux premières études sont causales. Grâce à la troisième étude, nous avons identifié les profils des personnes à risque d'utiliser des substances en réponse à des symptômes psychologiques, ce qui permettrait de cibler des campagnes de prévention.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	3
RÉSUMÉ.....	10
LISTE DES ABREVIATIONS	19
INTRODUCTION.....	20
CHAPITRE 1 : ETAT DES CONNAISSANCES ET OBJECTIFS DE LA THÈSE.....	23
1. L'usage de substances psychoactives et les troubles liés à ces substances	24
1.1. Les différents comportements de consommation	24
1.1.1. L'usage simple	24
1.1.2. L'abus et la dépendance, des troubles psychiatriques	24
1.1.2.1. La dépendance.....	25
1.1.2.2. L'abus	26
1.2. Histoire naturelle.....	27
1.3. Etat des lieux de ces comportements	29
1.3.1. L'usage d'alcool et de cannabis en France	29
1.3.1.1. Usage d'alcool.....	29
1.3.1.2. Usage de cannabis	30
1.3.2. Données sur les troubles liés à une substance	31
1.3.2.1. L'Epidemiologic Catchment Area Survey.....	31
1.3.2.2. La National Comorbidity Survey	32
1.3.2.3. La National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.....	32
1.3.2.4. La European Study of the Epidemiology of Mental Disorders	32

2. La comorbidité psychiatrique	34
2.1. L'ampleur de la comorbidité psychiatrique.....	34
2.1.1. En population clinique	34
2.1.2. En population générale.....	35
2.2. Séquence temporelle des troubles	36
2.3. Mécanismes sous-jacents	38
2.3.1. Les modèles à facteur de risque commun	39
2.3.2. Les troubles liés à des substances, des troubles secondaires.....	39
2.3.2.1. L'hypothèse d'automédication et d'atténuation de la dysphorie.....	40
2.3.2.2. La théorie du coping.....	40
2.3.2.3. Vérification de ces mécanismes dans la littérature	42
2.3.3. Un modèle plus complexe, le modèle bidirectionnel	43
2.4. Hypothèses sur la comorbidité et implications en santé publique	44
3. Le recours au soin en santé mentale	46
3.1. La sous-utilisation des services de santé mentale	46
3.2. Facteurs associés au recours et au non recours au soin en santé mentale	47
3.2.1. Facteurs associés au recours au soin en santé mentale.....	47
3.2.2. Facteurs de non recours au soin en santé mentale.....	49
3.3. Recours au soin en santé mentale et troubles liés à une substance.....	49
4. Objectifs de la thèse.....	51

**CHAPITRE 2 : RECOURS AU SOIN EN SANTÉ MENTALE ET COMORBIDITE
PSYCHIATRIQUE 53**

**1. Etude préliminaire : comorbidité psychiatrique et recours au soin en
santé mentale chez le jeune adulte54**

1.1. Contexte et objectif..... 54

1.2. Méthodes 55

1.2.1. Sélection des sujets..... 55

1.2.1.1. Population source 55

1.2.1.2. La phase de pré-sélection 56

1.2.1.3. Sélection des sujets en fonction de leurs consommations de substances 57

1.2.2. Recueil des données 62

1.2.2.1. Les troubles psychiatriques 62

1.2.2.2. Le recours à l'aide et aux soins 63

1.2.2.3. Evaluation de la personnalité 64

1.2.3. Stratégie d'analyse 65

1.2.3.1. Variables créées..... 65

1.2.3.2. Analyse statistique..... 66

1.2.3.4. Autres variables explicatives..... 66

1.3. Résultats 67

1.3.1. Description de l'échantillon 67

1.3.2. Description du recours au soin 69

1.3.3. Prévalences des troubles liés à une substance en fonction des autres troubles
psychiatriques et du recours au soin..... 70

1.3.4. Analyse de la probabilité d'avoir un trouble lié à une substance..... 71

1.4. Discussion..... 74

2. Comorbidité psychiatrique avec les problèmes d'alcool et recours au soin en santé mentale chez l'adulte	78
2.1. Méthodes	78
2.1.1. Echantillon	78
2.1.1. Recueil des données	79
2.1.1.1. Les troubles mentaux	79
2.1.1.2. Les problèmes d'alcool	80
2.1.1.3. Utilisation du système de soin.....	81
2.1.1.4. Le soutien affectif.....	83
2.1.2. Variables.....	84
2.1.2.1. Variable dépendante.....	84
2.1.2.2. Variable explicative principale.....	85
2.1.2.3. Choix des périodes d'études (12 derniers mois et vie entière)	85
2.1.2.4. Autres variables explicatives.....	85
2.1.3. Analyse statistique.....	86
2.2. Résultats	87
2.2.1. Description	87
2.2.2. Associations entre les troubles anxieux et dépressifs et le risque de problèmes d'alcool	88
2.2.3. Associations entre les troubles anxieux et dépressifs, et le risque de problèmes d'alcool en fonction du recours au soin en santé mentale	89
2.3. Discussion.....	92
3. Conclusion du chapitre 2 et perspectives	97

CHAPITRE 3 : USAGE D'ALCOOL OU DE DROGUES EN REPONSE À UN TROUBLE PSYCHIATRIQUE.....	98
1. Objectifs de l'étude.....	99
2. Méthodes	100
2.1. Echantillon	100
2.1.1. Sélection des ménages.....	100
2.1.2. Sélection des individus.....	101
2.2. Organisation du terrain.....	102
2.3. Composition du questionnaire	102
2.3.1. Variables socio-démographiques	102
2.3.2. Les troubles mentaux	103
2.3.3. La spécificité des troubles liés à une substance et de l'épisode dépressif majeur	103
2.3.4. Recours en réponse à un trouble	104
2.3.5. Le retentissement fonctionnel lié à ces troubles.....	107
2.3.6. Le soutien affectif.....	108
2.4. Analyses statistiques.....	109
2.4.1. Description de l'échantillon.....	109
2.4.2. Description des recours en cas de trouble psychiatrique.....	110
2.4.3. Description de la combinaison entre le recours au soin et l'utilisation de substances psychoactives	111
2.4.4. Facteurs associés aux recours en cas de trouble psychiatrique	111
3. Résultats	114
3.1. Description de l'échantillon	114
3.2. Utilisation du système de soin et de substances psychoactives en réponse à un trouble	118

3.3. Description de la combinaison entre le recours au soin et l'utilisation de substances psychoactives	122
3.4. Facteurs associés au non recours au soin et aux substances psychoactives	126
4. Discussion	129
5. Conclusion	134
DISCUSSION ET CONCLUSION	135
REFERENCES	144
ANNEXES	162

Liste des Abréviations

- AAHB** : American Academy of Health Behavior
- AEP** : Association of European Psychiatrists
- APA** : American Psychiatric association
- CIDI** : Composite International Diagnostic Interview
- CIDIS** : Composite International Diagnostic Interview Simplified
- CIDI-SF** : Composite International Diagnostic Interview Short Form
- CIM-10** : dixième version de la Classification Internationale des Maladies
- DGS** : Direction Generale de la Santé
- DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins
- DSM-IV** : quatrième version du Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders
- ECA** : Epidemiologic Catchment Area survey
- ESEMeD** : European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
- ET** : Ecart-Type
- IC** : Intervalle de Confiance
- ICAA** : International Council on Alcohol and Addictions
- ICPE** : International Consortium on Psychiatric Epidemiology
- LS** : Lié à une Substance (pour un trouble psychiatrique)
- MGEN** : Mutuelle Générale de l'Education Nationale
- MILDT** : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies
- MINI** : Mini International Neuropsychiatric Interview
- NCS** : National Comorbidity Survey
- NCS-R** : National Comorbidity Survey Replication
- NESARC** : National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions
- NLS** : Non Lié à une Substance (pour un trouble psychiatrique)
- NR** : Non Renseigné
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- RC** : Rapport de Cotes
- SDS** : Sheehan Disability Scale
- STAPS** : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
- TCI** : Temperament and Character Inventory

INTRODUCTION

Les consommations de substances psychoactives sont très fréquentes et, pour certaines comme l'alcool, font même partie de notre culture. Lorsqu'elles deviennent problématiques et qu'elles ont des répercussions dans la vie du sujet, ces consommations peuvent remplir les critères de l'abus ou de la dépendance à une substance, définis comme des troubles mentaux dans les classifications internationales des troubles psychiatriques que sont le *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (American Psychiatric Association 1994) et la *Classification Internationale des maladies* (Organisation Mondiale de la Santé 1993). Ces troubles sont des préoccupations croissantes de santé publique. Outre la souffrance directement liée à l'état de dépendance ou d'abus, ces troubles peuvent avoir de graves conséquences : sur la santé (cirrhoses, cancers, maladies cardiovasculaires, accidents de la voie publique) mais aussi dans le domaine social (violences familiales, échecs scolaires ou encore perte d'un emploi). De grandes enquêtes sur la santé mentale utilisant des outils standardisés et menées en population générale ont montré que ces troubles étaient les plus fréquents des troubles psychiatriques, après les troubles anxieux et les troubles dépressifs. Dans l'Epidemiologic Catchement Area Survey, une des premières grandes enquêtes de ce type, il a été estimé qu'environ 17 % des Américains avaient déjà été dépendants d'une substance ou en avaient déjà fait un abus au cours de leur vie (Regier et al 1990). Un arsenal thérapeutique a donc été développé, permettant de diminuer la gravité de la dépendance, d'en éviter les complications, ou d'obtenir une rémission voire une guérison. Pour la dépendance aux opiacés, par exemple, cela s'est traduit par la mise sur le marché de traitements dits de substitution (essentiellement la buprénorphine et la méthadone). Ces traitements ont permis la prise en charge de la dépendance en elle-même, mais aussi la diminution des risques associés, comme le risque infectieux lié aux pratiques d'injection. Cet arsenal a été un outil essentiel de préventions secondaire et tertiaire et a fait l'objet de très nombreuses recherches. Ce n'est pas le cas de la prévention primaire : les recherches sur les facteurs d'entrée dans l'abus ou la dépendance sont beaucoup plus rares.

Des études, en population clinique ou en population générale, ont montré que les diagnostics d'abus et de dépendance avaient tendance à être associés à d'autres troubles psychiatriques. Plusieurs types de travaux soutiennent que l'usage problématique de substances psychoactives fait suite à ces autres troubles psychiatriques : les sujets souffrant de tels troubles seraient plus vulnérables à l'usage de substances psychoactives, du fait d'une tentative d'automédication de leurs symptômes psychologiques (Crutchfield and Gove 1984;

Khantzian 1985; Khantzian 1997). Une partie des consommations problématiques de substances pourrait donc être évitée par la prise en charge des troubles psychiatriques primaires. Grâce à cette prise en charge, le sujet n'aurait plus besoin de consommer ou consommerait moins de substances psychoactives pour soulager son mal-être. La plupart des études sur le recours au soin en santé mentale ont fait état d'une sous-utilisation de ces services et les analyses sur ce recours au soin concernaient essentiellement les facteurs associés à cette utilisation (ou non utilisation). Néanmoins, l'utilisation du système de soin en santé mentale n'a jamais été explorée dans une optique de prévention primaire ou secondaire de l'abus ou de la dépendance.

Cette thèse se situe dans ce contexte et nous l'avons articulée en trois chapitres. Dans un premier chapitre, nous avons défini les principaux concepts concernant l'usage de substances psychoactives, puis discuté l'association observée entre l'abus et la dépendance d'une part et les autres troubles psychiatriques d'autre part. Nous avons ensuite discuté le rôle du recours au soin dans cette relation. Dans un second chapitre, nous avons étudié l'effet d'un recours au soin sur la co-occurrence d'un abus ou d'une dépendance et d'un autre trouble psychiatrique. Enfin, dans un troisième chapitre, nous avons décrit l'usage de substances psychoactives en réponse à un trouble psychiatrique en population générale, puis recherché si ce comportement était combiné à l'utilisation du système de soin, et finalement, déterminé les facteurs associés à ce type d'usage.

Chapitre 1 :

ETAT DES CONNAISSANCES ET OBJECTIFS DE LA THÈSE

1. L'usage de substances psychoactives et les troubles liés à ces substances

1.1. Les différents comportements de consommation

1.1.1. L'usage simple

L'usage simple d'une substance psychoactive est défini comme une consommation expérimentale, occasionnelle ou régulière qui n'entraîne ni complication pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives pour les autres. C'est le cas des consommations occasionnelles et modérées qui concernent, par exemple, un nombre important d'usagers d'alcool. C'est également souvent le cas pour les adolescents et jeunes adultes qui expérimentent par curiosité, pour le plaisir ou pour imiter les autres (effet d'entraînement) et qui, dans la plupart du temps, s'en tiennent à ce type de consommations.

1.1.2. L'abus et la dépendance, des troubles psychiatriques

Lorsqu'elles deviennent problématiques, ces consommations de substances psychoactives peuvent remplir les critères de troubles définis dans les nomenclatures internationales des troubles psychiatriques telles que la quatrième version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) édité par l'American Psychiatric Association (APA) (American Psychiatric Association 1994) ou dans la dixième version de la *Classification Internationale des Maladies* (CIM-10) éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (Organisation Mondiale de la Santé 1993). Ces nomenclatures définissent deux troubles qui sont l'abus (appelé usage nocif dans la CIM-10) et la dépendance. Dans cette thèse, nous utilisons le terme générique de "trouble lié à une substance" pour représenter l'abus ou la dépendance à une substance psychoactive.

1.1.2.1. La dépendance

On définit la dépendance comme la situation d'assujettissement d'un individu à la prise d'une substance psychoactive : l'interruption de cette dernière entraîne un malaise psychique voir physique, qui pousse le sujet à pérenniser sa consommation.

Dans le DSM-IV, l'APA définit la dépendance comme un mode d'utilisation inapproprié d'une substance psychoactive, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif. Pour diagnostiquer la dépendance à une substance psychoactive, il faut que trois des critères suivants soient ou aient été présents au cours de l'année passée avec une persistance d'au moins un mois :

- désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
- difficultés à contrôler l'utilisation de la substance ;
- syndrome de sevrage physiologique, quand le sujet arrête ou diminue sa consommation ;
- mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : à dose constante, l'effet de la substance diminue ; le sujet doit alors augmenter sa consommation pour obtenir le même effet ;
- abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance, ou augmentation du temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets ;
- poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

La caractéristique essentielle de la dépendance est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré les problèmes de santé que cela entraîne. Le sujet utilise la substance de manière répétée, ce qui conduit en général à la tolérance, au syndrome de sevrage et à un comportement de prise compulsive. Cette définition de la dépendance est centrée sur l'individu et son comportement et non sur l'objet de la dépendance, qui est la substance psychoactive. Un diagnostic de dépendance à une substance peut s'appliquer à toutes les classes de substances, à l'exception de la caféine. Les symptômes de dépendance sont

semblables quelle que soit la catégorie de substance, sauf pour certaines classes pour lesquelles certains symptômes sont moins prononcés ou ne s'appliquent pas (par exemple, les symptômes de sevrage ne sont pas spécifiés pour les hallucinogènes). Dans cette thèse, nous nous sommes concentrés sur l'étude des consommations d'alcool et de substances illicites (essentiellement le cannabis).

La définition de la dépendance proposée par la CIM-10 n'est pas tout à fait la même que celle du DSM-IV. Elle condense les sept critères du DSM-IV en cinq critères et définit un sixième critère sur le désir puissant de consommer. Cependant, il a été montré que cette définition était concordante avec celle du DSM-IV (Grant 1996; Rounsaville et al 1993).

1.1.2.2. L'abus

En parallèle à la dépendance, l'APA définit l'abus d'une substance psychoactive comme un mode d'usage inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours des 12 derniers mois (American Psychiatric Association 1994) :

- la substance est utilisée de façon régulière aux dépens des obligations professionnelles, scolaires ou ménagères ;
- la substance est utilisée dans des conditions dangereuses (en conduisant, en travaillant sur une machine...) ;
- l'utilisation de la substance entraîne des problèmes avec la justice ;
- la substance est utilisée malgré tout en sachant qu'elle peut avoir des répercussions néfastes au point de vue social ou personnel.

Contrairement à la dépendance, les critères d'abus ne concernent que les conséquences néfastes de l'usage répété. D'après ce que recommande le DSM-IV, pour que l'abus soit diagnostiqué, il faut que ces symptômes n'aient jamais rempli les critères diagnostiques de dépendance, le diagnostic de dépendance ayant priorité sur celui d'abus.

Dans la CIM-10, l'abus défini par le DSM-IV est appelé usage nocif et les critères diagnostiques qui le définissent sont moins spécifiques que ceux du DSM-IV. Il est défini comme un mode de consommation d'une substance qui est préjudiciable pour la santé. Les complications peuvent être physiques (par exemple hépatite consécutive à des injections de substances psychoactives par le sujet lui-même) ou psychiques (par exemple épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool). Contrairement à la dépendance, la définition de l'usage nocif de la CIM-10 n'est pas concordante avec celle de l'abus du DSM-IV et il a été montré que l'utilisation des critères de la CIM-10 conduisait à de plus faibles prévalences que celles déterminées en utilisant les critères du DSM-IV (Grant 1996; Rounsaville et al 1993).

1.2. Histoire naturelle

Les liens entre les différents modes d'usage d'une substance peuvent être résumés par le schéma suivant :

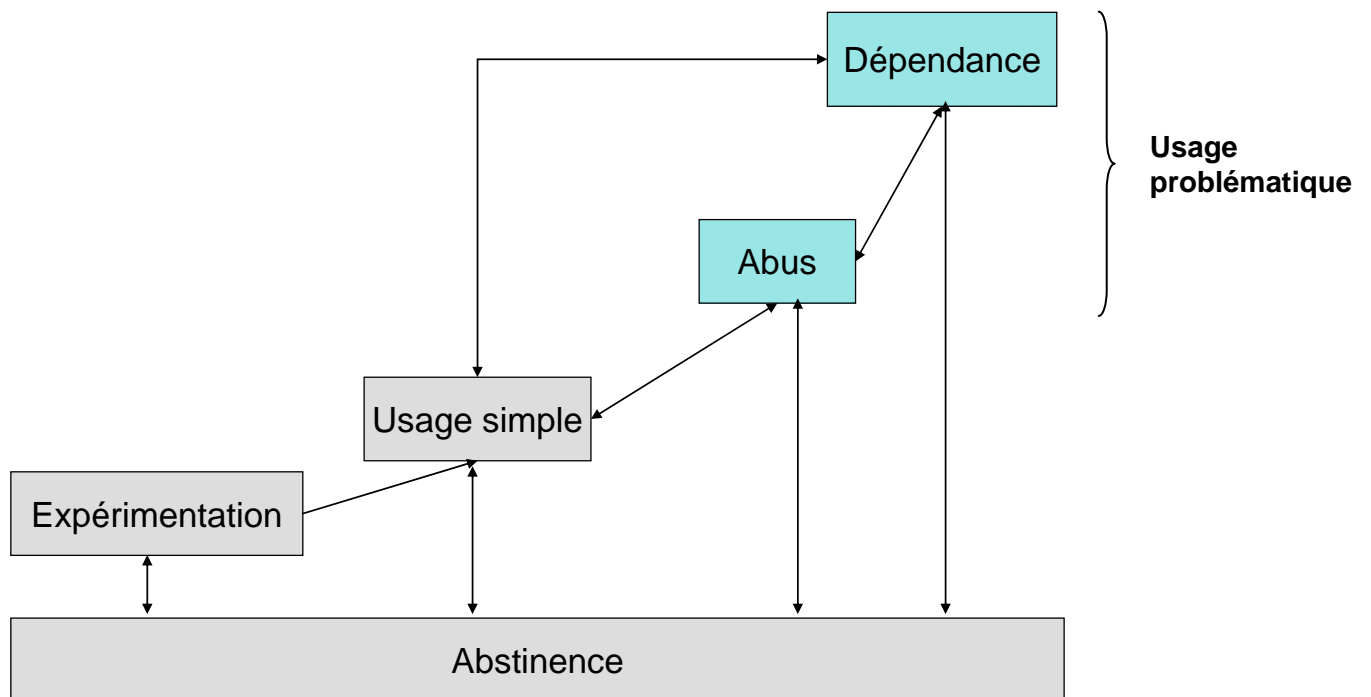


Figure 1. Histoire naturelle des consommations problématiques de substances psychoactives et liens entre les différents modes d'usage

Il existe une progression d'un état à un autre, avec une augmentation de la sévérité quand on passe de l'expérimentation à l'usage simple, de l'usage simple à l'abus et de l'abus à la dépendance. Plus on progresse d'un état à un autre, plus le retour à l'abstinence est difficile. La transition de l'usage simple à la dépendance ne passe pas forcément par une phase d'abus de la substance, comme on aurait tendance à la croire. Ainsi, certaines études ont décrit des cas de dépendance à une substance psychoactive sans pour autant que la personne ne remplisse les critères d'abus de la substance incriminée (Hasin and Grant 2004; Hasin et al 2005). Ces études ont montré que pour l'alcool, environ 15 % des personnes qui en avaient déjà été dépendantes n'avaient jamais rempli les critères d'abus et que cela était plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

Les probabilités de passage d'un état à un autre varient selon le type de substance consommé. Anthony et collègues ont calculé la proportion de sujets dépendants parmi le nombre d'expérimentateurs par substance, dans un échantillon aléatoire sélectionné en population générale aux Etats-Unis (Anthony et al 1994). Ces résultats sont décrits dans le tableau suivant.

Tableau 1.1. Prévalences estimées de l'expérimentation de différentes substances psychoactives et proportion de sujets dépendants parmi ceux qui ont déjà expérimenté la substance (source : Anthony et al 1994)

	Expérimentateurs* (%)	Proportion de dépendants parmi les expérimentateurs (%)
Tabac	75,6	31,9
Héroïne	1,5	23,1
Cocaïne	16,2	16,7
Alcool	91,5	15,4
Stimulants	15,3	11,2
Anxiolytiques	12,7	9,2
Cannabis	46,3	9,1
Analgésiques	9,7	7,5
Hallucinogènes	10,6	4,9
Inhalants	6,8	3,7

* Au moins une fois au cours de la vie

D'après leur étude, la substance au plus fort pouvoir addictif serait la nicotine : environ 30 % des gens qui l'avaient expérimentée en étaient devenus dépendants. Venaient ensuite l'héroïne, la cocaïne et l'alcool. Cependant, ces résultats ne s'expliquent pas uniquement par les propriétés pharmacologiques des substances, mais aussi par d'autres facteurs tels que la disponibilité de la substance, son coût, son acceptation sociale et des facteurs individuels (sexe, psychopathologie...), qui n'ont pas été pris en compte dans cette étude. Dans la littérature internationale, les probabilités de passage d'un état à un autre en tenant compte de tous ces facteurs n'ont jamais été calculées.

1.3. Etat des lieux de ces comportements

1.3.1. L'usage d'alcool et de cannabis en France

Pour dresser un état des lieux des consommations de substances psychoactives en France, nous pouvons nous appuyer sur les résultats du baromètre santé de l'année 2000. Il s'agit d'une enquête périodique menée auprès des 12-75 ans par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la santé (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – INPES 2001). Elle a été réalisée auprès de 13 959 individus interrogés par téléphone.

1.3.1.1. L'usage d'alcool

Seuls 3,5 % des 12-75 ans n'avaient jamais bu de boissons alcoolisées. Cependant, ces habitudes étaient différentes selon le sexe et l'âge : les hommes consommaient beaucoup plus d'alcool que les femmes et les fréquences de consommation étaient contrastées entre les générations.

Environ 20 % des sujets avaient consommé de l'alcool quotidiennement au cours des 12 mois précédant l'enquête. Chez les hommes ce comportement était presque trois fois plus fréquent que chez les femmes (28 % contre 11 %). Il était presque inexistant chez les 12-25 ans et devenait plus fréquent quand l'âge augmentait. La consommation hebdomadaire (au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois) était le mode de consommation le plus

citée des 20-44 ans (environ 60 % des hommes et 40 % des femmes). D'autre part, 16 % des personnes déclaraient au moins un épisode d'ivresse au cours des 12 mois précédant l'enquête (23 % des hommes et 8 % des femmes). Ce comportement était le plus fréquemment observé chez les 15-25 ans. Cette enquête ne permettait pas d'évaluer les troubles liés à l'alcool, mais un test de dépistage constitué de quatre questions (le DETA), permettait d'évaluer les consommations "à risque". Au total, 8,6 % des personnes interrogées étaient à risque de faire un usage problématique d'alcool. Ce risque était trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (13,3 % contre 4,4 %) et était le plus élevé entre 45 et 54 ans.

1.3.1.1. L'usage de cannabis

La substance illicite la plus souvent expérimentée était le cannabis : parmi les 15-75 ans, plus de 20 % en avaient déjà consommé. Cette prévalence était supérieure à celle observée pour les autres produits illicites (comprises entre 3 % pour les colles et solvants et moins de 1% pour l'héroïne). L'expérimentation était plus fréquente chez les hommes et dépendait de l'âge. Pour l'ensemble des 18-25 ans et des 26-44 ans, qui sont des tranches d'âge communes aux trois baromètres santé (1992, 1995 et 1999), le taux d'expérimentation du cannabis était en augmentation contrairement à ce qui était observé pour les autres produits illicites.

Parmi les 15-44 ans, on distinguait cinq catégories d'usagers : les abstinents (66 %), les anciens fumeurs qui avaient déjà consommé du cannabis mais pas au cours de l'année précédant l'enquête (21 %), les usagers occasionnels qui en avaient consommé entre une et neuf fois au cours de l'année écoulée (6 %), les usagers répétés qui en avaient consommé au moins dix fois au cours de l'année écoulée (4 %) et enfin, les usagers réguliers qui en avaient consommé au moins dix fois au cours des 30 jours précédant l'enquête (3 %).

Cette enquête montre que les consommations de substances sont très fréquentes, en particulier les consommations d'alcool qui concernent presque la totalité de la population française. En revanche, cette enquête ne permettait pas de savoir dans quelle mesure ces consommations étaient pathologiques (à savoir si les sujets souffraient d'abus ou de dépendance à une de ces deux substances).

1.3.2. Données sur les troubles liés à une substance

Les prévalences des troubles liés à une substance (alcool et substances illicites) peuvent être renseignées grâce aux grandes enquêtes sur la santé mentale menées en population générale dans le monde entier (Bromet et al 2005; Demyttenaere et al 2004; Foliaki et al 2006; Gureje et al 2006; Jacobi et al 2004 ; Karam et al 2006; Kawakami et al 2005; Medina-Mora et al 2005; Oakley Browne et al 2006; Pirkola et al 2005; Shen et al 2006). Toutes ces enquêtes sont fondées sur de grands échantillons aléatoires représentatifs de la population générale et sur la détermination des diagnostics psychiatriques à partir de critères précis du DSM et en utilisant un instrument diagnostic standardisé. Dans cette partie, nous avons choisi de détailler quatre de ces enquêtes menées aux Etats-Unis et en Europe. Les prévalences des troubles liés à des substances estimées dans les autres études sont présentées en annexe.

1.3.2.1. L'Epidemiologic Catchment Area Survey

Une des premières grandes enquêtes de ce type est l'Epidemiologic Catchment Area Survey (enquête ECA) qui a été conduite aux Etats-Unis sous l'égide du National Institute of Mental Health (NIMH) (Regier et al 1990). Pour cette enquête, 20 291 individus sélectionnés au hasard sur cinq sites ont été interrogés. Cet échantillon incluait des personnes en détention ainsi que des personnes en institution. Les diagnostics psychiatriques ont été déterminés en utilisant le Diagnostic Interview Schedule (DIS) qui est un questionnaire structuré mis au point pour cette enquête (Robins et al 1981). Cet outil permettait d'évaluer les troubles psychiatriques selon les critères diagnostiques de la troisième version du DSM, version disponible à ce moment là. Il s'agissait, dans cette enquête, d'estimer la prévalence et l'incidence des troubles psychiatriques. En combinant et en pondérant les données concernant la population générale et les personnes vivant en institution dans les cinq sites, cette enquête a permis d'estimer que 16,7 % des Américains avaient déjà eu un trouble lié à une substance. Ces prévalences étaient égales à 6,1 % au cours des six mois précédant l'enquête et à 3,8 % si on restreignait la période d'investigation aux 30 jours précédant l'enquête.

1.3.2.2. La National Comorbidity Survey

La National Comorbidity Survey (NCS) a été menée par l'équipe de Kessler (Kessler et al 1997; Kessler et al 1994) et répliquée une décennie plus tard dans le cadre de la National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) (Kessler et al 2004; Kessler and Merikangas 2004). Cette dernière a été réalisée auprès d'un échantillon de 9 282 Américains âgés de 18 ans ou plus. Les personnes vivant en institution ou en détention n'ont pas été incluses dans l'étude. Les diagnostics psychiatriques ont été établis en utilisant le Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (World Health Organization 1990) basé sur les critères diagnostics du DSM-IV et de la CIM-10. Ces entretiens ont été réalisées en face-à-face par des enquêteurs formés. Cette enquête a montré qu'au cours de leur vie, 14,6 % des Américains avaient déjà eu un trouble lié à une substance (Kessler et al 2005a). Ils étaient 3,8 % à avoir eu ce genre de trouble au cours des 12 mois précédant l'enquête (Kessler et al 2005b).

1.3.2.3. La National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions

Une des autres grandes enquêtes de ce type est la National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) conduite par le National Institute on Alcohol abuse and alcoholism en 2001-2002 (Grant et al 2004b). L'échantillon était constitué de 43 093 adultes. Il n'incluait pas de personnes vivant en prison ou en institution, mais en revanche, il incluait des personnes vivant dans des bases militaires, des foyers ou des motels. Tout comme dans l'enquête précédente, les diagnostics psychiatriques ont été déterminés en utilisant le CIDI. La prévalence des troubles liés à une substance au cours des 12 derniers précédant l'enquête était égale à 9,4 %.

1.3.2.4. La European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

En Europe, une collaboration a été mise en place pour mener ce même type d'enquête dans le cadre de la European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). Cette enquête a été menée en population générale auprès de 21 425 adultes, dans six pays européens

(Allemagne, Belgique, Espagne, France, Italie et Pays-Bas). Les sujets en institution ou en détention n'ont pas été inclus dans l'étude. Les diagnostics psychiatriques ont été déterminés en utilisant le CIDI lors d'interviews réalisés entre janvier 2001 et août 2003 au domicile des sujets, par des enquêteurs formés. Ont été déterminés uniquement les troubles liés à l'alcool, les troubles anxieux et les troubles dépressifs au cours de la vie entière et au cours des 12 mois précédant l'enquête (Alonso et al 2004b). Parmi les sujets interrogés, 5,2 % avaient déjà eu un trouble lié à l'alcool et cette prévalence était égale à 1,0 % au cours des 12 mois précédant l'enquête (Alonso et al 2004a). Au sein de l'échantillon français, ces prévalences étaient respectivement égales à 5,7 et 0,8 % (Lepine et al 2005).

Ces quatre enquêtes montrent que ces troubles sont fréquents. Il s'agit d'ailleurs des troubles psychiatriques les plus fréquents en population générale, après les troubles anxieux et les troubles de l'humeur.

Les consommations de substances psychoactives sont donc un phénomène non négligeable et qui peut atteindre des niveaux cliniquement très sévères, en cas d'abus ou de dépendance. Le passage de l'expérimentation aux formes pathologiques de ces consommations (abus ou dépendance) dépend de nombreux facteurs liés à la substance, à l'environnement et à l'individu. Parmi ce dernier type de facteurs, la psychopathologie semblerait jouer un rôle important.

2. La comorbidité psychiatrique

Il existe un lien très fort entre les troubles psychiatriques non liés à une substance et l'abus et la dépendance. La co-occurrence de ces troubles est très fréquente, que ce soit chez l'adulte, le jeune adulte ou l'adolescent. Cette comorbidité psychiatrique a été démontrée par de nombreux travaux. Dans cette thèse, nous nous sommes tout particulièrement intéressés au lien entre les troubles anxieux ou de l'humeur et les troubles liés à une substance (alcool ou substances illicites), ces trois types de troubles étant les plus fréquemment rencontrés en population générale. Les définitions des principaux troubles anxieux et de l'humeur de DSM-IV sont données en annexes.

Nous aborderons dans un premier temps les enquêtes qui ont démontré cette comorbidité psychiatrique, en population clinique puis en population générale. Dans un second temps, nous discuterons l'ordre de survenue des troubles impliqués dans cette comorbidité, puis des mécanismes sous-jacents. Enfin, nous concluons sur la comorbidité psychiatrique, en exposant les hypothèses que ces travaux nous ont permis de formuler.

2.1. L'ampleur de la comorbidité psychiatrique

2.1.1. En population clinique

De nombreuses études récentes, menées sur des échantillons de patients pris en charge pour des troubles anxieux ou de l'humeur, ont rapporté des taux élevés de comorbidité avec des troubles liés à une substance (Denys et al 2004; Rodriguez et al 2004; Sorvaniemi and Hintikka 2005; Swadi and Bobier 2003). De même, cette comorbidité a été très fréquemment décrite dans des échantillons de personnes en traitement pour des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives (Arendt and Munk-Jorgensen 2004; Brooner et al 1997; Krausz et al 1999; Langeland et al 2004; Rodriguez-Llera et al 2006; Schneider et al 2001).

Cependant, dans ces études, les échantillons et les méthodes sont très souvent différentes, ce qui rend la comparaison des résultats difficile. Ces différences peuvent s'expliquer par les caractéristiques des études : les méthodes d'évaluation sont diverses et les échantillons diffèrent selon les profils diagnostiques, que ces échantillons soient issus de populations

hospitalisées, ambulatoires ou provenant d'autres réseaux de soin. De plus, les méthodes de recueil de données sur l'usage de substances psychoactives et les troubles psychiatriques ne sont pas les mêmes et ne concernent pas toujours les mêmes périodes de temps. Même si ces enquêtes sont plus faciles à mettre en œuvre que celles menées en population générale, elles ont l'inconvénient majeur d'être conduites dans des populations en soin, donc dans un état plus sévère. Cela conduit donc à une sur-estimation de la comorbidité psychiatrique entre les troubles anxieux ou de l'humeur d'une part et ceux liés à une substance d'autre part, sur-estimation qui a été vérifiée dans la littérature (Weaver et al 2003). De plus, ces populations ont un profil particulier car elles sont composées de personnes qui ont fait une démarche de soin, laquelle est loin d'être systématique dans la population générale en cas de troubles psychiatriques.

2.1.2. En population générale

En parallèle, les taux de comorbidité psychiatriques ont été estimés en population générale dans le cadre des grandes enquêtes sur la santé mentale. Ces études ont montré qu'il y avait une association qui ne pouvait pas être due au hasard entre les troubles psychiatriques non liés à une substance et ceux liés à une substance, que ce soit au cours de la vie entière ou au cours des 12 derniers mois (Bromet et al 2005; Conway et al 2006; Currie et al 2005; Grant et al 2004b; Grant et al 2004c; Jacobi et al 2004; Pirkola et al 2005; Scott et al 2006; Wang and El-Guebaly 2004). Cette comorbidité a été décrite dans le cadre des études présentées en première partie et ce sont ces résultats que nous présentons ici.

Dans l'enquête ECA, les associations les plus fortes avec un trouble lié à une substance étaient observées pour les troubles psychotiques et les troubles bipolaires. Ces associations ont pu être tout particulièrement étudiées à partir des données de cette enquête car les personnes en détention et surtout en institution ont été incluses dans l'échantillon. Cette enquête a également montré que parmi les sujets qui avaient déjà eu un trouble lié à l'alcool au cours de leur vie, 13,4 % avait également eu un trouble dépressif (RC=1,9) et 19,4 % un trouble anxieux (RC=1,5). Parmi les sujets qui avaient eu au cours de leur vie un trouble lié à une substance psychoactive illicite, 26,4 % avaient déjà eu un trouble dépressif (RC=4,7) et 28,3 % un trouble anxieux (RC=2,5). Cette comorbidité était donc plus forte pour les troubles

anxieux par rapport aux troubles dépressifs et pour les troubles liés à une substance illicite par rapport aux troubles liés à l'alcool.

Dans l'enquête NCS-R, la comorbidité a été étudiée en calculant les coefficients de corrélations tétrachoriques entre les différents troubles psychiatriques au cours des 12 derniers mois (Kessler et al 2005b). Parmi les troubles anxieux ou dépressifs, celui qui était le plus fortement associé à l'abus d'alcool, à la dépendance à l'alcool et à l'abus d'une substance psychoactive illicite était le trouble (hypo)maniaque (les coefficients de corrélation étaient respectivement égaux à 0,37 ; 0,41 et 0,43) et le trouble le plus associé à la dépendance à une substance psychoactive illicite était la dysthymie (0,56).

Dans l'enquête NESARC, parmi les gens avec un trouble lié à une substance au cours des 12 derniers mois, 19,7 % avaient un trouble de l'humeur (contre 8,1 % parmi les sujets sans trouble lié à une substance) et 17,7 % avaient un trouble anxieux (contre 10,4 % parmi les sujets sans trouble lié à une substance).

Enfin, dans l'enquête ESEMeD, 20,8 % des sujets avec un abus d'alcool avaient également un trouble anxieux ou dépressif. Cette comorbidité était plus importante chez les femmes que chez les hommes : 34,5 % des femmes avec un abus d'alcool avaient un trouble anxieux ou dépressif comorbide contre 19,0 % chez les hommes ayant un abus d'alcool. De même, 27,7 % des sujets avec une dépendance à l'alcool avaient un trouble anxieux ou dépressif comorbide. Parmi les personnes ayant une dépendance, cela concernait 58,2 % des femmes et 18,0 % des hommes. D'autre part, l'association la plus forte était observée entre l'anxiété généralisée et la dépendance à l'alcool (Alonso et al 2004d).

2.2. Séquence temporelle de ces troubles

Dans certaines de ces études en population générale, l'âge de survenue des troubles psychiatriques a été collecté. Ces études ont suggéré que les troubles non liés à une substance débutaient à un âge plus jeune que les troubles liés à une substance (Kessler 2004; Kessler et al 2005a; Sareen et al 2001; Swendsen et al 1998; Zimmermann et al 2003). Cela serait d'autant plus vrai chez les femmes et chez les sujets jeunes, pour les troubles externalisés

(comme l'hyperactivité et les troubles des conduites), les troubles anxieux et dans une moindre mesure pour les troubles de l'humeur.

L'analyse prenant en compte le délai de survenue de ces troubles a montré que les troubles externalisés et les troubles anxieux survenaient à un âge médian se situant respectivement dans l'enfance et le début de l'adolescence alors que les troubles liés à une substance avaient tendance à survenir à un âge médian se situant entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte. Les troubles de l'humeur survenaient à un âge médian se situant au début de l'âge adulte (WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology 2000). Pour les troubles externalisés ainsi que les troubles anxieux, l'intervalle inter-quartile est d'environ 10 ans, alors qu'il est de plus de 20 ans pour les troubles de l'humeur. Il est donc plus difficile de tirer des conclusions quant à l'âge de survenue de ces derniers troubles.

Il est également intéressant d'étudier les distributions de l'âge de survenue des troubles pour les sujets pour lesquels le trouble lié à une substance était survenu après un autre trouble psychiatrique (non lié à une substance). La figure 2 représente une telle distribution à partir de l'enquête NCS. L'âge médian de survenue du trouble primaire était égal à 11 ans alors qu'il était égal à 21 ans pour les troubles liés à une substance. Pour 50 % des personnes, la différence médiane entre l'âge de survenue du trouble primaire et celle du trouble secondaire se situait entre cinq et 10 ans (intervalle interquartiles = [5 ;10]) (Kessler et al 1996).

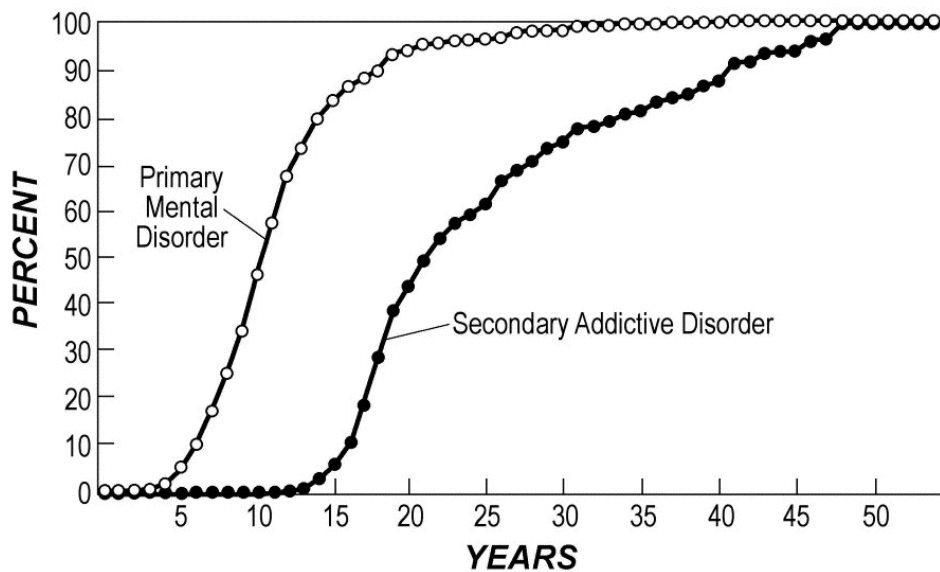


Figure 2 : Fréquences cumulées de l'âge de survenue du premier trouble psychiatrique non lié à une substance et du premier trouble lié à une substance parmi les sujets de l'enquête NCS ayant une comorbidité psychiatrique avec un trouble lié à une substance secondaire

Source : Kessler 2004

L'étude de l'âge de survenue des troubles psychiatriques nous a conduit à conclure à une antériorité des troubles non liés à une substance, en particulier pour les troubles anxieux

2.3. Mécanismes sous-jacents

La littérature psychiatrique utilise le terme de comorbidité pour évoquer la concomitance de deux types de troubles psychiatriques, mais elle reste plutôt muette sur leur caractère interdépendant ou non. Plusieurs types de modèles étiologiques ont été proposés afin d'expliquer la comorbidité. Ainsi, trois grandes familles de modèles étiologiques permettraient d'expliquer une relation avec antériorité du trouble non lié à une substance : le modèle de comorbidité par facteur de risque commun, les modèles causaux dans lesquels les consommations de substances seraient induites par les troubles psychiatriques non liés à une

substance et le modèle bidirectionnel qui est un modèle plus complexe dans lequel les consommations de substances psychoactives sont favorisées par les troubles non liés à une substance, mais aussi exacerbent les symptômes des troubles psychiatriques non liés à une substance (Degenhardt et al 2003; Moggi 2005; Morris et al 2005; Mueser et al 1998).

2.3.1. Les modèles à facteur de risque commun

Dans le modèle de comorbidité par facteur de risque commun, l'usage de substances et les autres troubles psychiatriques partagent le même facteur de risque, comme un facteur génétique, la personnalité anti-sociale, le niveau socio-économique ou un dysfonctionnement cognitif (Kushner et al 2000; Mueser et al 1998). Etant donné la forte composante familiale de ces troubles, des chercheurs ont supposé que ce troisième facteur pouvait être transmis ou présent au sein d'une même famille (Merikangas et al 1996). Ce troisième facteur serait alors un facteur prédisposant aux deux types de troubles, biologique ou non (famille éclatée, abus ou négligences) ou une exposition prénatale (consommation d'alcool par la mère). Cette explication de la comorbidité est une des plus complexes à examiner du fait de la multitude de facteurs susceptibles d'être le troisième facteur. D'autre part, la plupart des analyses menées sur le lien entre un trouble non lié à une substance et un trouble lié à une substance étaient ajustées sur de nombreux facteurs et dans la plupart des cas, les associations restaient significatives après cet ajustement, ce qui tendrait à invalider le modèle à facteur de risque commun. Cette persistance du lien significatif pourrait s'expliquer par un choix erroné des facteurs communs potentiels, ou bien par une relation entre les troubles indépendante d'un facteur commun..

2.3.2. Les troubles liés à des substances, des troubles secondaires

D'autres modèles étiologiques proposent que les troubles liés à des substances soient secondaires et favorisée par d'autres troubles psychiatriques. L'utilisation de substances psychoactives serait un moyen d'alléger les symptômes des troubles psychiatriques non liés à des substances. D'autres études ont également décrit l'utilisation de substances comme un

moyen de gérer des symptômes psychologiques ("coping"). Ce type de relation a été étudié dans la littérature dans le cadre d'études prospectives.

2.3.2.1. L'hypothèse d'automédication et d'atténuation de la dysphorie

Les mécanismes de cause à effet d'après lesquels les troubles psychiatriques favoriseraient la consommation de substances psychoactives sont illustrés par l'hypothèse d'automédication, selon laquelle la consommation de substances psychoactives viserait à soulager des symptômes psychologiques et l'individu choisirait une substance donnée en fonction de ses propriétés pharmacologiques (Khantzian 1985; Khantzian 1997). Cependant, l'hypothèse selon laquelle le sujet choisirait une substance en fonction de ses propriétés pharmacologiques a été critiquée du fait que ce choix dépend de nombreux autres facteurs (disponibilité sur le marché, prix, acceptation sociale...). Le modèle d'atténuation de la dysphorie ("alleviation of dysphoria") est une extension du modèle d'automédication, la dysphorie étant définie ici comme une souffrance psychique. Ce modèle suppose que les individus présentant des troubles psychiatriques sont susceptibles de ressentir des affects négatifs qui favoriseraient la consommation de substances : les individus consommeraient des substances pour se sentir mieux, sans que cette consommation ne soit nécessairement motivée par les propriétés pharmacologiques de la substance.

2.3.2.2. La théorie du coping

Cette hypothèse de consommation de substances pour soulager des symptômes psychologiques a été corroborée par des travaux décrivant les consommations de substances psychoactives comme un moyen de coping.

Il existe une grande diversité des modes de réponses qu'un sujet peut mettre en place quand il est confronté à une situation perçue comme aversive. Ces réponses constituent les stratégies d'ajustement ou de coping. Selon la conception dynamique du stress, le coping est envisagé comme un processus cognitif et comportemental qu'un individu interpose entre lui et l'agression pour maîtriser ou diminuer l'impact de celle-ci sur son bien-être physique et psychologique (Lazarus and Launier 1978). Cette agression peut être un stress ou encore des

symptômes de troubles psychiatriques. On peut classer les stratégies de coping en plusieurs types :

- la résolution du problème, y compris la recherche d'information
- l'esprit combatif ou l'acceptation de la confrontation
- la prise de distance ou la minimisation des menaces
- la réévaluation positive
- l'auto-accusation
- la fuite-évitement (par exemple par la consommation de substances psychoactives)
- la recherche d'un soutien affectif
- la maîtrise de soi

Ces stratégies ne sont pas exclusives et un sujet peut avoir recours à plusieurs de ces stratégies ou passer de l'une à l'autre. L'évitement constitue la stratégie la plus fréquemment utilisée. Il peut s'agir d'activités de substitution à expression comportementale ou cognitive (activités sportives, jeux, relaxation, loisirs). Elles permettent de diminuer la tension émotionnelle et aident l'individu à se sentir mieux. Ce type de stratégie peut-être efficace quand il est associé à la confrontation avec l'événement stressant. Un autre groupe de stratégies d'évitement est moins adapté : c'est le cas de la fuite qui consiste, par exemple, à consommer des substances psychoactives. La fuite ne procure qu'un répit temporaire et s'avère peu efficace si la situation menaçante persiste.

L'hypothèse selon laquelle l'usage de substances psychoactives peut être considéré comme un moyen de coping des symptômes des troubles psychiatriques a été décrite dans la littérature (Crutchfield and Gove 1984). Dans une étude canadienne en population générale, il a été décrit que 18 % des sujets avec un trouble panique déclaraient consommer de l'alcool pour lutter contre le stress, contre 11 % des sujets en population générale (Ramage-Morin 2004). Cela est en accord avec les résultats d'études décrivant les interventions auxquelles les individus ont recours en réponse à des symptômes psychologiques. Dans une étude australienne réalisée en population générale, la première intervention à laquelle les sujets déclaraient avoir eu recours en cas de déprime était de boire de l'alcool (Jorm et al 2000).

2.3.2.3. Vérification de ces mécanismes dans la littérature

La simple étude de l'âge de survenue des troubles est insuffisante pour en déduire que les troubles psychiatriques primaires prédisent la survenue des troubles liés à une substance. Afin de mieux documenter cette relation, des analyses de survie ont été réalisées dans lesquelles les troubles non liés à une substance étaient traités comme une covariable dépendante du temps pour prédire la survenue du trouble lié à une substance (Kessler et al 2003; WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology 2000). Les associations entre un trouble psychiatrique non lié à une substance et la survenue d'un usage d'alcool ou d'une substance illicite, de problèmes liés à ces substances et d'une dépendance ont été étudiées. Dans tous les cas, il y avait une association significative entre le trouble non lié à une substance et la survenue d'un usage, de problèmes ou d'une dépendance à une substance. D'autre part un trouble psychiatrique non lié à une substance pris en charge avait beaucoup moins d'effet sur la survenue des consommations de substances psychoactives, qu'elles soient problématiques ou non. Les phobies avaient un effet plus faible que les autres troubles anxieux et les troubles bipolaires avaient beaucoup plus d'effet sur la survenue des troubles liés à une substance que les autres troubles de l'humeur. D'autre part ces mesures d'association étaient plus élevées pour les femmes que pour les hommes.

Cependant, les résultats de ces études transversales dans lesquelles on demande au sujet des informations sur l'âge de survenue de ses troubles peuvent être entachés par un biais de mémorisation dont il faut s'affranchir en utilisant des données recueillies dans le cadre d'enquêtes prospectives.

Les résultats sont plus inconstants dans ces études prospectives sur la séquence temporelle entre les troubles anxieux ou de l'humeur et les troubles liés à une substance. Au cours d'un suivi de 13 ans de l'échantillon de Baltimore de l'enquête ECA, Crum et Pratt n'ont pas retrouvé d'effet prédictif de la phobie sociale pour expliquer la survenue d'un trouble lié à l'alcool (Crum and Pratt 2001). Cependant, dans cette étude, les sujets avaient pour la plupart dépassé l'âge auquel surviennent en général les troubles liés à l'alcool, ce qui pourrait expliquer cette absence d'association. Zimmerman et collègues ont mené le même genre d'étude chez des sujets plus jeunes, en suivant pendant quatre ans des adolescents et des jeunes adultes issus de la population générale. La phobie sociale et le trouble panique à l'inclusion prédisaient la survenue d'un trouble lié à l'alcool, alors que les autres troubles

anxieux n'étaient pas associés à la survenue d'un tel trouble (Zimmermann et al 2003). Dans une autre étude, Kaplow et collègues ont étudié le rôle de l'anxiété et de la dépression dans la survenue de l'usage d'alcool chez des adolescents. Ils ont montré que les jeunes ayant des troubles dépressifs étaient plus à risque de commencer à boire, association qu'ils n'ont pas retrouvée pour l'anxiété (Kaplow et al 2001). Dans une autre étude à partir de l'échantillon de Baltimore de l'enquête ECA, Dixit et collègues ont étudié chez les femmes le lien entre la dépression et le fait d'avoir bu plus de cinq verres en une seule occasion au cours des 30 derniers jours. Après un an de suivi, celles qui avaient déjà eu une dépression à l'inclusion étaient plus à risque d'avoir bu que les autres (Dixit and Crum 2000). De même, Wang et collègues dans une étude en population générale au Canada ont montré que la dépression était un facteur de risque de survenue de problèmes d'alcool chez les femmes, alors qu'ils n'ont pas trouvé cette relation chez les hommes (Wang and Patten 2001). Enfin, toujours à partir de l'échantillon de l'enquête ECA, Gilman et collègues ont étudié l'association entre la dépression et la survenue d'une dépendance à l'alcool après un an de suivi. Ils ont étudié l'effet des diagnostics psychiatriques de dépression et du nombre de symptômes dépressifs à l'inclusion. Chez les hommes, comme chez les femmes un diagnostic de dépression au début du suivi n'était pas associé à la survenue d'une dépendance à l'alcool alors que le nombre de symptômes dépressifs l'était significativement chez les femmes uniquement (Gilman and Abraham 2001).

Les résultats des études prospectives sur une association entre un trouble anxieux ou dépressif à l'inclusion et la survenue d'un trouble lié à une substance sont inconstants. Pour certaines comorbidités, telle que celle qui a pu être observée entre la phobie sociale et les troubles liés à l'alcool, il semble acquis que la phobie sociale soit le trouble primaire (Morris et al 2005). A l'opposé, ce type de consensus est encore loin d'être atteint pour expliquer la comorbidité entre la dépression et les consommations de cannabis (Degenhardt et al 2003).

2.3.3. Un modèle plus complexe, le modèle bidirectionnel

Biologiquement, cette atténuation des symptômes psychologiques par les consommations de substances psychoactives a été vérifiée. Cependant, ces travaux montrent également qu'à plus long terme, les consommations de substances psychoactives sont associées à une exacerbation

de certains symptômes psychologiques tels que ceux de la dépression ou de l'anxiété et du stress (Sayette 1999, Kushner, 2000). Les troubles psychiatriques pourraient donc être induits ou maintenus par les consommations de substances psychoactives. Le lien entre les troubles liés à une substance et les autres troubles psychiatriques pourrait donc être expliqué par un modèle plus complexe dans lequel il existe une relation causale entre les troubles non liés à une substance et ceux qui le sont, sans que cette relation soit unilatérale. Les troubles non liés à une substance entraîneraient des consommations de substances psychoactives, puis seraient entretenus par ces consommations de substances.

2.4. Hypothèses sur la comorbidité et implications en santé publique

A la lecture de ces travaux sur la comorbidité, nous avons supposé que, pour certains sujets, les troubles liés à des substances étaient des troubles secondaires à d'autres troubles psychiatriques, qui seraient ainsi un facteur de risque d'entrée dans l'abus ou la dépendance. De plus nous avons supposé que d'une part, ces troubles étaient des facteurs de risque dans le sens où les consommations de substances seraient motivées par une volonté d'atténuer des symptômes psychologiques et que, d'autre part, ces troubles seraient entretenus par les consommations de substances psychoactives.

Ainsi, si ces hypothèses s'avèrent vérifiées, toute prise en charge des troubles psychiatriques initiaux non liés à une substance psychoactive devrait entraîner une diminution des consommations de substances psychoactives et permettrait de prévenir la survenue d'abus ou de dépendance à une substance psychoactive (prévention primaire) ou en diminuerait la gravité (prévention secondaire). En effet, si le sujet a recours au soin, il est fort probable qu'il soit soulagé de ses symptômes et que son besoin d'automédication soit diminué.

Nos hypothèses peuvent être résumées par le schéma suivant :

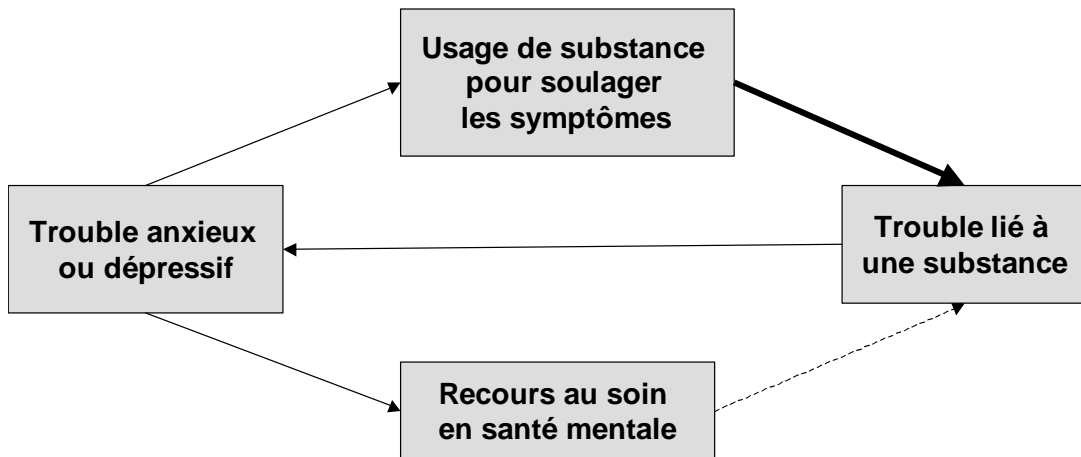


Figure 3. Schéma des hypothèses de la thèse sur les liens entre troubles psychiatriques, recours au soin et troubles liés à une substance

Kessler et collègues ont montré à partir des données de l'International Consortium on Psychiatric Epidemiology (ICPE), qu'environ 40 % des cas de dépendance à l'alcool et environ 50 % des cas de dépendance à une substance illicite seraient attribuables à des troubles psychiatriques primaires si la relation s'avérait causale (Kessler et al 2003). Un trouble psychiatrique étant un facteur de risque modifiable par une prise en charge, on peut en déduire qu'au moins 40 % des cas de dépendances pourraient être évités grâce à une prise en charge efficace du trouble psychiatrique primaire.

3. Le recours au soin en santé mentale

3.1. La sous-utilisation des services de santé mentale

Toutes les études sur le recours au soin en santé mentale font état d'une sous-utilisation de ces services. Dans une revue de la littérature, Kohn et collègues ont calculé la proportion de non recours au soin en réponse à un trouble psychiatrique (le terme anglo-saxon utilisé étant le "treatment gap"), en utilisant les données d'enquêtes réalisées dans le monde entier en utilisant des outils diagnostiques standards (Kohn et al 2004). Cette proportion a été calculée pour chaque trouble i à partir de chaque enquête c grâce à la formule suivante :

$$G_i = \frac{\sum_{c=1}^k [(1 - S_{ci}) R_{ci} P_c]}{\sum_{c=1}^k [R_{ci} P_c]}$$

Dans cette formule, S_{ci} représente le taux d'utilisation du soin en santé mentale pour le trouble i dans l'enquête c , R_{ci} la prévalence du trouble i dans l'enquête c et P_c la taille de la population d'étude de l'enquête c . L'indice c varie de 1 à k , k étant le nombre d'enquêtes utilisées pour le calcul. Ainsi, le numérateur représente le nombre de personnes n'ayant pas eu recours au soin pour le trouble i , et le dénominateur, le nombre total de personnes ayant eu le trouble i .

Les proportions médianes de non recours au soin ainsi obtenues pour les troubles de l'humeur et anxieux, dans les différentes régions du monde définies par l'organisation mondiale de la santé, sont reprises dans le tableau suivant. Les données pour l'Asie du Sud Est n'étaient pas disponibles.

Tableau 1.2. Proportions médianes de non recours au soin pour les différentes régions du monde, en fonction du type de trouble (*source* : Kohn et al 2004)

Trouble	Régions définies par l'Organisation Mondiale de la Santé				
	Afrique	Amériques	Méditerranée Est	Europe	Pacifique Ouest
Dépression	67,0	56,9	70,2	45,4	48,1
Dysthymie	NR	48,6	NR	43,9	50,0
Trouble bipolaire	NR	60,2	NR	39,9	52,6
Trouble panique	NR	55,4	NR	47,2	66,7
Anxiété généralisée	NR	49,6	NR	62,3	55,6
Trouble obsessionnel compulsif	NR	82,0	NR	24,6	62,7

NR : Non Renseigné

Plus récemment, en Europe, dans l'enquête ESEMeD (Alonso et al 2004c), la proportion de personnes ayant eu recours au soin pour un trouble au cours des 12 mois précédant l'enquête a été calculée. Cette enquête a permis de montrer que 63,5 % des personnes qui avaient eu un trouble dépressif au cours des 12 mois précédant l'enquête n'avaient pas eu recours au soin auprès d'un médecin généraliste ou d'un spécialiste de santé mentale. Ils étaient 73,9 % parmi ceux qui avaient eu un trouble anxieux au cours des 12 mois précédant l'enquête.

3.2. Facteurs associés au recours et au non recours au soin en santé mentale

3.2.1. Facteurs associés au recours au soin en santé mentale

Dans la plupart des grandes enquêtes en population générale, les facteurs associés à la probabilité d'avoir recours au soin en santé mentale ont été étudiés.

A partir de l'enquête NCS-R, Wang et collègues ont recherché, en conduisant des analyses multivariées, les facteurs associés au recours au soin au cours des 12 mois précédant l'enquête pour les différents types de troubles (Wang et al 2005a). Dans cette étude, le recours au soin

était défini comme le recours à un médecin, psychiatre ou non, à un autre spécialiste de santé mentale ou à un travailleur social.

Pour tous les troubles anxieux, l'âge était associé à la probabilité d'avoir recours au soin en santé mentale, les personnes âgées de plus de 60 ans étant moins susceptibles d'avoir eu un tel recours. L'âge de survenue du trouble était également associé à la probabilité d'avoir recours au soin en santé mentale pour tous les troubles anxieux. Ainsi, les personnes dont le trouble était survenu après 30 ans avaient une probabilité plus élevée d'avoir eu recours au soin que les autres. Les femmes semblaient plus à même d'avoir recours au soin que les hommes, mais une association significative n'était observée que pour la phobie sociale. Le niveau d'étude était significativement associé au recours au soin pour les troubles paniques et pour un état de stress post-traumatique. Dans le premier cas, plus le niveau d'étude était élevé, plus le recours au soin était probable. Au contraire, pour un état de stress post-traumatique l'association était inverse. Enfin, le statut marital était associé au recours au soin pour une phobie sociale, les personnes vivant en couple étant moins susceptibles d'avoir recours au soin que les autres.

Pour les troubles de l'humeur, les personnes de plus de 60 ans étaient également moins susceptibles d'avoir eu recours au soin en santé mentale que les autres. Comme pour les troubles anxieux, si ce trouble était survenu après 30 ans, la probabilité d'avoir eu recours au soin était augmentée. De même, les femmes avaient eu significativement plus recours au soin que les hommes. Le niveau d'étude n'était associé qu'au recours au soin pour un épisode dépressif majeur, un haut niveau d'étude étant associé à une plus forte probabilité d'avoir eu recours au soin. Enfin, le statut marital n'était associé au recours au soin que pour la dysthymie, avec une plus forte probabilité d'avoir recours au soin chez les personnes qui n'avaient jamais été mariées. Une autre étude menée uniquement parmi les sujets atteints de dépression en population générale a également montré que les personnes les plus âgées étaient moins susceptibles d'avoir recours au soin pour ce type de problème (Starkes et al 2005).

L'étude de Wang et collègues est la seule menée en population générale, dans laquelle la probabilité d'avoir recours au soin en santé mentale a été analysée pour chaque type de trouble. Cependant, nous pouvons reprocher à cette étude de ne pas avoir pris en compte la sévérité des troubles psychiatriques, qui est un facteur connu pour augmenter la probabilité de recours au soin en santé mentale (Harris and Edlund 2005b; Kessler et al 1999). Dans la plupart des autres études, la probabilité d'avoir eu recours au soin en santé mentale a été

analysée dans l'échantillon total sans le restreindre aux sujets ayant un besoin de soin en santé mentale (Alonso et al 2004c; Medina-Mora et al 2005; Ten Have et al 2006; Wang et al 2005b).

3.2.2. Facteurs de non recours au soin en santé mentale

D'autres facteurs liés à l'absence de recours au soin en santé mentale ont également été décrits dans la littérature. Une étude a montré que 50 % des personnes ayant besoin de soin en santé mentale ne ressentaient pas ce besoin. Parmi les autres, le non recours au soin était le plus souvent justifié par des raisons liées à l'acceptabilité de ce type de prise en charge : les personnes préfèrent gérer leur trouble par eux-mêmes (Jorm et al 2006; Wang 2006) ou craignent l'opinion des autres (stigmatisation de la pathologie psychiatrique) (Crisp et al 2005; Crisp 1999; Mann and Himelein 2004; Wang 2006). D'autres raisons liées à l'accessibilité des soins, telles que le coût des prises en charge ou le manque de moyens alloués au soin en santé mentale (pénurie de lits d'hospitalisation, manque de personnel dans certaines zone) peuvent également expliquer le non recours au soin (Coldefy and Salines 2004; Guilmin et al 2000). Contrairement à certains facteurs individuels qui ne sont pas modifiables, ces raisons de non recours au soin peuvent être en partie corrigées, et cela montre que des actions peuvent être envisagées pour combler la sous-utilisation du soin en santé mentale.

3.3. Recours au soin en santé mentale et troubles liés à une substance

Harris et collègues ont spécifiquement étudié le lien entre le recours au soin en santé mentale et les consommations de substances psychoactives, ainsi que le lien entre les besoins en santé mentale non satisfaits et les consommations de substances (Harris and Edlund 2005a). Ils ont utilisé un sous échantillon de 18 849 sujets de la National Survey on Drug Use and Health, une des autres grandes enquêtes menées en population générale aux Etats-Unis. Les sujets présentant un trouble lié à une substance ont été exclus de l'échantillon d'origine. Ils ont montré que l'usage de substances psychoactives autres que le cannabis était plus élevé chez

les gens qui avaient eu des besoins en santé mentale non satisfaits mais il n'était pas réduit par le recours au soin en santé mentale. L'usage d'alcool en grande quantité n'était pas associé au fait d'avoir des besoins non satisfaits alors qu'il était réduit chez les sujets qui avaient eu recours au soin en santé mentale. Enfin, les consommations de cannabis n'étaient pas associées aux besoins en santé mentale non satisfaits, ni au recours au soin en santé mentale. Cependant, cette étude présente un certain nombre de faiblesses méthodologiques. Tout d'abord, les personnes ayant eu un trouble lié à une substance ont été exclues, ce qui implique l'exclusion des personnes dont les consommations étaient les plus sévères et qui étaient les plus susceptibles d'avoir recours à une automédication en faisant usage de substances psychoactives. D'autre part, l'effet du soin a été étudié dans l'ensemble de l'échantillon, sans le restreindre aux personnes qui avaient des besoins de soin en santé mentale. De ce fait, les sujets qui avaient eu recours au soin ont été comparés à un groupe de sujets constitué de personnes qui n'avaient pas de besoin de soin en santé mentale, donc qui étaient moins à risque de consommer des substances psychoactives et de personnes qui n'avaient pas eu recours au soin alors qu'elles en avaient besoin, et qui étaient donc plus à risque de consommer des substances psychoactives. Cela pourrait expliquer en partie pourquoi aucun effet du recours au soin en santé mentale n'a été mis en évidence ou pourquoi cet effet du recours au soin a pu être sous-estimé.

Très peu d'études ont exploré le recours au soin en santé mentale dans une perspective de prévention des troubles liés à une substance. De plus, toutes les études sur le recours au soin en santé mentale font état d'une sous-utilisation de ces services, impliquant que des actions permettant d'améliorer l'accès au soin en santé mentale doivent encore être envisagées, mais aussi qu'une part importante des cas d'abus ou de dépendance pourrait être liée à des besoins de soin non couverts.

4. Objectifs de la thèse

Les études publiées dans la littérature ont mis en évidence un lien fort entre les troubles liés à une substance et les autres troubles psychiatriques. La co-occurrence de ces troubles pourrait être due à une relation causale, du fait d'une augmentation de la vulnérabilité à l'usage problématique de substances chez les personnes souffrant de symptômes psychologiques, cet usage ayant pour point de départ une automédication. Nous avons fait l'hypothèse que ce mécanisme n'est pas universel, ni unique, mais néanmoins qu'il existe à un niveau et une fréquence suffisante pour être détectable. Ainsi, une partie des troubles liés à une substance pourraient être évités par une prise en charge des troubles psychiatriques primaires. Cette thèse s'inscrit dans ce contexte et ses objectifs étaient :

- (1) d'examiner si le recours au soin en santé mentale modifiait la comorbidité entre les troubles non liés à une substance et ceux liés à une substance
- (2) d'estimer les proportions de sujets faisant usage de substances psychoactives en réponse à un trouble psychiatrique, par trouble, dans la population générale française
- (3) d'examiner comment le recours au soin en santé mentale était combiné à l'usage de substances psychoactives en réponse à un trouble psychiatrique
- (4) d'examiner les facteurs associés à l'usage de substances en réponse à des symptômes psychologiques

Pour répondre au premier objectif, nous avons tout d'abord mené une étude préliminaire chez des jeunes adultes (étudiants). Nous avons étudié chez ces jeunes si le recours au soin en santé mentale modifiait la comorbidité psychiatrique au cours de la vie entière entre les troubles liés à une substance et les autres troubles psychiatriques. Cet échantillon étant de faible taille et très particulier, nous avons, dans une seconde étude, examiné si la relation entre les troubles anxieux ou dépressifs et le risque de consommation problématique d'alcool était modifiée par le recours au soin en santé mentale. Cette étude a été menée dans un échantillon de plus de

6 500 adultes, adhérents à la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN). Ces deux premières études constituent le deuxième chapitre de ma thèse et ont fait l'objet de deux publications. Nous avons répondu aux trois autres objectifs de cette thèse dans un troisième chapitre, dans lequel nous avons étudié, l'utilisation d'alcool ou d'autres substances en réponse à un trouble psychiatrique. Cette étude a été réalisée à partir d'une grande enquête en population générale sur la santé mentale dans quatre régions françaises, réalisée sur un échantillon aléatoire de plus de 20 000 sujets.

Chapitre 2 :

RECOURS AU SOIN EN SANTÉ MENTALE ET COMORBIDITE PSYCHIATRIQUE

Dans ce deuxième chapitre, nous avons répondu au premier objectif de cette thèse qui était d'examiner si le recours au soin en santé mentale modifiait la comorbidité psychiatrique avec les troubles liés à une substance (LS). Cet objectif a été analysé dans le cadre d'une étude préliminaire conduite parmi des étudiants en première année à l'université Bordeaux 2, puis parmi un plus grand échantillon d'adultes adhérents à la mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN).

1. Etude préliminaire : comorbidité psychiatrique et recours au soin en santé mentale chez le jeune adulte

1.1. Contexte et objectif

Cette étude préliminaire s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche intitulé "Toxicomanie, troubles mentaux comorbides, et personnalité : étude sur l'expression des facteurs de risque et de protection" répondant à un appel d'offre de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies (MILDT) et réalisé en collaboration avec la Jeune Equipe JE 2358 de Psychopathologie de l'université Bordeaux 2. Le directeur scientifique de ce projet était Joël Swendsen et les investigateurs principaux, Antoine Messiah et Hélène Verdoux.

Ce projet avait pour objectifs principaux d'évaluer :

1. les rôles dans les consommations de substances psychoactives d'une comorbidité psychopathologique et des traits spécifiques de personnalité dans des populations non cliniques mais à haut risque de développer un abus/dépendance à des substances psychoactives du fait de l'utilisation régulière de substances ;
2. la façon dont ces facteurs de risque et de protection s'expriment dans la vie quotidienne des individus concernés, notamment en termes de comportements spécifiques, d'expériences sociales, et de contextes d'environnement ;

3. le degré avec lequel les variations intra-individuelles observées dans l'utilisation de substances est attribuable aux sources majeures de variations inter-individuelles (âge, sexe, et diverses caractéristiques individuelles).

Dans le cadre de ce projet, nous avons mené une étude dont l'objectif était d'examiner si le recours au soin modifiait l'association entre les troubles LS et les troubles psychiatriques non liés à une substance (NLS) au cours de la vie entière. Cette étude a fait l'objet d'un article présenté en annexe et publié dans *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (Encrenaz and Messiah 2006) et a été en partie présenté au 48^{ème} congrès de l'International Council on Alcohol and Addictions (ICAA), à Budapest en octobre 2005 (Encrenaz and Messiah 2005).

1.2. Méthodes

1.2.1. Sélection des sujets

1.2.1.1. Population source

La population cible du projet était constituée de sujets à risque de développer un abus ou une dépendance à une substance psychoactive du fait d'une exposition régulière. Un groupe témoin a également été constitué parmi des sujets qui étaient très peu exposés aux substances psychoactives. La population source était constituée d'étudiants inscrits en 2001 en première année de Diplôme d'Etudes Universitaires Générales (DEUG) à l'université Bordeaux 2 (Gironde, France). Les filières concernées étaient : médecine, sociologie, psychologie et STAPS (Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives). Des filières supplémentaires n'ont pas pu être sollicitées du fait des contraintes budgétaires. Cependant, ces quatre filières offrent beaucoup de variations inter-individuelles. Pour participer à cette étude, l'étudiant devait être âgé de plus de 18 ans.

1.2.1.2. La phase de pré-sélection

Tous les étudiants présents le jour de l'enquête ont été sollicités pour remplir un auto-questionnaire qui leur a été distribué lors d'un cours magistral en amphithéâtre. Ce questionnaire contenait des informations concernant les caractéristiques socio-démographiques ainsi que des mesures psychologiques : consommations de substances psychoactives durant les 30 derniers jours (concernant 11 différentes substances psychoactives : tabac, alcool, cannabis, ecstasy, amphétamines, héroïne, cocaïne, LSD, solvants, poppers ou autres substances), échelle de mesure de la sociotropie et de l'autonomie (Sociotropy Autonomy Scale – Version Française (Beck et al 1983)), et un questionnaire sur les styles attributionnels (Cognitive and Attributional Style Questionnaire – Version Française, CASQ-F de (Metalsky et al 1987)).

Au total, 1 752 étudiants sur 2 939 inscrits (59,6 %) ont répondu au questionnaire de pré-sélection. Parmi eux, 235 (13,4 %) ont été exclus parce qu'ils n'étaient pas majeurs ou parce que la date de naissance n'était pas renseignée.

Nous avons comparé les répondants et les non-répondants pour les variables concernant le sexe et la filière universitaire en utilisant les statistiques de la scolarité de l'université Bordeaux 2. Pour ces deux caractéristiques, les différences étaient significatives (tableau 2.1). Il y avait plus d'hommes dans l'échantillon des non-répondants que dans l'échantillon des répondants. De plus les non-répondants étaient plus fréquemment inscrits en médecine que les répondants.

Tableau 2.1. Comparaison des répondants au questionnaire de screening (n=1517) aux non répondants (n=1 422) pour les variables sexe et filière universitaire (projet MILDT, Bordeaux, 2002)

		Répondants	Non-répondants	
		% (n)	% (n)	p (χ^2)
Filière	STAPS	12,8 (194)	8,7 (124)	< 0,01
	Médecine	38,6 (586)	55,5 (789)	
	Psychologie	34,9 (529)	23,1 (329)	
	Sociologie	13,7 (208)	7,7 (110)	
Sexe	Hommes	29,7 (451)	35,2 (501)	< 0,01
	Femmes	70,3 (1066)	64,8 (921)	

1.2.1.3. Sélection des sujets en fonction de leurs consommations de substances

Grâce à la partie de l'auto-questionnaire sur les consommations de substances psychoactives, nous avons constitué quatre groupes de sujets définis ainsi :

- *Les bas consommateurs (groupe témoin)*

Ce groupe était constitué des étudiants dont la consommation de substances était inférieure ou égale à une cigarette ou une prise d'alcool au cours des 30 jours précédant l'évaluation. Ces étudiants ne devaient également pas avoir consommé de substances illicites. Cela concernait 369 étudiants.

- *Les consommateurs d'alcool*

Pour être inclus dans ce groupe, les étudiants devaient avoir une consommation d'alcool supérieure ou égale à deux prises par semaine au cours des 30 jours précédant l'évaluation, quelle que soit leur consommation de cigarettes. Cependant, ils ne devaient pas avoir consommé de substances illicites. Cela concernait 73 étudiants.

- *Les consommateurs de cannabis*

Ces étudiants devaient avoir une consommation de cannabis supérieure ou égale à deux prises par semaine (fumé ou ingéré), et ce, quelle que soient leurs consommations de cigarettes et d'alcool. Cependant, ils ne devaient pas avoir consommé d'autres substances illicites. Cela concernait 144 étudiants.

- *Les consommateurs d'autres substances psychoactives illicites*

Du fait du faible nombre d'étudiants ayant déclaré avoir consommé des substances illicites autres que du cannabis au cours des 30 jours précédant l'évaluation, nous avons regroupé toutes les substances illicites autres que le cannabis. Les étudiants éligibles pour ce groupe étaient ceux qui avaient consommé une substance illicite au moins une fois au cours du dernier mois, et ce, quelle que soit leurs consommations de tabac, d'alcool ou de cannabis. Cela concernait 78 étudiants.

Les étudiants répondant à ces critères ont été contactés pour participer à la deuxième phase du projet jusqu'à l'inclusion d'environ 40 sujets dans les groupes de consommateur et 80 dans le groupe témoin. Ainsi, 317 sujets ont été contactés par téléphone et parmi eux, 224 ont accepté de participer (70,6%). Les motifs de non-participation sont décrits dans le tableau 2.2.

Tableau 2.2. Répartition des 93 sujets qui n'ont pas participé à l'étude en fonction du motif de non-participation (projet MILDT, Bordeaux, 2002)

Motif		n	%
Refus	Trop long	1	1,1
	Trop de travail ou examens	13	14,1
	Non précisé	9	9,7
	Grève	1	1,1
	Total	24	25,8
Sujet injoignable	Absent	47	50,5
	Téléphone occupé	1	1,1
	Mauvais numéro	11	11,8
	Pas précisé	1	1,1
	Total	60	64,5
Sujet pas étudiant à Bordeaux 2	A arrêté les cours ou n'y va pas	2	2,1
	Autre filière	1	1,1
	N'est pas étudiant	1	1,1
	Total	4	4,3
Sujet qui n'a pas été recontacté		1	1,1
Sujet qui n'a pas rempli les questionnaires		1	1,1
Motif inconnu		3	3,2
TOTAL		93	100,0

Les participants différaient des non-participants pour les caractéristiques suivantes : sexe, situation familiale et consommation de solvants (tableau 2.3).

Tableau 2.3. Comparaison des participants à la deuxième phase du projet (n=224) aux non-participants (n=93) (projet MILDT, Bordeaux, 2002)

		Participants (%)	Non-participants (%)	p
		n = 224	n = 93	
Variables sociodémographiques				
Sexe	Hommes	37,1	49,5	0,04
	Femmes	62,9	50,5	
Filière universitaire	Médecine	34,4	50,5	0,06
	Psychologie	33,5	22,6	
	STAPS	13,4	10,8	
	Sociologie	18,7	16,1	
Situation familiale	Célibataire	97,8	91,4	0,02
	Marié	2,2	8,6	
Logement	Indépendant	50,7	49,5	0,88
	Cité universitaire, foyer	7,2	8,6	
	Parents, famille	40,7	39,8	
	Autre	1,2	2,1	
Consommations de substances au cours du dernier mois				
alcool	Jamais	16,5	10,8	0,17
	De une à trois fois par mois	30,8	30,1	
	De une à trois fois par semaine	44,2	43,0	
	De une à plusieurs fois par jour	8,5	16,1	
tabac	Jamais	48,4	42,4	0,62
	De une à trois fois par mois	4,9	7,6	
	De une à trois fois par semaine	3,6	5,4	
	De une à plusieurs fois par jour	43,1	44,6	
cannabis	Jamais	56,5	54,8	0,90
	De une à trois fois par mois	2,7	4,3	
	De une à trois fois par semaine	13,5	14,0	
	De une à plusieurs fois par jour	27,3	26,9	
ecstasy	Jamais	92,4	91,4	0,76
	De une fois par mois à plusieurs fois par semaine	7,6	8,6	

Tableau 2.3 (suite)

amphétamines	Jamais	95,5	91,4	0,15
	De une fois par mois à plusieurs fois par semaine	4,5	8,6	
héroïne	Jamais	99,6	97,8	0,21
	De une fois par mois à plusieurs fois par semaine	0,4	2,2	
cocaïne	Jamais	95,5	96,8	0,85
	De une fois par mois à plusieurs fois par semaine	4,5	3,2	
LSD	Jamais	99,1	95,7	0,06
	De une fois par mois à plusieurs fois par semaine	0,8	4,3	
poppers	Jamais	93,3	90,3	0,36
	De une fois par mois à plusieurs fois par semaine	6,7	9,7	
solvants	Jamais	99,6	92,5	0,01
	De une fois par mois à plusieurs fois par jour	0,4	6,5	

La sélection des sujets pour ce projet peut-être résumée par la figure 4.

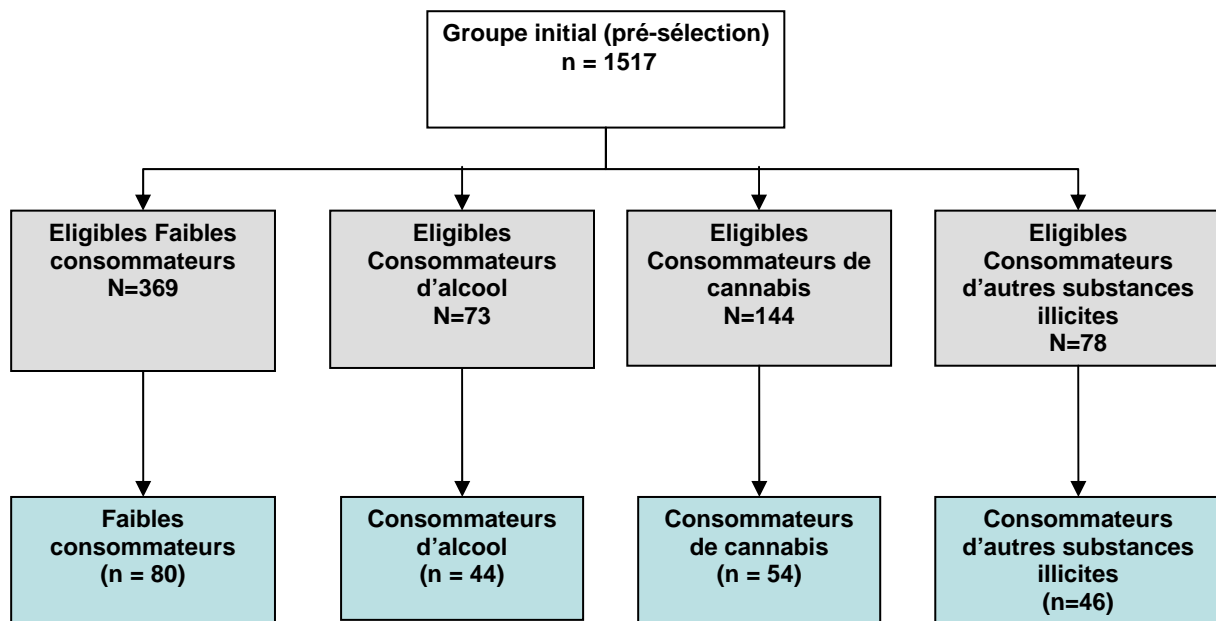


Figure 4. Schéma de la sélection des sujets du projet MILDT - n=224 étudiants en première année de médecine, psychologie, sociologie ou STAPS, Bordeaux, France, 2002

1.2.2. Recueil des données

1.2.2.1. Les troubles psychiatriques

Les diagnostics psychiatriques ont été déterminés par des psychologues en utilisant une version française du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI, (Lecrubier et al 1997; Sheehan et al 1997; Sheehan et al 1998). Pour déterminer les diagnostics de chacun de ces troubles, on commence par poser au sujet des questions "filtres". Si le sujet répond de manière négative à ces questions, les critères définissant le trouble ne sont pas explorés et on considère qu'il n'a pas le trouble. Au contraire, si le sujet répond de manière affirmative à une de ces questions, on explore les critères diagnostiques chez ce sujet. Cet entretien diagnostique permet d'évaluer 19 troubles psychiatriques en utilisant les critères du DSM-IV (American Psychiatric Association 1994).

Pour cette étude, nous avons étudié 11 de ces troubles :

- a. l'épisode dépressif majeur
- b. la dysthymie
- c. l'épisode maniaque ou hypo-maniaque
- d. le trouble panique
- e. l'agoraphobie
- f. la phobie sociale
- g. le trouble obsessionnel compulsif
- h. l'état de stress post-traumatique
- i. l'anxiété généralisée
- j. l'abus et la dépendance à l'alcool
- k. l'abus et la dépendance au cannabis ou à une autre substance illicite
- l. le trouble de la personnalité antisociale

1.2.2.2. Le recours à l'aide et aux soins

Les interventions auxquelles les sujets avaient eu recours face à des symptômes psychologiques ont été étudiées grâce à un questionnaire élaboré pour ce projet et présenté en annexe. Dans une première partie, ce questionnaire reprenait les questions filtres du MINI. Si le sujet avait répondu positivement à au moins une des ces questions, l'enquêteur lui relisait cette affirmation et le questionnait sur la manière dont il avait réagi face à ces symptômes.

Les différents niveaux d'aide et de recours au soin étudiés étaient :

- parler de son trouble à un membre de la famille ou à un ami
- avoir une activité (exercice physique, relaxation, activité culturelle ou artistique)
- prendre des médicaments hors prescription médicale
- consommer de l'alcool ou d'autres substances psychoactives
- consulter un médecin généraliste
- consulter un psychiatre
- consulter un psychologue, un psychothérapeute ou un psychanalyste

Pour chacune de ces interventions, le sujet devait indiquer le niveau de soulagement qu'il en avait retiré (pas soulagé du tout, peu soulagé, assez soulagé et très soulagé). Pour les items concernant la consommation de médicaments hors prescription, il devait préciser quelles substances il avait consommées. De même, pour la consultation d'un médecin généraliste ou d'un psychiatre, il devait préciser si cette consultation avait donné lieu à une prescription médicale et de quel(s) traitement(s) il s'agissait.

1.2.2.3. Evaluation de la personnalité

L'adaptation française de la version courte (125 items) du Temperament and Character Inventory (TCI) a été utilisée pour évaluer des dimensions de la personnalité (Chakroun-Vinciguerra et al 2005; Cloninger et al 1993; Pelissolo and Lepine 2000). Cet auto-questionnaire permet de mesurer quatre traits de tempérament (recherche de nouveauté, évitement du danger, dépendance à la récompense et persistance) et trois traits de caractère (détermination, coopération et transcendance). Les scores varient de 0 jusqu'au nombre d'items que comprend le trait (tableau 2.4). Le score "0" signifie que le sujet ne possède absolument pas le trait de personnalité concerné. Ces scores ont été étudiés comme des covariables dans notre étude.

Tableau 2.4. Etendue des scores de la version courte (125 items) du Temperament and Character Inventory (Chakroun-Vinciguerra et al 2005)

	Score minimum	Score maximum
Traits de tempérament		
Recherche de nouveauté	0	20
Evitement du danger	0	20
Dépendance à la récompense	0	15
Persistance	0	5
Traits de caractère		
Détermination	0	24
Coopération	0	25
Transcendance	0	16

D'autres mesures ont été réalisées, telles que l'estime de soi, l'image du corps, les consommations de substances psychoactives et les affects en vie quotidienne, mais nous ne les avons pas exploitées dans cette étude.

1.2.3. Stratégie d'analyse

1.2.3.1. Variables créées

1.2.3.1.1. Variable dépendante

A partir des diagnostics du MINI, nous avons créé une première variable représentant la prévalence au cours de la vie entière d'un trouble LS. Nous avons considéré qu'un sujet avait déjà eu un trouble LS s'il avait déjà eu un abus ou une dépendance, à l'alcool, au cannabis ou à une autre substance illicite. Cette variable constituait la variable dépendante de cette première étude.

1.2.3.1.2. Variable explicative principale

La principale variable explicative combinait le nombre de troubles NLS et le recours au soin en santé mentale au cours de la vie entière. Ainsi, nous avons directement pris en compte l'interaction entre les troubles NLS et le recours au soin dans la construction de la variable. Un sujet était considéré comme ayant déjà eu un trouble NLS s'il avait déjà eu un des troubles évalués par le MINI, autre qu'un abus ou une dépendance. Nous avons considéré qu'un sujet avait déjà eu recours au soin s'il avait déjà consulté un médecin généraliste, un psychiatre ou un psychologue pour les symptômes des troubles NLS.

Notre principale variable explicative avait cinq niveaux et était définie ainsi :

Aucun trouble non lié à une substance : 0

Un trouble non lié à une substance → sans recours au soin : 1

→ avec recours au soin : 2

Plusieurs troubles non liés à une substance → sans recours au soin : 3

→ avec recours au soin : 4

1.2.2.3. Analyse statistique

Nous avons comparé les probabilités d'avoir un trouble LS de chacun des groupes définis par notre variable explicative principale. Cette probabilité a été analysée en utilisant un modèle de régression logistique dans lequel la variable explicative principale a été étudiée sous forme de quatre variables indicatrices, les sujets n'ayant jamais eu de trouble NLS constituant le groupe de référence.

1.2.3.4. Autres variables explicatives

Les autres variables explicatives que nous avons étudiées étaient le sexe, la filière universitaire, l'environnement de vie (avec la famille ou non), les dimensions de caractère et de personnalité (scores du TCI). Nous avons choisi d'étudier le sexe et l'environnement de vie car ce sont des facteurs connus pour être associés aux troubles LS. En effet, des études précédentes ont montré que les femmes étaient moins à risque que les hommes d'avoir un trouble LS et que, de même, les étudiants qui habitaient toujours chez leurs parents étaient moins à risque de développer un de ces troubles (Grant et al 2004c; Harford et al 2002). D'autre part, les dimensions de caractère et de tempérament seraient également liées à l'usage de substances psychoactives (Cloninger et al 1988; Howard et al 1997) : il a été montré que la recherche de nouveauté favorisait les consommations de substances psychoactives et qu'au

contraire, l'évitement du danger était associé à de plus bas taux de consommation de substances.

Ces variables explicatives ont été sélectionnées pour faire partie du modèle final suivant une stratégie d'analyse pas à pas descendante dans laquelle nous avons choisi un seuil égal à 0,05 pour conclure à une association significative. Enfin, l'adéquation des modèles a été testée en utilisant le test de "goodness-of-fit" développé par Hosmer et Lemeshow (Hosmer and Lemeshow 2000).

1.3. Résultats

1.3.1. Description de l'échantillon

Les prévalences de troubles LS variaient d'un groupe à l'autre, et ceci pour chacun des troubles LS que nous avons étudiés. Les prévalences des autres troubles psychiatriques étaient élevées et étaient comprises entre 46 % pour les bas consommateurs et 65 % pour les consommateurs de substances illicites autres que le cannabis. Pour tous les troubles NLS, les prévalences étaient les plus basses pour les bas consommateurs et les plus élevées pour les consommateurs de substances illicites. Les prévalences chez les consommateurs de cannabis et d'alcool étaient intermédiaires (tableau 2.5).

Table 2.5. Description de l'échantillon en fonction du groupe de consommation – n=224 étudiants en première année de médecine, psychologie, sociologie ou STAPS, Bordeaux, France, 2002

	Bas consommateurs (n=80)	Alcool (n=44)	Cannabis (n=54)	Autres substances illicites (n=46)
- Données socio-démographiques				
Age (moyenne; ET ^s)	19 (1,1)	19 (0,9)	20 (1,2)	20 (1,0)
Sexe (%)				
Hommes	28	36	47	39
Femmes	72	64	53	61
Filière (%)				
Médecine	43	41	23	26
Psychologie	34	23	28	21
STAPS	15	16	11	13
Sociologie	8	21	28	28
Habitat (%)				
Avec la famille	46	52	30	35
Autre	54	48	70	65
- Scores de personnalité (moyenne; ET^s)				
Recherche de nouveauté	8 (3,7)	11 (3,7)	12 (3,5)	13 (3,5)
Evitement du danger	11 (5,6)	8 (5,5)	9 (4,2)	9 (4,2)
Dépendance à la récompense	10 (2,8)	10 (2,7)	11 (2,4)	10 (2,5)
Persistance	3 (1,4)	3 (1,6)	2 (1,4)	2 (1,6)
Détermination	16 (4,6)	17 (4,2)	16 (3,9)	14 (4,8)
Coopération	20 (3,9)	20 (3,0)	21 (3,4)	20 (3,7)
Transcendance	7 (3,3)	7 (3,0)	7 (3,2)	9 (3,5)
- Troubles mentaux (%)				
Liés à une substance (total)	4	30	68	80
Abus d'alcool	1	14	26	26
Dépendance à l'alcool	0	7	11	20
Abus de drogue	3	9	32	37
Dépendance à une drogue	0	5	32	33

Tableau 2.5 (Suite)

Non liés à une substance (total)	46	64	55	65
Episode dépressif majeur	32	43	34	54
Phobie sociale	18	14	15	11
Episode (hypo)-maniaque	5	16	11	33
Anxiété généralisée	12	18	11	11
Trouble panique	7	9	6	11
Trouble obsessionnel compulsif	5	9	4	13
Etat de stress post-traumatique	3	5	4	7
Trouble de la personnalité anti- sociale	1	0	2	2

^sET: Ecart-type

1.3.2. Description du recours au soin

La consultation d'un médecin généraliste pour les symptômes d'un trouble psychiatrique NLS était aussi fréquente dans les quatre groupes de consommation. Le recours à un spécialiste de santé mentale était plus fréquent dans le groupe des consommateurs d'alcool, de cannabis et d'autres substances illicites et semblait augmenter d'un groupe à l'autre. Les consommateurs de cannabis et d'autres substances illicites avaient plus tendance à consulter un médecin généraliste et un spécialiste alors que les consommateurs d'alcool avaient plus tendance à s'en tenir à la consultation d'un médecin généraliste (tableau 2.6).

Table 2.6. Recours au soin (%) parmi les sujets avec au moins un trouble psychiatrique non lié à une substance – n=122 étudiants en première année de médecine, psychologie, sociologie ou STAPS, Bordeaux, France, 2002

	Bas consommateurs	Alcool	Cannabis	Autres substances illicites
- Médecin généraliste	30	33	33	30
- Spécialiste de santé mentale	17	25	38	47
psychiatre	11	12	14	36
psychologue	11	18	33	37
- Médecin généraliste uniquement	18	23	8	7
- Spécialiste de santé mentale uniquement	6	12	12	22

1.3.3. Prévalences des troubles liés à une substance en fonction des autres troubles psychiatriques et du recours au soin

Les prévalences des troubles LS en fonction du recours au soin en santé mentale et du nombre de troubles psychiatriques NLS sont données dans le tableau 2.7. Cela correspond aux prévalences des troubles LS dans chacun des groupes définis par notre variable explicative principale à cinq niveaux. La prévalence des troubles LS était la plus élevée parmi les sujets avec plusieurs troubles NLS qui n'avaient pas eu recours au soin en santé mentale (63 %). Dans tous les cas, les prévalences des troubles LS étaient plus élevées chez ceux qui avaient au moins un autre trouble psychiatrique NLS en comparaison avec ceux qui n'avaient eu aucun de ces troubles. On constatait également que les sujets qui avaient plusieurs troubles NLS avaient plus de troubles LS que ceux qui n'avaient qu'un seul trouble NLS. Dans chacune des classes définies par le nombre de troubles NLS, la prévalence des troubles LS était plus faible chez ceux qui avaient eu recours au soin en santé mentale par rapport à ceux qui n'avaient pas eu ce type de recours.

Table 2.7. Prévalences des troubles liés à une substance en fonction du nombre d'autres troubles psychiatriques et du recours au soin en santé mentale - n=224 étudiants en première année de médecine, psychologie, sociologie ou STAPS, Bordeaux, France, 2002

	N	Prévalence de troubles liés à une substance (%)
- Aucun trouble non lié à une substance (total)	97	35
- Un trouble non lié à une substance (total)	70	45
Pas de recours au soin	43	42
Recours au soin	27	33
- Plusieurs troubles non liés à une substance (total)	52	54
Pas de recours au soin	19	63
Recours au soin	33	48

1.3.4. Analyse de la probabilité d'avoir un trouble lié à une substance

Dans le modèle de régression logistique (tableau 2.8), les sujets avec plusieurs troubles NLS qui n'avaient pas eu recours au soin en santé mentale étaient significativement plus à risque d'avoir un trouble LS que les autres ($\hat{RC} = 3,9$ et $p = 0,03$). Au contraire, ceux qui avaient plusieurs troubles NLS et qui avaient eu recours au soin en santé mentale n'étaient pas plus à risque d'avoir un trouble LS que les autres. De même, ceux qui avaient eu un seul trouble NLS n'étaient pas plus à risque d'avoir un trouble LS que les autres, qu'ils aient eu ou non recours au soin en santé mentale.

Les hommes étaient significativement plus à risque d'avoir un trouble LS que les femmes. Etaient également plus à risque les étudiants en sociologie et en psychologie, les sujets avec de hauts scores de recherche de nouveauté ainsi que les sujets qui ne vivaient pas avec un membre de leur famille. Au contraire, les étudiants avec un haut score de persistance étaient moins à risque d'avoir un trouble LS que les autres. Nous avons conservé le score d'évitement du danger dans notre modèle car c'était un facteur de confusion de la relation entre la variable explicative principale et le risque d'avoir un trouble LS. En effet, quand on ne tenait pas compte de ce score, les coefficients associés au nombre de troubles et au recours au soin étaient inférieurs à ceux calculés en tenant compte de ces scores. Les autres scores du TCI

n'étaient pas associés au risque de trouble LS et nous ne les avons donc pas conservés dans le modèle. Nous avons également testé les interactions possibles entre les variables du modèle, mais aucune d'entre elles n'était significative.

Le test de "goodness-of-fit" d'Hosmer et Lemeshow était en faveur d'une bonne adéquation du modèle ($p = 0,30$).

Tableau 2.8. Modélisation du risque de trouble lié à une substance - n = 224 étudiants en première année de médecine, psychologie, sociologie ou STAPS, Bordeaux, France, 2002 : rapports de cotes bruts et ajusté et intervalles de confiance à 95 %

	\hat{RC}^* brut	\hat{RC}^* ajusté	$IC_{95\%}^{**}$
Principale variable explicative			
- Aucun trouble non lié à une substance	1,0	1,0	Ref
- Un trouble non lié à une substance			
Pas de recours au soin	1,5	1,3	[0,5 ; 3,1]
Recours au soin	0,9	0,8	[0,3 ; 2,3]
- Plusieurs troubles non liés à une substance			
Pas de recours au soin	3,2	3,9	[1,1 ; 13,4]
Recours au soin	1,8	2,7]1,0 ; 7,3[
Autres covariables			
- Sexe			
Homme	1,0	1,0	Ref
Femme	0,5	0,3	[0,1 ; 0,7]
- Habitat			
Avec la famille	1,0	1,0	Ref
Autre	1,9	2,2	[1,1 ; 4,4]
- Filière universitaire			
STAPS	1,0	1,0	Ref
Medecine	0,7	1,4	[0,5 ; 4,2]
Psychologie	1,3	3,9	[1,2 ; 12,2]
Sociologie	2,1	6,0	[1,6 ; 21,7]
- Scores de personnalité			
Recherche de nouveauté [§]	1,2	1,2	[1,1 ; 1,3]
Evitement du danger [§]	0,9	0,9	[0,9 ; 1,0]
Persistance [§]	0,8	0,8	[0,6 ; 1,0[

* \hat{RC} : Estimateur du rapport de cotes

** $IC_{95\%}$: Intervalle de confiance à 95 % du rapport de cotes ajusté

§ Rapport de cotes pour une augmentation de une unité

1.4. Discussion

L'objectif de cette première étude était d'examiner si le recours au soin en santé mentale modifiait l'association entre les troubles LS et les autres troubles psychiatriques au cours de la vie entière. Après ajustement sur le sexe, la filière universitaire, l'environnement d'habitation et les scores de personnalité, nous avons montré que les sujets avec plusieurs troubles NLS qui n'avaient pas eu recours au soin étaient significativement plus à risque d'avoir un trouble LS que les autres. Ainsi, dans ce groupe, le recours au soin était un facteur modificateur de la comorbidité psychiatrique : quand on tenait compte de ce facteur, la force de l'association comorbide était modifiée.

Ce résultat parmi les sujets avec plusieurs troubles NLS est en accord avec le modèle d'atténuation de la dysphorie selon lequel certains sujets consommeraient des substances psychoactives afin de soulager des symptômes psychologiques (Mueser et al 1998). Nous n'avons pas pu mettre en évidence un tel effet chez les sujets avec un seul trouble NLS. Chez ces sujets, l'absence d'association avec le recours au soin peut s'expliquer par une possible causalité réverse ou par différents niveaux de sévérité des troubles LS au sein de ce groupe. Ce résultat souligne donc l'importance de prendre en compte le nombre de troubles dans les études de la comorbidité entre les troubles LS et les autres troubles psychiatriques.

Certaines limites méthodologiques sont à discuter. Tout d'abord, les sujets de cette étude étaient des étudiants en première année à l'université qui avaient accepté de participer à cette étude et n'étaient donc pas représentatifs de la population des jeunes adultes français. Notre échantillon devait appartenir à des couches plus aisées de la population par rapport aux personnes du même âge n'allant pas à l'université. Cependant, en France, beaucoup de jeunes qui ont le baccalauréat font une première année d'université et nous avons inclus des sujets de différentes filières universitaires pour augmenter la représentativité. Dans notre échantillon, les sujets étaient plus fréquemment des femmes, mais aussi plus fréquemment des étudiants en psychologie par rapport à l'ensemble des étudiants des quatre filières que nous avons étudiées. Cela a pu entraîner un biais de sélection que nous avons en partie contrôlé en ajustant sur ces variables dans notre analyse principale. D'autre part, les étudiants ont été sélectionnés en fonction de leurs consommations de substances psychoactives au cours des 30 jours précédant le questionnaire de pré-sélection, avec une sur-représentation des

consommateurs d'alcool, de cannabis et d'autres substances illicites. Cela peut expliquer en partie les fortes prévalences de troubles psychiatriques NLS dans notre échantillon (du fait de l'importante comorbidité psychiatrique). Cependant, l'objectif de cette étude était analytique et pour que ces sur-représentations (des femmes, des étudiants en psychologie et des usagers de substances psychoactives) entraînent un biais de sélection, il faudrait qu'elles aient affecté les cinq groupes de comparaison définis par notre variable explicative principale de manière différentielle, ce qui est peu probable dans cette étude.

D'autre part, les sujets de cet échantillon étaient jeunes et peut-être à risque de développer un trouble LS en vieillissant. Certains sujets avaient peut-être un trouble NLS et faisaient un usage problématique de substances sans pour autant remplir les critères d'abus ou de dépendance à une substance (phase prodromique des troubles LS). Nous avons pu ainsi sous-estimer la force de l'association entre les troubles LS et les autres troubles psychiatriques.

Une autre limite de cette étude est la taille de l'échantillon qui a entraîné un manque de puissance statistique et une mauvaise précision dans l'estimation des paramètres. Afin d'améliorer la précision, nous avons essayé de créer un score qui combinait toutes les variables explicatives à l'exception de la variable explicative principale (Schlesselman 1982). Le principe était de remplacer toutes les variables explicatives par une seule, mais cette procédure n'a pas amélioré la précision des estimations et nous avons préféré présenter les coefficients associés à chaque variable.

Les troubles psychiatriques (LS ou NLS) ont été déterminés en utilisant le MINI. L'équipe de Sheehan a comparé les diagnostics déterminés par le MINI à ceux déterminés par un groupe d'experts (Sheehan et al 1998) et a mis en évidence de faibles sensibilités des diagnostics du MINI, en particulier pour l'anxiété généralisée et pour l'épisode dépressif majeur. Cela a pu conduire à une sous-estimation de la prévalence de ces deux troubles. Dans une étude plus récente les diagnostics déterminés avec le MINI ont été comparés à ceux obtenus par des interviews cliniques (Pinninti et al 2003). Contrairement à l'étude de Sheehan et collègues, cette étude a montré que l'utilisation du MINI conduisait à une sur-estimation de la dépendance à une substance psychoactive, de l'anxiété généralisée, de l'état de stress post-traumatique et du trouble panique. Elle a aussi suggéré que le MINI entraînerait une sur-estimation de la comorbidité psychiatrique, en particulier entre les troubles anxieux et les

troubles liés à une substance psychoactive. Dans notre cas, cela a pu conduire à une sur-estimation de la prévalence des troubles NLS et des troubles LS chez les sujets ayant un trouble NLS. Mais il est peu probable que cela ait entraîné une distorsion de l'effet du recours au soin. Pour qu'il y ait un biais, il faudrait que cette sur-estimation ait été différentielle entre les sujets qui ont eu recours au soin et les autres.

Le schéma d'étude transversal, ainsi que le manque d'information sur la chronologie entre les types de troubles et le recours au soin, représentent les principales limites de cette étude. Cette étude ne permet pas de conclure à des relations de type causales, mais seulement de raisonner en termes de force d'associations. Certains de nos résultats peuvent être expliqués par une relation de causalité réverse. La comorbidité psychiatrique augmente la probabilité d'avoir recours au soin en santé mentale (Harris and Edlund 2005b). On peut alors penser que certains sujets souffrant d'un trouble NLS ont eu recours au soin en santé mentale après la survenue d'un trouble LS, une fois que leur état était devenu plus sévère. Cela a pu survenir en particulier chez les sujets qui n'avaient qu'un seul trouble non lié à une substance et pourrait expliquer pourquoi dans ce groupe ceux qui n'avaient pas eu recours au soin n'étaient pas plus à risque d'avoir un trouble LS. Parmi les sujets avec plusieurs troubles NLS, le recours au soin a pu être motivé par l'accumulation de symptômes psychologiques, avant la survenue d'un trouble LS. D'autre part, l'absence d'association peut être expliquée par un manque de puissance statistique. Parmi les sujets avec un seul trouble NLS, les deux rapports de cotes ne sont pas significativement différents de 1, cependant, le rapport de cotes des sujets qui n'ont pas eu recours au soin est deux fois plus élevé que celui des sujets qui ont eu recours au soin.

L'absence d'association peut également être expliquée par les différents modèles étiologiques de la comorbidité psychiatrique (Mueser et al 1998). En particulier, il a été décrit pour la comorbidité entre les troubles de l'humeur et les troubles liés à l'alcool qu'il y avait plusieurs types de relations : chez certains sujets, les troubles liés à l'alcool auraient influencé la survenue de troubles de l'humeur, alors qu'au contraire, chez d'autres sujets, les troubles liés à l'alcool seraient survenus après les troubles de l'humeur (Raimo and Schuckit 1998; Swendsen and Merikangas 2000). Si le trouble primaire est un trouble LS, alors le traitement du trouble NLS ne modifiera pas la survenue du trouble lié à une substance. De même, si cette comorbidité est expliquée par un facteur de risque commun, alors le traitement d'un des deux troubles n'influencera pas la survenue de l'autre trouble. Par contre, si le premier trouble est

celui qui n'était pas LS, la prise en charge de ce trouble est susceptible de réduire la fréquence de troubles LS, comme cela pourrait être le cas ici parmi les sujets avec plusieurs troubles NLS.

Du fait de la faible taille de notre échantillon, nous n'avons pas fait la distinction entre les différents professionnels de santé mentale. Par exemple, nous n'avons pas différencié les sujets qui avaient consulté un médecin généraliste de ceux qui avaient consulté un psychothérapeute. Les prises en charge peuvent différer d'un professionnel à l'autre, et cela aurait pu induire des différences quant à la probabilité qu'un sujet soit soulagé de ses troubles non liés à une substance, et que son besoin de consommer des substances psychoactives soit modifié. Nous aurions également pu prendre en compte le soulagement que le sujet avait retiré de sa consultation. Cependant, étant donné l'effectif de notre échantillon, distinguer le recours au soin avec soulagement de celui sans soulagement entraînait un manque de puissance statistique. D'autre part, l'efficacité d'une prise en charge en santé mentale est très difficile à évaluer.

Nos résultats concernant le plus grand risque de troubles LS chez les hommes, les étudiants ne vivant pas avec un membre de leur famille, les sujets avec un score élevé de recherche de nouveauté et chez ceux ayant un bas score de persistance sont en accord avec la littérature scientifique sur le sujet (Cloninger et al 1988; Grant et al 2004c; Harford et al 2002). Cela suggère qu'il est peu probable que les limites de notre étude aient conduit à des résultats aberrants.

Nous ne pouvons pas donner de conclusion définitive sur l'influence du recours au soin en santé mentale sur la comorbidité psychiatrique. Cependant, ces résultats sont en accord avec nos hypothèses chez les sujets ayant plusieurs troubles NLS. Ils soulignent l'importance de tenir compte du recours au soin en santé mentale comme éventuel facteur modificateur de la comorbidité et nous ont encouragés à vérifier ces hypothèses dans un autre échantillon, étude qui constitue la deuxième partie de ce chapitre.

2. Comorbidité psychiatrique avec les problèmes d'alcool et recours au soin en santé mentale chez l'adulte

Conscients des limites de notre première étude : sélection des sujets et faibles effectifs, nous avons testé notre hypothèse dans une seconde étude dont l'échantillon était de plus grande taille et constitué de manière aléatoire. Dans cette nouvelle étude, nous avons tenu compte en partie de la chronologie des troubles en étudiant la relation entre des troubles anxieux ou dépressifs au cours de la vie entière et les problèmes d'alcool au cours des 12 derniers mois.

Cette étude avait pour objectif d'examiner si le recours au soin en santé mentale modifiait la force de l'association entre les troubles anxieux et dépressifs au cours de la vie entière et les problèmes d'alcool au cours des 12 derniers mois.

Ce travail a fait l'objet d'une publication présentée en annexe et acceptée à *l'American Journal of Health Behavior* (Encrenaz et al in press) et a été présenté au 6^{ème} congrès annuel de l'American Academy of Health Behavior (AAHB) en Californie, en mars 2006 (Encrenaz et al 2006b), ainsi qu'au 13^{ème} European symposium, section epidemiology and social psychiatry de l'Association of European Psychiatrists (AEP), à Bordeaux en juin 2006 (Encrenaz et al 2006a).

2.1. Méthodes

2.1.1. Echantillon

Nous avons mené cette étude à partir des données d'une enquête transversale réalisée par la MGEN afin d'estimer la prévalence des troubles psychiatriques chez les adhérents de cette mutuelle. La MGEN est une mutuelle pour les professionnels de l'éducation nationale, et leur conjoint et enfants, ce qui représente en France 2 993 328 individus. Parmi eux, 10 000 personnes âgées de 20 à 60 ans ont été tirées au sort pour participer à l'enquête. Entre juin

1999 et mars 2000, un auto-questionnaire a été envoyé à chacun d'entre eux, suivi de trois relances pour ceux qui n'avaient pas répondu. Le taux de réponse final était égal à 65,2 % (n=6 518). Parmi eux, 56 % étaient des femmes (n=3 621), l'âge moyen était égal à 43,9 (ET=10.7) et 64 % étaient des enseignants.

2.1.1. Recueil des données

Les données ont été recueillies grâce à un auto-questionnaire. Les données collectées concernaient des variables socio-démographiques, le soutien affectif, le statut du sujet vis-à-vis de l'emploi, son état de santé, la santé mentale et l'utilisation du système de soin.

2.1.1.1. Les troubles mentaux

Les troubles mentaux de l'axe I du DSM-IV ont été déterminés en utilisant une version française du Composite International Diagnostic Interview Simplified (Kovess 1996 ; Kovess et al 2001), qui est une version abrégée du CIDI (Robins et al 1988; Wittchen 1994; World Health Organization 1990). Comme dans le MINI, l'entretien commence par des questions "filtres" qui permettent de sélectionner les personnes à risque de présenter le trouble. Si les personnes répondent par l'affirmative à ces questions, on leur pose toutes les questions concernant ce trouble. Grâce à cet outil, les diagnostics déterminés étaient :

- a. l'épisode dépressif majeur
- b. la dysthymie
- c. l'attaque de panique
- d. le trouble panique
- e. l'agoraphobie
- f. la phobie sociale
- g. les phobies spécifiques
- h. le trouble obsessionnel compulsif
- i. l'abus d'alcool
- j. la dépendance à l'alcool

- k. l'anorexie
- l. la boulimie
- m. les troubles somatoformes

Pour cette étude, nous n'avons étudié que les troubles liés à l'alcool (abus et dépendance), ainsi que les troubles anxieux ou dépressifs (épisode dépressif majeur, dysthymie, attaque de panique, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, phobie spécifique, trouble obsessionnel compulsif)

2.1.1.2. Les problèmes d'alcool

En parallèle aux diagnostics d'abus et de dépendance à l'alcool, le risque de problèmes liés à l'alcool a été évalué en utilisant le CAGE (Ewing 1984; Mayfield et al 1974). Il s'agit d'un outil de dépistage des problèmes d'alcool. Il est composé de quatre questions :

1. Avez-vous déjà été critiqué par des personnes de votre entourage à cause de votre consommation d'alcool ?
2. Avez-vous déjà pensé que vous deviez diminuer votre consommation d'alcool?
3. Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise ou coupable de votre consommation d'alcool ?
4. Avez-vous déjà pris de l'alcool en vous levant le matin pour calmer vos nerfs ou vous débarrasser d'une gueule de bois ?

On considère communément qu'un sujet qui répond par l'affirmative à deux questions ou plus, est à risque d'avoir un problème lié à l'alcool.

2.1.1.3. Utilisation du système de soin

La dernière partie du questionnaire concernait l'utilisation du système de soin pour des problèmes de santé mentale. L'utilisation du système de soin était évaluée au cours de la vie entière et au cours des 12 derniers mois. Pour cette étude, nous avons tenu compte de l'utilisation du soin au cours de la vie entière.

Il était demandé au sujet s'il avait déjà consulté un médecin, un professionnel de la santé, s'il avait fait une psychothérapie, s'il avait déjà suivi un traitement spécifique ou s'il avait déjà été hospitalisé pour un problème de santé mentale. Pour chaque type de recours au soin, nous pouvions documenter pour quel type de problèmes le sujet avait eu recours au soin. Les questions que nous avons utilisées étaient formulées ainsi :

<p>T1 Avez-vous consulté un médecin, un autre professionnel de la santé ou suivi un traitement psychothérapeutique pour l'un ou plusieurs des problèmes que nous venons d'évoquer, c'est à dire ?</p> <p><i>(Veuillez cocher autant de cases que nécessaires)</i></p>		
	Oui	Non
• Pour des problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des problèmes de tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des problèmes de déprime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des phobies (peurs intenses et irraisonnées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des angoisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des idées obsédantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des problèmes d'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des problèmes d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des douleurs et malaises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source : Questionnaire de l'enquête santé de la MGEN menée en 2000

T4 Avez vous-déjà suivi un traitement spécifique pour l'un de ces problèmes ?

Oui

Non

T5 Pour quel(s) problème(s) avez-vous entrepris ce traitement spécifique ?

(Veillez cocher autant de cases que nécessaires)

	Oui	Non
• Pour des problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des problèmes de tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des problèmes de déprime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des phobies (peurs intenses et irraisonnées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des angoisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des idées obsédantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des problèmes d'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des problèmes d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des douleurs et malaises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source : Questionnaire de l'enquête santé de la MGEN menée en 2000

T15 Avez-vous déjà été hospitalisé pour l'un de ces problèmes ?

	Oui	Non
• Pour des problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des problèmes de tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des problèmes de déprime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des phobies (peurs intenses et irraisonnées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des angoisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des idées obsédantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des problèmes d'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des problèmes d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pour des douleurs et malaises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source : Questionnaire de l'enquête santé de la MGEN menée en 2000

Dans notre étude, nous avons analysé le recours au soin au cours de la vie entière pour des symptômes anxieux ou dépressifs (insomnies, déprime, phobies et peurs irraisonnées, anxiété, idées obsédantes, problèmes d'alimentation). Nous avons limité notre étude à l'utilisation du soin pour des symptômes anxieux ou dépressifs pour augmenter la probabilité que les gens aient eu recours au soin pour leur trouble anxieux ou dépressif spécifiquement. Nous n'avons pas tenu compte du recours au soin pour des problèmes de tabagisme ainsi que pour des douleurs somatiques. Même si la comorbidité entre le tabagisme ou les douleurs et les troubles anxieux et dépressifs est élevée (Breslau et al 2004; Buist-Bouwman et al 2005; Grant et al 2004a; Ismail et al 2000; Lake et al 2005), il n'est pas certain que des sujets consultant pour des problèmes de tabagisme ou des douleurs reçoivent un soin pour leur trouble anxieux ou dépressif.

Nous avons également considéré qu'un sujet avait eu recours au soin pour des symptômes anxieux ou dépressifs s'il avait déjà été admis aux urgences pour une tentative de suicide.

D18 Avez vous-déjà été adressé(e), ou bien vous êtes-vous présenté(e) aux urgences d'un hôpital après une tentative de suicide ?

Oui

Non

Source : Questionnaire de l'enquête santé de la MGEN menée en 2000

2.1.1.4. Le soutien affectif

Une question nous permettait de documenter le soutien social des sujets. Cette question était formulée ainsi :

V15 Connaissez-vous une ou plusieurs personnes dont vous vous sentez suffisamment intime ou proche pour partager vos préoccupations personnelles ?

- Non, aucune
- Oui, une
- Oui, deux ou trois
- Oui, plus de trois

Source : Questionnaire de l'enquête santé de la MGEN menée en 2000

Un sujet était considéré comme n'ayant pas de soutien affectif s'il ne connaissait aucune personne suffisamment proche ou intime pour parler de ses préoccupations.

2.1.2. Variables

2.1.2.1. Variable dépendante

La variable dépendante était le risque d'avoir un problème d'alcool au cours des 12 derniers mois, quelle que soit la date de survenue de ces problèmes. Nous avons considéré qu'un sujet était à risque d'avoir un problème d'alcool au cours des 12 derniers mois s'il présentait au moins une des caractéristiques suivantes :

- (1) Un diagnostic DSM-IV d'abus d'alcool (CIDIS) au cours des 12 derniers mois
- (2) Un diagnostic DSM-IV de dépendance à l'alcool (CIDIS) au cours des 12 derniers mois
- (3) Un score supérieur ou égal à deux au CAGE au cours des 12 derniers mois

Blume 1994). De plus, les femmes sont plus souvent affectés par les troubles anxieux ou dépressifs que les hommes (Alonso et al 2004a) et utilisent plus fréquemment le système de soin pour des problèmes de santé mentale (Alonso et al 2004c ; Wang et al 2005b). Il a également été montré que parmi les sujets qui avaient une comorbidité psychiatrique, les comportements de recours au soin étaient différents selon le sexe (RachBeisel et al 1999). Nous avons également tenu compte de l'âge, les sujets plus âgés étant plus à risque d'avoir un trouble anxieux ou dépressif sur la vie entière. D'autre part, il a été montré qu'il était associé à l'utilisation du système de soin (Kessler et al 2001; Wang and El-Guebaly 2004 ; Wang et al 2005b). Nous avons également analysé le niveau scolaire (si la personne était allée à l'université) car des études ont montré que cette variable était associée à la survenue de troubles psychiatriques d'une part et au recours au soin d'autre part (Alonso et al 2004c). Enfin, nous avons étudié le soutien affectif qui est un facteur connu pour être un facteur protecteur vis-à-vis des troubles mentaux (Paykel 1994).

2.1.3. Analyse statistique

Nous avons tout d'abord étudié l'association entre le risque d'usage problématique d'alcool au cours des 12 derniers mois et les troubles anxieux et dépressifs au cours de la vie entière, sans tenir compte du recours au soin. Nous avons ensuite examiné l'effet du recours au soin sur cette association en utilisant la variable explicative détaillée précédemment. Nous avons analysé le risque de problèmes liés à l'alcool au cours des 12 derniers mois en construisant un modèle de régression logistique multivariée. Cette variable a été étudiée comme quatre variables indicatrices avec le niveau 0 (aucun trouble anxieux ou dépressif) comme le niveau de référence. Dans cette analyse, nous avons comparé les coefficients associés au recours au soin parmi les sujets avec un seul trouble anxieux ou dépressif d'une part, et parmi ceux avec deux troubles anxieux ou dépressifs d'autre part. Ces comparaisons ont été réalisées en utilisant le test de Wald pour comparer deux coefficients de régression.

Les autres variables explicatives ont été sélectionnées selon une stratégie d'analyse pas à pas descendante. Dans l'ensemble de cette analyse, une association était considérée comme significative si la valeur de p était inférieure à 0,05. L'adéquation du modèle a été testée en utilisant le test d'Hosmer et Lemeshow (Hosmer and Lemeshow 2000).

2.2. Résultats

2.2.1. Description

Parmi les troubles psychiatriques non liés à une substance, l'épisode dépressif majeur était le plus fréquent avec une prévalence au cours de la vie entière égale à 31,6 % (tableau 2.9).

Tableau 2.9. Prévalences vie entière des troubles psychiatriques non liés à une substance - échantillon aléatoire de 6 518 adhérents de la mutuelle générale de l'éducation nationale, 2000

Troubles	Prévalence vie entière	
	n	%
Troubles dépressifs		
Episode dépressif majeur	1968	31,6
Dysthymie	40	0,6
Troubles anxieux		
Attaque de panique	1017	16,5
Trouble panique	100	1,6
Agoraphobie	556	8,9
Phobie sociale	213	3,4
Phobie spécifique	255	4,1
Trouble obsessionnel compulsif	58	1,0
Autres troubles		
Anorexie	13	0,2
Boulimie	185	3,1
Trouble somatoforme	41	0,7

Au total, 51 sujets (0,8 %) avaient déjà eu une dépendance à l'alcool, 37 (0,7 %) un abus à l'alcool et 496 (7,9 %) avaient déjà eu un score supérieur à deux au CAGE. Ainsi, 509 sujets étaient à risque d'avoir eu un problème d'alcool au cours de la vie entière. Pour 338 sujets (66,4 % des sujets à risque de problèmes d'alcool au cours de leur vie et 5,4 % de l'échantillon total), ce risque était toujours présent au cours des 12 derniers mois.

Ces sujets à risque de problèmes d'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête se répartissaient ainsi :

Tableau 2.10. Répartition des 338 sujets à risque d'avoir un problème d'alcool au cours des 12 derniers mois, en fonction des diagnostics d'abus ou de dépendance du CIDIS et du score au CAGE - échantillon aléatoire de 6 518 adhérents de la mutuelle générale de l'éducation nationale, 2000

		Abus ou dépendance à l'alcool (critères DSM-IV)		
		oui	non	manquant
CAGE \geq 2	oui	55	267	7
	non	9	0	0
	manquant	0	0	0

2.2.2. Associations entre les troubles anxieux et dépressifs et le risque de problèmes d'alcool

Toutes les associations étaient significatives, sauf pour le trouble panique et le trouble obsessionnel compulsif. La plus forte association était observée pour la dysthymie (RC = 3,4). Parmi les troubles anxieux, cette association était la plus forte pour la phobie spécifique (RC = 3,2). D'autre part, le risque de problèmes d'alcool au cours des 12 derniers mois semblait augmenter avec le nombre de troubles anxieux ou dépressifs (tableau 2.11).

Tableau 2.11. Associations entre les troubles anxieux ou dépressifs au cours de la vie entière et le risque d'usage problématique d'alcool au cours des 12 derniers mois - échantillon aléatoire de 6518 adhérents de la mutuelle générale de l'éducation nationale, 2000 : rapports de cote et leur intervalle de confiance à 95 % par trouble et par nombre de troubles

Troubles	RC ^a	IC _{95%} ^b
Episode dépressif majeur	1,8	[1,4 ; 2,2]
Dysthymie	3,4	[1,4 ; 8,2]
Attaque de panique	1,7	[1,3 ; 2,2]
Trouble panique	1,8	[0,9 ; 3,6]
Agoraphobie	1,5	[1,1 ; 2,1]
Phobie sociale	2,3	[1,5 ; 3,6]
Phobie spécifique	3,2	[2,2 ; 4,7]
Trouble obsessionnel compulsif	2,1	[0,9 ; 5,0]
<i>Nombre de troubles</i>		
0	1,0 (ref.)	
1	1,8	[1,4 ; 2,4]
2 ou plus	2,5	[1,8 ; 3,3]

^a RC : Rapport de Cotes non ajustés

^b IC_{95%} : Intervalle de confiance à 95 % du rapport de cotes

2.2.3. Associations entre les troubles anxieux et dépressifs, et le risque de problèmes d'alcool en fonction du recours au soin en santé mentale

Parmi les sujets qui avaient déjà eu un trouble anxieux ou dépressif au cours de leur vie (n=2543), 1531 (60,2 %) avaient eu recours au soin pour des symptômes anxieux ou dépressifs.

Le risque de problèmes liés à l'alcool au cours des 12 derniers mois était plus élevé chez les sujets avec au moins un trouble anxieux ou dépressifs en comparaison avec ceux qui n'avaient jamais eu ce type de troubles. La prévalence la plus élevée était observée pour les sujets avec au moins deux troubles anxieux ou dépressif qui n'avaient jamais eu recours au soin pour des symptômes anxieux ou dépressifs. Parmi les sujets avec un trouble anxieux ou dépressif au

cours de la vie entière, la prévalence des problèmes d'alcool au cours des 12 derniers mois était la plus élevée parmi ceux qui avaient eu recours au soin. Au contraire, parmi les sujets avec au moins deux troubles anxieux ou dépressifs, cette prévalence était plus faible parmi ceux qui avaient eu recours au soin (tableau 2.12).

Tableau 2.12. Risque de problèmes liés à l'alcool au cours des 12 derniers mois en fonction du nombre de troubles anxieux ou dépressifs et du recours au soin en santé mentale - échantillon aléatoire de 6518 adhérents de la mutuelle générale de l'éducation nationale, 2000

	N	Problèmes d'alcool au cours des 12 derniers mois	
		n	%
- Aucun trouble anxieux ou dépressif	3708	140	3,8
- Un trouble anxieux ou dépressif			
Sans recours au soin	762	41	5,4
Avec recours au soin	816	65	8,0
- Au moins deux troubles anxieux ou dépressifs			
Sans recours au soin	226	28	12,4
Avec recours au soin	666	52	7,8

Le modèle de régression logistique multivarié nous a permis de confirmer que les sujets qui avaient déjà eu un trouble anxieux ou dépressif étaient plus à risque d'avoir un problème d'alcool que ceux qui n'avaient jamais eu ce type de troubles, qu'ils aient eu ou non recours au soin pour des symptômes anxieux ou dépressifs (tableau 2.13).

Parmi les sujets qui avaient eu un seul trouble anxieux ou dépressif, ceux qui avaient eu recours au soin pour des symptômes anxieux ou dépressifs étaient plus à risque d'avoir eu des problèmes d'alcool que ceux qui n'avaient pas eu un tel recours (RC = 2,7 et 1,7 respectivement). Au contraire, parmi les sujets avec au moins deux troubles anxieux ou dépressifs, ceux qui avaient eu recours au soin étaient moins à risque d'avoir un problème lié à l'alcool (RC = 3,2 et 5,5 respectivement). Dans les deux cas, chez les sujets avec un seul trouble anxieux ou dépressif et ceux avec au moins deux troubles anxieux ou dépressifs, les différences entre les RC étaient significatives ($p = 0,03$ et $p = 0,04$ pour le test de Wald).

Les femmes étaient significativement moins à risque d'avoir eu un problème d'alcool au cours des 12 derniers mois que les hommes. Ce moindre risque était également retrouvé chez les sujets âgés de moins de 35 ans. Le risque de problème d'alcool n'était associé ni au soutien affectif, ni au niveau d'études. Aucun de ces facteurs n'était un facteur de confusion, car l'inclusion d'une de ces variables ne modifiait pas les coefficients associés à la variable explicative principale, à l'âge ou au sexe. Enfin, nous avons testé les interactions possibles entre la variable explicative principale et les autres covariables. Aucune d'entre elles n'étaient significativement associée au risque de problèmes liés à l'alcool. Le test d'Hosmer et Lemeshow était en faveur d'une bonne adéquation du modèle ($p = 0,62$).

Tableau 2.13. Modélisation du risque de problèmes liés à l'alcool au cours des 12 derniers mois en fonction du recours au soin en santé mentale - échantillon aléatoire de 6518 adhérents de la mutuelle générale de l'éducation nationale, 2000 : rapports de cotes et leur intervalle de confiance à 95 %

	RC ^a ajusté	IC _{95%} ^b
Principale variable explicative		
- Aucun trouble anxieux ou dépressif	1,0	Ref
- Un trouble anxieux ou dépressif		
Sans recours au soin	1,7	[1,2 ; 2,5]
Avec recours au soin	2,7	[1,9 ; 3,7]
- Au moins deux troubles anxieux ou dépressifs		
Sans recours au soin	5,5	[3,5 ; 8,7]
Avec recours au soin	3,2	[2,2 ; 4,5]
Autres covariables		
- Sexe		
Hommes	1,0	Ref
Femmes	0,2	[0,2 ; 0,3]
- Age		
[18 ; 34]	1,0	Ref
[35 ; 49]	1,9	[1,3 ; 2,7]
50 ans et plus	2,2	[1,5 ; 3,2]

^aRC : Estimation du rapport de cotes ajusté sur le sexe et l'âge

^bIC_{95%} : Intervalle de confiance du rapport de cotes à 95%

2.3. Discussion

L'objectif de cette étude était d'examiner comment le recours au soin en santé mentale modifiait l'association entre les troubles anxieux ou dépressifs au cours de la vie entière et le risque de problèmes d'alcool au cours des 12 derniers mois. Nous avons montré que le recours au soin en santé mentale était associé à une diminution du risque de problèmes liés à l'alcool chez les sujets qui avaient eu au moins deux troubles anxieux ou dépressifs au cours de leur vie. Au contraire, parmi les sujets avec un seul trouble anxieux ou dépressif, ceux qui avaient eu recours au soin en santé mentale étaient plus à risque d'avoir des problèmes liés à l'alcool que ceux qui n'avaient pas eu un tel recours. Ces résultats confirment ainsi ceux de notre étude préliminaire.

Les données que nous avons utilisées sont issues d'une enquête transversale dont l'objectif était d'estimer la prévalence des principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV parmi les adhérents de la MGEN. Cette mutuelle est destinée aux professionnels de l'éducation nationale ainsi qu'à leur famille (conjoint et enfants). Cette population se distingue de la population générale française du fait que plus de la moitié des individus sont des enseignants et que les femmes et les personnes avec un haut niveau d'étude sont sur-représentées. Ces deux derniers facteurs sont connus pour être liés aux troubles anxieux et dépressifs, aux problèmes d'alcool et à l'utilisation du soin en santé mentale (Alonso et al 2004a; Alonso et al 2004c; Alonso et al 2004d; Blume 1994; RachBeisel et al 1999). Plusieurs études ont montré que les femmes étaient moins à risque que les hommes d'avoir des problèmes liés à l'alcool, qu'elles étaient plus souvent touchées par les troubles anxieux ou dépressifs et qu'elles avaient plus facilement recours au soin en santé mentale. Un haut niveau d'étude serait lié à de plus faibles prévalences de troubles mentaux (qu'ils soient liés ou non à l'alcool) et à une utilisation du soin en santé mentale plus fréquente. Cependant, l'objectif principal de cette étude était analytique. Pour que cette sur-représentation entraîne un biais, il faudrait qu'elle ait affecté les groupes définis par notre variable explicative principale de manière différentielle, ce qui n'est probablement pas le cas ici. De plus, nous avons étudié l'effet du sexe et du niveau d'étude dans notre analyse principale. Ainsi, les associations que nous avons étudiées ne sont peut-être pas biaisées par le manque de représentativité de notre échantillon.

Les troubles mentaux de l'axe I du DSM-IV ont été déterminés en utilisant une version auto-administrée du CIDIS. Il a été montré que cet outil mesurait avec une bonne fiabilité les troubles mentaux en comparaison avec la version longue du CIDI, sauf pour l'anxiété généralisée (Kovess et al 2001) qui n'a pas été évaluée dans cette étude. Les biais de mesure liés à cet outil ont donc été minimisés.

La présence d'un risque d'usage problématique d'alcool a été déterminée en utilisant le CIDIS (critères diagnostiques du DSM-IV) d'une part et le CAGE d'autre part. Nous avons utilisé la combinaison de deux outils de mesure des problèmes d'alcool afin de mieux identifier les sujets présentant un tel risque. En effet, il a été montré que le CAGE était utile pour identifier les problèmes d'alcool parmi les femmes et les sujets jeunes parmi lesquels il y avait plus d'erreur de classement en utilisant les critères DSM-IV d'abus ou de dépendance à l'alcool (Buhler et al 2004). Cependant, les risques de problèmes d'alcool ont pu être sous-estimés dans cette étude. Les consommations d'alcool sont peut-être perçues de manière plus négative parmi le personnel de l'éducation nationale, du fait en partie de leur rôle de modèle, conduisant peut-être à de plus hauts taux de déni et de sous-déclaration. Cependant nous avons utilisé un auto-questionnaire, ce qui a pu limiter ces biais d'information. Il a été montré que les taux de déni étaient plus fréquents parmi les sujets atteints de dépression (Wiseman et al 1996). Nous avons pu ainsi sous-estimer les différences de risques de problèmes d'alcool entre les sujets ayant déjà eu un trouble anxieux ou dépressifs et ceux qui n'avaient jamais eu ce type de trouble. Au contraire, le fait de se sentir coupable est un critère de l'épisode dépressif majeur (American Psychiatric Association 1994; World Health Organization 1993), mais aussi une des questions du CAGE. Cela a pu conduire à une sur-estimation des problèmes d'alcool parmi les sujets atteints de troubles dépressifs.

Les résultats que nous avons obtenus parmi les sujets avec un seul trouble anxieux ou dépressif au cours de la vie entière peuvent être expliqués par différents niveaux de sévérité au sein même de ce groupe. Des études ont montré que le recours au soin en santé mentale et la sévérité d'un trouble étaient fortement liés (Harris and Edlund 2005b; Kessler et al 1999). Parmi les sujets avec un seul trouble anxieux ou dépressif, ceux qui ont eu recours au soin étaient peut-être ceux dont le trouble était le plus sévère et donc plus à risque d'avoir des problèmes d'alcool. De plus, dans notre étude, nous avons implicitement supposé qu'un trouble anxieux ou dépressif tel que nous l'avons diagnostiqué avec le CIDIS impliquait un

besoin de soin en santé mentale, ce qui n'est pas nécessairement le cas (Jorm 2006 ; Kessler et al 2005b ; Kohn et al 2004; Nelson and Park 2006). Parmi les sujets avec un trouble déterminé par le CIDIS, certains n'avaient peut-être pas réellement un besoin de soin en santé mentale, et de ce fait étaient moins à risque d'avoir des problèmes liés à l'alcool et moins susceptibles d'avoir recours au soin. De plus, parmi les sujets sans trouble diagnostiqué, certains pouvaient avoir un besoin de soin. Cela a pu conduire à une sous-estimation de l'effet du recours au soin.

Concernant les problèmes d'alcool, nous n'avons pas tenu compte de leurs différents niveaux de sévérité. Le recours au soin en santé mentale aurait pu prévenir la forme la plus sévère de ces problèmes, telle que la dépendance. A l'origine, l'hypothèse d'automédication telle que l'a exposée Khantzian permettait d'expliquer le lien entre les troubles psychiatriques non liés à une substance et la dépendance à une substance psychoactive (Khantzian 1985; Khantzian 1997). Nous avons essayé de restreindre notre étude à l'analyse de la dépendance à l'alcool mais nos estimations n'étaient pas assez précises, à cause du faible nombre de cas. D'autre part, nous n'avons étudié que les consommations d'alcool, sans explorer les autres consommations de substances psychoactives. Pour certains sujets atteints de troubles anxieux ou dépressifs, ces troubles ont pu entraîner la consommation de substances psychoactives autres que l'alcool, pouvant ainsi conduire à des troubles liés à une autre substance, sans problèmes d'alcool. Cependant, on peut penser, que dans cette population, les consommations de substances psychoactives illicites sont relativement rares puisque les consommations d'alcool sont moins importantes que celles observées dans la population générale française (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – INPES 2001).

Nous n'avons pas distingué les différents professionnels de la santé mentale (médecin généraliste, psychiatre ou psychologue) de manière volontaire. En France, les patients peuvent consulter un psychiatre ou un psychologue sans avoir été référés par un médecin généraliste. Inversement, un généraliste peut choisir de prendre en charge le patient ou de l'adresser à un spécialiste. De plus nous étions intéressés par le fait que le sujet fasse une démarche de soin pour son trouble, quel que soit le praticien consulté.

Nous n'avons pas tenu compte dans nos analyses du recours au soin en santé mentale pour des problèmes d'alcool spécifiquement. L'inclure dans le modèle de régression logistique aurait

conduit à une distorsion des estimations par sur-ajustement, cette variable étant confondante des problèmes d'alcool. En effet, le risque de problèmes d'alcool et le recours au soin pour ce type de problèmes sont fortement associés. Si cette variable de recours au soin avait été incluse dans le modèle de régression logistique, son coefficient aurait été positif et associé à un risque plus grand de problèmes d'alcool du fait d'une causalité réverse : les sujets auraient eu recours au soin à cause de leurs problèmes d'alcool, et non le contraire. D'autre part, un sujet avec une comorbidité psychiatrique (problèmes d'alcool et trouble anxieux ou dépressifs) qui consulte pour les troubles anxieux ou dépressifs pouvait également être pris en charge pour ses problèmes liés à l'alcool. Ainsi, la diminution du risque de problèmes d'alcool associée au recours au soin en santé mentale pour des symptômes anxieux ou dépressifs pouvait être due à la prise en charge des problèmes d'alcool.

Ces possibilités de causalité reverse sont dus au schéma transversal de notre étude. Ce point a été amélioré par rapport à l'étude préliminaire en tenant compte en partie de la chronologie entre les événements par l'analyse des troubles anxieux ou dépressifs au cours de la vie entière alors que les problèmes d'alcool étaient envisagés au cours des 12 derniers mois. A l'origine, le questionnaire permettait de reconstruire la chronologie entre ces différents troubles avec des questions sur l'âge de survenue de ces problèmes. Nous n'avons, cependant, pas pu tenir compte de cette information du fait d'un grand nombre de données manquantes. Malgré tout, la causalité réverse peut toujours expliquer certains de nos résultats, en particulier chez les sujets avec un seul trouble anxieux ou dépressif au cours de la vie entière. Comme dans l'étude précédente, nos résultats peuvent également être expliqués par les différents types de modèles étiologiques de la comorbidité (Raimo and Schuckit 1998; Swendsen and Merikangas 2000).

Malgré les limites de cette étude, nos résultats parmi les sujets avec plusieurs troubles anxieux ou dépressifs sont en accord avec les résultats de Harris et collaborateurs qui ont montré que l'usage d'alcool en grande quantité était plus élevé parmi les individus qui n'avaient pas eu recours au soin pour des problèmes liés à leurs émotions, des problèmes nerveux ou de santé mentale (Harris and Edlund 2005a). Ils sont également concordants avec ceux de notre première étude. De plus, nos résultats concernant le sexe et l'âge sont cohérents avec d'autres études (Alonso et al 2004a ; Blume 1994; Kessler et al 2001; Wang and El-Guebalay 2004)

Les résultats de cette étude suggèrent que l'utilisation du soin en santé mentale est associé à un risque moins important de problèmes liés à l'alcool au cours des 12 derniers mois parmi les sujets avec plusieurs troubles anxieux ou dépressifs au cours de la vie entière, mais nous ne pouvons pas conclure de façon certaine à une relation de type causale, même si la modification de l'effet par modification de la cause est en faveur de ce type de relation.

3. Conclusion du chapitre 2 et perspectives

Dans ces deux premières études, nous avons montré que le recours au soin en santé mentale pouvait être considéré comme un facteur modificateur de la comorbidité psychiatrique chez les sujets ayant plusieurs troubles psychiatriques non liés à une substance, dans le sens où ce recours au soin serait associé à un plus faible risque de comorbidité avec les troubles liés à une substance. Ces deux études confirment l'importance de tenir compte du recours au soin comme facteur potentiellement modificateur d'effet dans les études sur la comorbidité psychiatrique, ce qui n'est pratiquement jamais fait. Nos résultats montrent que les conclusions de ces études pourraient être largement biaisées, et différents si le recours au soin était pris en compte.

Cependant, ces deux études ont l'inconvénient majeur d'être des études d'observation transversales, ce qui ne nous permet pas de conclure à une éventuelle relation causale. Elles nous ont permis de raisonner en termes de force d'associations. Il faudrait poursuivre ces recherches dans le cadre d'une étude longitudinale, ce qui nous permettrait de documenter la chronologie entre les différents événements. Si cette relation s'avérait causale, ces résultats pourraient avoir des implications en termes de santé publique, en proposant un moyen de prévention d'une partie des troubles liés à une substance et en apportant des arguments supplémentaires à la promotion de l'accès au soin en santé mentale.

CHAPITRE 3 :

USAGE D'ALCOOL OU DE DROGUES EN REPONSE À UN TROUBLE PSYCHIATRIQUE

1. Objectifs de l'étude

Nous avons mené une troisième étude sur l'usage de substances psychoactives en réponse à un trouble anxieux ou dépressif. L'usage de substances psychoactives peut être considéré comme un moyen de gestion des symptômes de troubles psychiatriques, et c'est ce type de recours que nous avons tout particulièrement étudié dans ce troisième chapitre. On ne sait pas dans quelle mesure les sujets ont recours à ce type de consommations et s'il existe des différences selon le type de trouble auquel ils sont confrontés. En effet, il a été montré que les mécanismes de défenses des sujets face à des symptômes psychologiques pouvaient différer d'un trouble à un autre (Blaya et al 2006; Pollock and Andrews 1989). D'autre part, il nous a semblé pertinent d'étudier si l'usage de substances était combiné au soin, et de déterminer les profils des personnes faisant un usage de substances en réponse à des symptômes psychologiques.

Les objectifs de cette étude étaient :

- (1) d'estimer les proportions de sujets faisant usage de substances psychoactives en réponse à un trouble psychiatrique, par trouble, dans la population générale française
- (2) d'examiner comment le recours au soin en santé mentale était combiné à l'usage de substances psychoactives en réponse à un trouble psychiatrique
- (3) d'examiner les facteurs associés à l'usage de substances en réponse à des symptômes psychologiques

Cette étude a été menée à partir des données recueillies lors d'une enquête sur la santé mentale de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et de la direction Générale de la Santé (DGS) visant la définition d'indicateurs de planification en santé mentale dans quatre régions françaises (enquête « indicateurs régionaux en santé mentale »). Cette enquête a été exécutée et exploitée par la fondation pour la santé publique de la MGEN. Notre étude fera l'objet d'un article qui ne sera soumis qu'une fois le rapport sur cette étude rendu public (parution prévue en janvier 2007).

2. Méthodes

2.1. Echantillon

Nous avons utilisé un sous-échantillon de l'enquête "indicateurs régionaux en santé mentale" qui est une enquête téléphonique transversale. Quatre régions françaises (Ile de France, Haute-Normandie, Lorraine et Rhône Alpes) ont été volontaires pour participer à ce projet. Dans chaque région, les sujets ont été sélectionnés selon un sondage à deux degrés détaillé ci-dessous.

Les critères d'inclusion pour cette étude étaient :

- être majeur
- avoir sa résidence principale dans la région concernée
- parler Français

Les données utilisées dans notre étude porte uniquement sur un échantillon de personnes possédant une ligne de téléphone fixe¹.

2.1.1. Sélection des ménages

La constitution de l'échantillon a été réalisée à partir d'un fichier des numéros de téléphones de *France Telecom*. Un premier tirage au sort a été réalisé sur l'ensemble des numéros inscrits sur la liste blanche dans les quatre régions. A partir de ce fichier, a été créé celui comportant les numéros à contacter. Pour cela le fichier des numéros de la liste blanche précédemment sélectionné a été dupliqué et modifié : des numéros ont été générés en tirant aléatoirement un chiffre en remplacement du dernier chiffre de chacun des numéros. Cette procédure de sélection a permis d'inclure des numéros de téléphone des listes rouge et orange.

¹ Dans l'enquête initiale, un échantillon de 2 061 personnes ne possédant qu'un téléphone portable a été ajouté à l'échantillon de personne possédant une ligne fixe. La sélection a été réalisée au niveau national et ces sujets ont fait l'objet d'un traitement spécial.

Au total, le fichier comportait 59 836 numéros à contacter. Parmi ces numéros, 38 612 correspondaient au numéro de téléphone d'un ménage. Parmi ces ménages, 406 ne parlaient pas Français, 5 809 n'ont pas pu être joints après 15 tentatives, 4 154 ont refusé de participer à l'étude. Au final, 28 243 ménages étaient éligibles pour participer à cette étude.

2.1.2. Sélection des individus

Dans chaque ménage sélectionné lors de l'étape précédente (n=28 243), un sujet a été sélectionné au hasard en utilisant une méthode proposée par Kish (Kish 1965). Cette méthode consiste à faire nommer et classer les sujets du ménage remplissant les critères d'inclusion selon un ordre prédéterminé (par exemple par sexe, puis par âge décroissant) et à en sélectionner un au hasard.

Si la personne sélectionnée était disponible pour répondre au questionnaire, elle était interrogée dès le premier appel. Dans le cas contraire, l'enquêteur convenait d'un rendez-vous téléphonique.

Parmi les personnes sélectionnées suivant cette procédure, 1 357 ne remplissaient pas les critères d'inclusion dans l'étude, 2 795 n'ont pas pu être jointes après 15 tentatives, 2 114 ont refusé de participer à l'étude, 610 étaient absentes pour une période prolongée et 588 n'ont pas répondu à la totalité du questionnaire.

De plus, 702 personnes ont été considérées comme incapables de répondre. C'était le cas si la personne était trop âgée et qu'elle était malentendante, si elle ne répondait pas aux questions, si elle répondait de manière incohérente, si elle était sous l'influence d'alcool ou d'autres substances ou enfin si elle était atteinte d'une affection physique qui l'empêchait de parler suffisamment longtemps.

Au final, 20 077 personnes sur 31 040 potentielles ont participé à l'enquête et le taux de réponse par région et dans l'échantillon total est donné dans le tableau 3.1.

Tableau 3.1 : Taux de réponse par région - Enquête "Indicateurs régionaux en santé mentale"

	Ile de France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total
Nombre d'interviews	5 011	5 007	5 026	5 033	20 077
Taux de réponse (%)	56,3	64,5	66,5	63,5	64,6

2.2. Organisation du terrain

Avant le démarrage de l'enquête, le ministère de la santé a envoyé une lettre-annonce pour sensibiliser les foyers résidants dans les quatre régions volontaires. Ce courrier avait pour objectif d'informer la population sur cette enquête et de les convaincre de son caractère officiel.

Les données ont été recueillies par 82 enquêteurs formés par l'institut de sondage *IPSOS* et sensibilisés à l'importance de l'enquête, en utilisant le Computer Assisted Telephone Interviewing (ou système CATI) qui est un système informatique interactif utilisé pour la collecte de données par téléphone. Ce système offre l'avantage d'améliorer la qualité des données recueillies par une diminution des erreurs d'observation et par la possibilité d'un contrôle d'un certain nombre de paramètres.

Le recueil des données s'est déroulé de début avril à fin juillet 2005.

2.3. Composition du questionnaire

2.3.1. Variables socio-démographiques

Dans un premier temps, des données socio-démographiques ont été recueillies. Ces variables concernaient, entre autres :

- l'âge

- le sexe
- la situation matrimoniale
- le niveau d'étude
- le niveau de revenu
- la taille de la commune d'habitation

2.3.2. Les troubles mentaux

Les diagnostics des troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) ont été déterminés en utilisant une version courte du CIDIS (Kovess et al 2001), une version simplifiée du CIDI (Robins et al 1988; Wittchen 1994). Ce questionnaire propose des questions "filtres" qui permettent de sélectionner les personnes à risque de présenter le trouble. Si les personnes répondent par l'affirmative à ces questions, on leur pose toutes les questions concernant ce trouble.

Six troubles anxieux ont été évalués dans le cadre de cette enquête, (trouble panique, agoraphobie, phobie spécifique, phobie sociale, troubles obsessionnels compulsifs et état de stress post-traumatique), ainsi qu'un trouble de l'humeur (épisode dépressif majeur) et quatre troubles liés à une substance psychoactive (abus ou dépendance à l'alcool, abus ou dépendance à une substance illicite). Nous n'avons pas étudié le diagnostic d'anxiété généralisée car il a été montré que le CIDIS ne mesurait pas avec une bonne fiabilité ce diagnostic (Kovess et al 2001).

2.3.3. Spécificité des troubles liés à une substance et de l'épisode dépressif majeur

Les diagnostics des troubles liés à une substance (alcool ou substances illicites) ont été déterminés en utilisant le CIDIS, comme pour les autres troubles psychiatriques. Cependant, le filtre utilisé pour l'évaluation des critères diagnostics des troubles liés à l'alcool était le CAGE (Ewing 1984) qui a été présenté dans le chapitre précédent. Les diagnostics n'ont été explorés que chez les personnes ayant répondu positivement à au moins deux questions du CAGE. Pour l'épisode dépressif majeur, il y avait deux questions filtres, une sur l'anhédonie

(insensibilité au plaisir) et une sur la tristesse, chacune correspondant à une section diagnostique distincte.

2.3.4. Recours en réponse à un trouble

Pour chaque trouble, il était demandé aux sujets s'ils avaient consulté un médecin, un psychologue, et s'ils avaient pris des médicaments, de l'alcool ou des drogues en réponse aux symptômes de ce trouble. Par exemple, à la fin de la section permettant d'évaluer l'épisode dépressif majeur chez les sujets déclarant avoir vécu un épisode de grande tristesse, les questions suivantes étaient posées :

Q79. Avez-vous parlé à un médecin de ces problèmes de tristesse?

Oui

Non

(Nsp)

Si Q79 = 1, poser Q80

Q80. S'agissait-il d'un....

Enquêteur citer, plusieurs réponses possibles

Médecin Généraliste

Psychiatre

D'un autre médecin

(Nsp)

Q81. Et en avez-vous parlé à

Oui

Non

(Nsp)

Sq1 – Un psychologue

Sq2 – Un psychothérapeute qui n'était ni un médecin ni un psychologue

Sq3 – Une assistante sociale ou une infirmière ou un autre intervenant

Q82. A cause de ces problèmes de tristesse, avez-vous pris plus d'une fois l'un ou plusieurs des produits suivants ?

Oui

Non

(Nsp)

Sq1 – Des médicaments

Sq2 – De la drogue

Sq3 – De l'alcool

Source : Questionnaire "indicateurs régionaux en santé mentale"

A partir de ces questions, nous avons distingué plusieurs recours. Nous avons étudié si le sujet avait eu recours au soin en distinguant la consultation d'un psychiatre, celle d'un autre médecin, et celle d'un autre spécialiste de santé mentale, c'est-à-dire si le sujet avait eu

recours à un psychologue ou à un psychothérapeute. Nous avons regroupé l'usage d'alcool et de drogue en un seul recours correspondant à l'usage de substances psychoactives.

Pour certains troubles, ces interventions étaient évaluées par la même question. Par exemple, pour toutes les phobies (spécifiques, sociale ou agoraphobie), les interventions étaient évaluées une seule fois, par la même question. Il en était de même pour le trouble panique et les attaques de panique. Lors de l'étude des recours, nous avons donc regroupé ces troubles : nous avons regroupé toutes les phobies et nous avons regroupé les attaques de panique et le trouble panique en une seule catégorie "problèmes paniques".

Enfin, nous avons pu améliorer l'information sur les médicaments en utilisant une question de la section sur l'utilisation du système de soin. Il était demandé au sujet si au cours des 12 derniers mois il avait pris certains traitements :

Q.246 Au cours des 12 derniers mois avez-vous pris des médicaments pour des problèmes psychologiques psychiatriques, d'alcool ou de drogues ?

1. Oui
2. Non
3. (Nsp)

Si Q246 = 1, poser Q247

Q 247. Quels types de médicaments preniez-vous ?

Enquêteur citer, plusieurs réponses possibles

1. Oui
2. Non
3. (Nsp)

1. Des Somnifères (Sédatifs hypnotiques, par exemple: Halcion, Halvane, Mogadon, Rohypnol, Stilnox, Zolpidem, Imovane, Noctran, Théralène, Donormyl)
2. Anxiolytiques (médicaments contre l'anxiété par exemple: Lexomil, Ivadal, Témesta, Xanax, Tranxène, Lysanxia, Atarax, Séresta, Equanil, Urbanyl, Valium)
3. Anti-dépresseurs (par exemple : Prozac, Deroxat, Stablon, nafranil, Athymil, Laroxyl, Séropram, Survector, Zolof, Floxyfral, Protmiaden, Effexor)
4. Médicaments homéopathiques (par exemple : Dolirelax, Dolisedal, Homéogène, Passiflora, Poconéol, Neuropax, Neuroflorine)
5. Thymorégulateurs (par exemple : Neurolithium, Téralithe, Tegretol, Dépakote, Dépamide, Zyprexa)
6. Médicaments modifiants l'envie de boire (par exemple : Espéral, Aotal...)
7. Neuroleptiques antipsychotiques (par exemple : Largactil, Melleril, Nozinan, Tercian, Droleptan, Haldol, Dogmatil, Leponex, Loxapac, Olanzapine et Risperidal)
8. Psychostimulants (Par exemple Ritaline, Concerta, Modiodal...)
9. D'autres médicaments (Par exemple : Subutex, méthadone..)
10. (Aucun de ceux là) non suggéré
11. (nsp)

Source : Questionnaire "indicateurs régionaux en santé mentale"

Nous avons considéré qu'un sujet avait pris des médicaments en réponse à un trouble anxieux ou dépressif s'il avait pris un des traitements des sections 1, 2, 3 ou 5.

2.3.5. Le retentissement fonctionnel lié à ces troubles

Pour chacun des diagnostics, le retentissement fonctionnel des troubles a été évalué en utilisant l'échelle de gêne de Sheehan (Sheehan et al 1996). Elle détermine de manière simple

(quatre questions) le handicap que la maladie psychiatrique peut engendrer dans la vie quotidienne du sujet en évaluant ses répercussions dans trois domaines : travail, vie sociale/activités de loisirs, famille/responsabilités domestiques. Par exemple, pour l'épisode dépressif majeur, cette partie était présentée ainsi :

Sur une échelle de 0 à 10 où 0 signifie une absence de gêne et 10 signifie une gêne sévère, quel chiffre décrit à quel point votre humeur triste vous a gêné au cours des 12 derniers mois dans chacune des activités suivantes ?

/_/_/ Si ne sait pas coder NSP

Si non concerné coder NR

Sq1 - Vos tâches ménagères (le ménage, les courses ou s'occuper de la maison, de l'appartement)

Sq2 - Votre capacité de travail

Sq3 - Votre capacité à établir et à maintenir des relations proches avec les autres

Sq4 - Votre vie sociale

Source : Questionnaire "indicateurs régionaux en santé mentale"

Chacun de ces éléments était coté de 0 (pas d'incapacité) à 10 (incapacité très grave). Nous avons fait la somme de ces éléments pour chaque sujet et pour chaque trouble. Nous avons considéré qu'une personne pour qui cette somme était supérieure ou égale à 28 était atteinte d'un trouble très sévère, c'est-à-dire avec un important retentissement fonctionnel.

2.3.6. Le soutien affectif

L'instrument de mesure du soutien affectif était composé de quatre questions sur l'entourage proche.

Je vais maintenant vous poser 4 questions sur votre entourage proche

Q51. Avez-vous un(e) confident(e), c'est-à-dire quelqu'un à qui parler de vos sentiments ou de vos préoccupations personnelles ?

1. Oui
2. Non
3. (Nsp)

Q52. Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise?

1. Oui
2. Non
3. (Nsp)

Q53. Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter lorsque vous avez à prendre des décisions personnelles importantes ?

1. Oui
2. Non
3. (Nsp)

Q54. Avez-vous quelqu'un qui vous fait sentir qu'il vous aime et qu'il tient à vous ?

1. Oui
2. Non
3. (Nsp)

Source : Questionnaire "indicateurs régionaux en santé mentale"

Une personne qui avait répondu de manière négative à toutes ces questions était considérée comme ne ressentant aucun soutien affectif.

2.4. Analyses statistiques

2.4.1. Description de l'échantillon

Dans un premier temps, nous avons décrit les variables socio-démographiques et les principaux diagnostics psychiatriques (anxieux, dépressif ou liés à une substance) par région. Le plan de sondage a été pris en compte en calculant des poids pour chaque observation afin de tenir compte de la probabilité qu'un individu soit sélectionné au sein de chaque ménage (procédure Kish). Les observations ont été pondérées par l'inverse de cette probabilité (Lee et

al 1989). De plus, pour augmenter la représentativité de l'échantillon, il a été redressé dans chaque région en ce qui concerne le sexe, l'âge, la catégorie socio-professionnelle du chef de famille et la zone d'habitation (département et ville). Ce redressement a été réalisé en utilisant la procédure "Raking Adjusted Statistics" (Deville et al 1993). Les coefficients de redressement ont été calculés dans un second temps, à partir des observations pondérées par l'inverse de la probabilité d'être sélectionné. Nous avons tenu compte de ces deux pondérations (probabilité de sélection et redressement) pour la description de l'échantillon. Cette analyse a été réalisée par région en utilisant la procédure "proc surveymeans" de SAS®.

Pour la suite de l'analyse, nous n'avons travaillé qu'à partir d'un sous-échantillon de l'enquête constitué des sujets souffrant d'un trouble anxieux ou dépressif.

2.4.2. Description des recours en cas de trouble psychiatrique

Nous avons ensuite décrit les recours des sujets en réponse aux troubles psychiatriques (recours à un médecin, psychiatre, psychologue, consommations de médicaments, d'alcool ou de drogues). Nous les avons tout d'abord décrit pour chaque trouble anxieux ou dépressif, puis pour tous les sujets ayant eu au moins un de ces troubles. Pour ce dernier point, nous avons créé une variable pour chaque recours. Un sujet était considéré comme ayant eu recours à une des interventions s'il y avait eu recours au moins une fois, quelle que soit la catégorie diagnostic à laquelle il avait répondu et quel que soit le nombre de troubles dont il souffrait.

Pour réaliser ce descriptif, nous avons pondéré les observations par l'inverse de la probabilité qu'un sujet soit sélectionné dans le ménage. Nous n'avons pas tenu compte des coefficients obtenus pour le redressement de l'échantillon car cela aurait impliqué que la structure des sous-échantillons des sujets pour chaque trouble soit la même que celle de l'échantillon étudié, ce qui est loin d'être le cas, chaque trouble touchant des sous-populations différentes. Ce descriptif a été réalisé par sexe et par région et comme précédemment, nous avons utilisé "proc surveymeans" disponible sous SAS®.

2.4.3. Description de la combinaison entre le recours au soin et l'utilisation de drogues ou d'alcool

Dans un second temps, nous avons approfondi le descriptif de ces recours en étudiant leurs combinaisons. En particulier, nous avons étudié la combinaison entre l'usage de substances et le recours au soin. Le recours au soin était défini ici comme le recours à un psychiatre, à un autre médecin ou à un autre spécialiste de santé mentale (psychothérapeute ou psychologue). Cette variable combinant ce recours au soin et le recours à de l'alcool ou à une drogue avait quatre modalités :

- recours au soin uniquement
- recours au soin et à de l'alcool ou des drogues
- recours à de l'alcool ou des drogues uniquement
- aucun de ces deux recours (ni recours au soin, ni usage de substances).

Comme précédemment, nous avons décrit cette variable pour chaque trouble, puis parmi tous les sujets ayant au moins un troubles anxieux ou dépressifs. Pour ce dernier descriptif, la variable combinant les recours a été construite à partir des variables de recours pour l'ensemble des troubles.

Comme précédemment, les observations n'ont été pondérées que par l'inverse de la probabilité de sélection dans le ménage, sans tenir compte du redressement et ce descriptif a été réalisé par sexe et par région

2.4.4. Facteurs associés aux recours en cas de trouble psychiatrique

Nous avons étudié les facteurs associés à la variable combinant les recours et décrite dans le paragraphe précédent. Pour cela, nous avons construit un modèle de régression logistique multinomiale, en choisissant les personnes ayant eu recours au soin comme groupe de référence. Cette analyse nous a permis de déterminer quels étaient les facteurs associés à l'usage de substances psychoactives en réponse à un trouble psychiatrique :

- en les comparant avec le groupe ayant le comportement le plus "conforme" d'un point de vue médical ;
- en distinguant ceux qui ont eu aussi un recours au soin de ceux qui n'ont pas eu un tel recours

La variable dépendante (Y) était égale à :

$$\left\{ \begin{array}{l} Y = 0 \text{ pour les sujets qui avaient eu recours au soin uniquement (référence)} \\ Y = 1 \text{ pour les sujets qui avaient eu recours au soin et à des substances} \\ Y = 2 \text{ pour les sujets qui avaient eu recours à des substances uniquement} \\ Y = 3 \text{ pour les sujets qui n'avaient eu recours ni au soin, ni à des substances} \end{array} \right.$$

Cette variable dépendante ayant quatre modalités, le modèle était constitué de trois équations qui s'écrivent sous leur forme vectorielle :

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{LOGIT}[P(Y = 1|X_i)] = \beta_{1,0} + \beta_{1,i} X_i \quad (1) \\ \text{LOGIT}[P(Y = 2|X_i)] = \beta_{2,0} + \beta_{2,i} X_i \quad (2) \\ \text{LOGIT}[P(Y = 3|X_i)] = \beta_{3,0} + \beta_{3,i} X_i \quad (3) \end{array} \right.$$

Dans ces équations, $\beta_{1,0}$, $\beta_{2,0}$ et $\beta_{3,0}$ sont les ordonnées à l'origine, $\beta_{1,i}$, $\beta_{2,i}$ et $\beta_{3,i}$ sont les vecteurs de coefficients de régression associés aux vecteurs de variables explicatives X_i . Il existe un lien entre ces trois équations, puisque, par exemple, pour l'équation (1) :

$$\text{LOGIT}[P(Y = 1|X_i)] = \frac{P(Y = 1|X_i)}{P(Y = 0|X_i)}$$

$$\text{avec } P(Y = 0|X_i) = 1 - [P(Y = 1|X_i) + P(Y = 2|X_i) + P(Y = 3|X_i)]$$

Les coefficients ont été estimés en utilisant la procédure "proc logistic" disponible sous SAS®.

Les autres variables explicatives que nous avons testées dans le modèle étaient le sexe, l'âge, le type de commune habitée (rurale vs. urbaine), le soutien affectif, le fait d'être en couple, le niveau d'étude, le type de trouble (dépressif, anxieux ou les deux) et la sévérité du trouble (échelle de gêne de Sheehan supérieure ou égale à 28). Ces variables sont connues pour être liées au recours au soin ou à l'usage de substances psychoactives.

Les variables explicatives ont été sélectionnées selon une stratégie d'analyse pas à pas descendante en vérifiant que les variables supprimées n'étaient pas un facteur de confusion. Nous n'avons conservé que les variables globalement significatives avec un seuil inférieur à 0,05 et celles qui étaient des facteurs de confusion. Enfin, nous avons testé les termes d'interaction entre les variables sélectionnées.

Pour cette analyse, nous avons tenu compte du plan de sondage en ajustant les analyses sur la variable "région". Nous n'avons pas tenu compte de la probabilité de sélection dans le ménage, ni du redressement, car nous étions principalement intéressés par les associations individuelles et par des associations entre variables pour lesquelles l'absence de représentativité n'est pas forcément un biais. En outre, la plupart des variables du plan de sondage ont été étudiées en tant que variables explicatives.

3. Résultats

3.1. Description de l'échantillon

Cette étude a été menée dans quatre régions très différentes. Cependant, certaines tendances sont identiques dans ces régions, même si l'Ile de France se distingue souvent des trois autres (tableau 3.2). La répartition selon le sexe et l'âge ayant permis le redressement de l'échantillon, nous ne les avons présentés qu'à titre indicatif dans le tableau 3.2. Dans les quatre régions, la majorité des individus étaient mariés, mais cela était moins fréquent en Ile de France. La majorité des personnes étaient en activité, mais cela était plus fréquent en Ile de France. Près de la majorité des sujets avait un niveau d'étude équivalent au BEPC sauf en Ile de France où les niveaux d'étude étaient plus élevés.

Tableau 3.2. Description de l'échantillon par région – Enquête "Indicateurs régionaux en santé mentale" n=20 077

		Ile de France (n=5 011)	Haute Normandie (n=5 007)	Lorraine (n=5 026)	Rhône-Alpes (n=5 033)
Age (moyenne ; ET)		44,3 (17,0)	45,7 (17,7)	46,3 (17,6)	45,8 (17,4)
Sexe	Hommes	47,4	47,8	48,1	48,0
	Femmes	52,6	52,2	51,9	52,0
Situation actuelle	En activité	56,0	52,4	49,6	53,5
	Etudiant	8,9	7,3	7,4	7,3
	Mère au foyer	5,4	6,7	9,8	6,1
	Demandeur d'emploi	6,9	5,6	5,3	6,0
	Retraité	18,9	23,8	24,2	23,1
	Autre	3,9	4,2	3,7	4,0
Diplôme le plus élevé	Aucun diplôme	8,7	13,7	12,6	10,3
	CAP, BEPC...	34,6	49,1	49,9	43,7
	Bac ou équivalence	19,4	16,7	16,7	17,8
	1 ^{er} cycle	12,8	10,0	10,7	12,9
	2 ^{ème} cycle	11,6	6,6	6,4	8,7
	3 ^{ème} cycle	12,9	3,9	3,6	6,7
Statut vis-à-vis de l'emploi*	CDI	80,6	77,0	77,6	76,8
	CDD	7,3	8,1	7,9	8,4
	Interim	1,6	2,7	2,5	1,5
	Autre	10,5	12,3	12,1	13,1
Situation de famille	Célibataire	22,3	17,3	17,8	17,7
	Vie commune ou PACS	13,4	12,9	11,2	13,1
	Marié(e)	51,8	57,9	58,5	58,1
	Séparé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)	12,6	11,8	12,5	11,0
Taille de la commune	Rurale	3,8	30,9	27,5	22,5
	Moins de 20 000 hbts	4,9	15,8	19,9	15,5
	Entre 20 000 et 200 000 hbts	2,9	30,9	18,7	16,7
	Plus de 200 000 hbts ou agglomération parisienne	88,4	31,4	33,9	45,3

* décrit uniquement pour les personnes en activité

Le tableau 3.3 décrit la prévalence des troubles psychiatriques, liés ou non à une substance, ainsi que les prévalences d'une comorbidité psychiatrique et de troubles sévères.

Concernant les troubles anxieux ou dépressifs, environ 20 % des sujets avaient déjà eu un de ces troubles. La prévalence au cours des 12 derniers mois d'au moins un des troubles était la plus élevée en Ile de France (22,6 %). Parmi ces troubles, le plus fréquent était l'épisode dépressif majeur (prévalences au cours des douze derniers mois comprises entre 7,7 et 9,9 % selon la région). Parmi les troubles anxieux, le plus fréquent était la phobie spécifique (prévalences au cours des douze derniers mois comprises entre 6,9 et 7,9 % selon la région). D'autre part, environ 3,0 % des sujets avaient eu un trouble entraînant un important dysfonctionnement, c'est à dire avec un score à l'échelle de gêne de Sheehan supérieur ou égal à 28.

D'autre part, entre 5,5 et 4,1 % des sujets avaient eu un trouble lié à une substance au cours des 12 mois précédant l'enquête. Parmi ces troubles, le plus fréquent était la dépendance à l'alcool (prévalences au cours des douze derniers mois comprises entre 1,3 et 2,1 %). La prévalence la plus élevée était observée pour la région Ile de France.

Enfin, entre 2,0 et 2,6 % des sujets présentaient une comorbidité psychiatrique avec un trouble lié à une substance (c'est à dire un des troubles anxieux ou dépressifs et un trouble lié à une substance).

Tableau 3.3. Prévalences des troubles psychiatriques au cours des 12 mois précédant l'enquête, par région - Enquête "Indicateurs régionaux en santé mentale" n=20 077

	Ile de France (n=5 011)	Haute Normandie (n=5 007)	Lorraine (n=5 026)	Rhône-Alpes (n=5 033)
Troubles anxieux et dépressifs	22,6	20,5	21,9	20,7
Episode dépressif majeur	9,9	7,7	9,6	7,8
Phobie spécifique	7,0	6,9	7,9	7,4
Phobie sociale	5,5	5,4	4,8	5,4
Agoraphobie	3,0	2,8	3,0	2,9
Attaques de panique	5,6	4,8	5,4	4,7
Trouble panique	2,5	2,3	2,2	2,3
- Trouble panique sans agoraphobie	0,5	0,3	0,5	0,4
- Trouble panique avec agoraphobie	2,0	2,0	1,7	1,9
Agoraphobie sans antécédent de trouble panique	2,5	2,5	2,5	2,5
Trouble obsessionnel compulsif	3,0	2,2	3,2	2,5
Etat de stress post-traumatique	4,4	4,3	4,6	4,6
Trouble anxieux ou dépressif et échelle de gêne de sheehan ≥ 28*	3,1	2,5	3,5	2,8
Trouble lié à une substance	5,5	4,1	4,5	5,3
Dépendance à l'alcool	2,1	1,3	1,5	1,4
Abus d'alcool	1,5	1,2	0,9	1,9
Dépendance à une substance	1,2	0,8	1,2	1,0
Abus d'une substance	1,3	1,1	1,4	1,6
Comorbidité avec trouble lié à une substance	2,6	2,0	2,1	2,2

* Correspond à un diagnostic de trouble anxieux ou dépressif avec un important retentissement fonctionnel

3.2. Utilisation du système de soin et de substances psychoactives en réponse à un trouble

Parmi les hommes (tableau 3.4.a) qui avaient déjà eu un trouble anxieux ou dépressif, entre 15,0 % (en Haute-Normandie) et 21,3 % (en Ile de France) avaient fait un usage d'alcool ou de drogue en réponse à ce trouble (tableau 3.4). Ce type de recours était moins fréquent que le recours à un médecin (entre 34,5 et 41,5 % selon la région) mais plus fréquent que la consultation d'un psychologue ou d'un psychothérapeute (entre 10,9 et 18,8 %). Les sujets avaient eu recours à un psychiatre dans des proportions équivalentes à celles de l'usage de substances. Les fréquences de consommations de médicaments étaient proches de celles du recours à un médecin autre qu'un psychiatre (entre 31,3 % et 40,7 %).

Il y avait des différences en fonction du type de trouble auquel les sujets étaient confrontés. Chez les hommes, le recours à un médecin était le plus fréquent pour des problèmes de paniques et pour un état de stress post-traumatique par rapport aux autres troubles. Pour ces deux troubles, le recours à des médicaments était également le plus fréquent. La consultation d'un psychiatre, celle d'un psychologue ou d'un psychothérapeute ainsi que l'usage d'alcool ou de drogue étaient les plus fréquents pour un état de stress post-traumatique par rapport à tous les autres troubles.

On notait également des différences en fonction des régions. Pour l'ensemble des troubles, l'usage de substances était le plus fréquent en Ile de France (21,3 %). Les recours à un psychiatre ou à un autre médecin étaient les plus fréquents en Lorraine en comparaison avec les autres régions (18,6 % pour le psychiatre et 41,5 % pour un autre médecin). Les consommations de médicaments semblaient les plus fréquentes en région Rhône-Alpes (40,7 %). Il en était de même pour le recours auprès d'un psychologue ou d'un psychothérapeute (18,8 %).

Chez les femmes (tableau 3.4.b), les consommations de substances psychoactives concernaient entre 5,8 % (en Lorraine) et 7,9 % (en Ile de France) des personnes ayant un trouble anxieux ou dépressif et était l'intervention la moins fréquemment citée. La consommation de médicaments était la réponse la plus fréquente (entre 47,2 et 44,9 % selon la

région). Venaient ensuite la consultation d'un médecin autre qu'un psychiatre (entre 39,9 et 42,1 %), la consultation d'un psychiatre (entre 15,5 et 22,4 %) et enfin, la consultation d'un psychologue ou d'un psychothérapeute (entre 13,5 et 22,4 %).

Comme pour les hommes, on notait des différences en fonction du type de trouble. L'usage de substances était le plus fréquent pour l'épisode dépressif majeur (entre 6,7 et 9,7 % selon la région) et l'état de stress post-traumatique (entre 6,6 et 9,2 %). Les plus grandes fréquences de recours à un médecin autre qu'un psychiatre étaient observées pour un épisode dépressif majeur (entre 59,4 et 70,4 %), un problème panique (entre 63,1 et 71,2 %) ou pour un état de stress post-traumatique (entre 60,5 et 65,5 %). Pour ces trois troubles, la consultation d'un psychiatre était également plus fréquente que pour les autres troubles. On retrouve la même tendance pour la consultation d'un psychologue ou d'un psychothérapeute et pour les consommations de médicaments.

Pour l'ensemble des troubles, les consommations de substances étaient les plus fréquentes en Ile de France (7,9 %). Les recours à un psychiatre ou à un autre spécialiste de santé mentale étaient pour l'ensemble des troubles plus fréquents en Ile de France que dans les autres régions (22,4 % pour les deux recours). Les consommations de médicaments étaient les plus fréquentes en Haute-Normandie (47,2 %). Il en était de même, pour la consultation d'un médecin autre qu'un psychiatre (43,2 %).

Chez les femmes, le recours au soin était plus fréquent que chez les hommes. Mais chez les hommes, comme chez les femmes, ce recours était le recours le plus fréquemment cité. L'utilisation de substances psychoactives était beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, mais était un moyen de gestion des problèmes de santé mentale non négligeable. Par la suite, nous avons examiné dans quelle mesure ces deux recours étaient combinés.

Tableau 3.4. Fréquences d'utilisation des recours (en %) par les sujets souffrant d'un trouble anxieux ou dépressifs, pour l'ensemble des troubles et pour chaque trouble, chez les hommes (tableau 3.4.a) et chez les femmes (tableau 3.4.b) - Enquête "Indicateurs régionaux en santé mentale"

- Tableau 3.4.a : chez les hommes

		n	Substances	Médecin	Psychiatre	Psychologue ¹	Médicaments
Ensemble des troubles	Ile de France	313	21,3	34,5	16,2	16,7	31,3
	Haute Normandie	307	15,0	36,4	18,1	12,9	36,2
	Lorraine	310	16,9	41,5	20,9	10,9	38,2
	Rhône-Alpes	324	15,5	37,3	18,6	18,8	40,7
Episode dépressif majeur	Ile de France	151	23,2	34,4	20,6	16,9	30,6
	Haute Normandie	98	14,7	62,1	35,3	15,2	47,3
	Lorraine	137	20,2	48,0	30,9	10,6	39,2
	Rhône-Alpes	121	17,4	55,3	28,6	22,7	42,5
Phobie	Ile de France	152	15,6	20,1	20,4	14,7	25,5
	Haute Normandie	179	3,5	29,1	18,8	10,3	20,5
	Lorraine	154	11,3	30,5	9,8	5,6	13,9
	Rhône-Alpes	164	10,9	28,7	13,4	17,4	17,1
Problème panique	Ile de France	75	18,9	40,2	18,5	10,9	39,5
	Haute Normandie	81	8,1	58,3	24,5	4,6	45,6
	Lorraine	69	11,6	71,2	36,5	12,6	60,5
	Rhône-Alpes	74	9,0	65,0	39,4	15,0	46,9
Trouble obsessionnel compulsif	Ile de France	47	15,8	26,5	11,6	12,7	25,3
	Haute Normandie	45	15,1	30,7	20,2	6,6	25,2
	Lorraine	53	28,2	28,3	16,2	15,1	29,5
	Rhône-Alpes	48	20,1	48,0	19,7	14,7	21,2
Etat de stress post-traumatique	Ile de France	56	29,6	50,9	32,9	20,4	35,2
	Haute Normandie	52	17,7	67,7	35,4	29,2	41,7
	Lorraine	61	26,1	68,7	48,6	16,5	52,2
	Rhône-Alpes	64	9,6	61,2	24,1	26,1	41,7

¹ Correspond à la consultation d'un psychologue ou d'un psychothérapeute

- Tableau 3.4.b : chez les femmes

		n	Substances	Médecin	Psychiatre	Psychologue ¹	Médicaments
Ensemble des troubles	Ile de France	806	7,9	41,9	22,4	22,4	46,5
	Haute Normandie	754	5,9	43,2	20,8	15,6	47,2
	Lorraine	796	5,8	42,1	15,5	13,5	44,9
	Rhône-Alpes	691	7,2	39,9	21,9	18,4	45,6
Episode dépressif majeur	Ile de France	356	9,7	59,4	36,4	22,0	48,0
	Haute Normandie	330	7,7	70,4	40,3	14,8	49,1
	Lorraine	370	6,7	62,0	27,2	12,9	46,8
	Rhône-Alpes	282	8,1	65,6	34,8	20,0	50,0
Phobie	Ile de France	447	8,2	28,7	14,6	12,2	20,9
	Haute Normandie	471	0,7	30,3	14,6	9,5	21,9
	Lorraine	501	1,9	31,3	10,6	6,5	17,7
	Rhône-Alpes	441	3,7	28,5	14,6	9,6	19,2
Problème panique	Ile de France	221	4,3	67,1	39,1	20,0	48,5
	Haute Normandie	176	3,6	69,0	29,3	9,6	52,7
	Lorraine	208	2,0	71,2	26,4	8,5	52,7
	Rhône-Alpes	163	1,4	63,1	34,6	10,5	45,4
Trouble obsessionnel compulsif	Ile de France	93	6,6	34,1	19,8	11,4	21,9
	Haute Normandie	64	3,1	34,5	11,1	4,7	24,5
	Lorraine	94	5,0	34,9	18,3	7,6	24,5
	Rhône-Alpes	78	12,0	42,9	23,7	22,6	24,5
Etat de stress post-traumatique	Ile de France	187	9,2	60,5	37,0	26,8	48,7
	Haute Normandie	194	7,6	63,9	36,2	15,0	49,5
	Lorraine	187	6,6	61,7	31,0	15,1	44,9
	Rhône-Alpes	177	8,6	65,5	31,6	14,1	43,1

¹ Correspond à la consultation d'un psychologue ou d'un psychothérapeute

3.3. Description de la combinaison entre le recours au soin et l'utilisation de substances psychoactives

Nous avons ensuite étudié les combinaisons entre le recours au soin et l'usage de substances (tableau 3.5). Le plus fréquemment, les hommes avaient eu recours au soin uniquement (entre 35,0 et 49,8 % selon la région). Entre 9,2 et 12,7 % avaient eu recours au soin tout en ayant fait un usage de substances psychoactives, et dans une moindre mesure, entre 5,5 et 9,8 % n'avaient eu recours qu'à des substances pour gérer leurs problèmes de santé mentale.

On observait la même tendance pour tous les troubles à l'exception des phobies et du trouble obsessionnel compulsif. En majorité, les hommes souffrant d'un de ces troubles n'avaient eu recours à aucune des interventions proposées (entre 57,6 et 66,3 % pour les phobies et entre 44,6 et 56,6 % pour le trouble obsessionnel compulsif). L'unique recours au soin était le plus fréquent pour l'épisode dépressif majeur, les problèmes paniques et l'état de stress post-traumatique en comparaison aux autres troubles. Pour l'état de stress post-traumatique, les hommes avaient plus fréquemment combiné le soin à l'usage de substances que pour les autres troubles (entre 7,8 et 18,5 % selon la région). Enfin, l'unique recours à des substances était le plus fréquemment observé pour l'épisode dépressif majeur (entre 6,0 et 15,3 %) ou pour le trouble obsessionnel compulsif (entre 8,7 et 18,6 %).

La région Ile de France se différençait des autres régions car en majorité, les hommes atteints d'un trouble n'avaient eu recours à aucune des combinaisons que nous avons étudiées (42,5 %). Dans cette région, les hommes avaient moins fréquemment eu recours uniquement au soin que dans les autres régions (35,0 % en Ile de France et presque 50 % dans les trois autres régions). En Ile de France, les hommes avaient plus souvent combiné le recours au soin à un usage de substances que dans les autres régions (12,7 %) et ils avaient plus fréquemment fait uniquement usage de substances que dans les trois autres régions (9,8 %).

Chez les femmes souffrant d'un trouble anxieux ou dépressif, l'intervention la plus citée était l'unique recours au soin (entre 59,2 et 67,1 % selon la région). Parmi les femmes qui avaient eu recours à des substances, elles avaient, dans la plupart des cas eu aussi recours au soin :

entre 4,2 et 6,5 % avaient eu recours au soin et à des substances tandis qu'entre 0,9 et 2,4 % n'avaient eu recours qu'à des substances.

Pour chaque trouble, on observait la même tendance que celle décrite pour l'ensemble des troubles, sauf pour les phobies et le trouble obsessionnel compulsif. Pour les phobies, la majorité des femmes n'avaient eu recours à aucune de ces deux interventions (entre 58,4 et 65,0 % selon la région). De plus, pour ce trouble, l'unique usage de substances ne semblait pas moins fréquent que la combinaison du soin et d'un usage de substances psychoactives. Comme pour les phobies, la majorité des femmes n'avaient eu recours à aucune des deux interventions pour un trouble obsessionnel compulsif (entre 41,7 et 57,1 % selon la région). Pour ce trouble, les femmes avaient plus eu recours uniquement à des substances (entre 2,7 et 6,5 %) que recours à l'usage de substances combiné au soin (entre 0 et 5,0 %).

Enfin, on remarquait quelques différences entre les régions. En Ile de France, les femmes ayant eu un trouble anxieux ou dépressif, avaient moins eu uniquement recours au soin que dans les autres régions (59,2 %) et plus eu recours à des substances (avec ou sans soin). La combinaison entre le soin et les consommations de substances psychoactives était la plus fréquente en Ile de France (6,5 %). Pour l'ensemble des troubles, l'unique recours à l'usage de substances semblait le plus fréquent dans la région Rhône-Alpes (2,4 %).

Ces résultats montrent que les femmes avaient plus souvent recours uniquement au soin que les hommes. De plus, les femmes qui avaient fait un usage de substances avaient en majorité eu également recours au soin. Chez les hommes, on remarquait qu'environ la moitié de ceux qui avaient eu recours à des substances avaient également eu au soin. Le choix de ces recours semble différer d'une région à l'autre et selon le sexe, néanmoins, il peut également dépendre d'autres facteurs que nous n'avons pas pris en compte ici, telles que les caractéristiques socio-démographiques et des facteurs liés au trouble.

Tableaux 3.5.a et 3.5.b : Répartition des sujets souffrant d'un trouble anxieux ou dépressif (en %) en fonction de l'utilisation du soin et de l'usage de substances, pour tous les troubles et pour chacun des troubles, chez les hommes (tableau 3.5.a) et chez les femmes (tableau 3.5.b) - Enquête "Indicateurs régionaux en santé mentale"

- Tableau 3.5.a : chez les hommes

		n	Soin uniquement ^a	Soin + substances	Substances uniquement ^b	Ni soin , ni substances
Ensemble des troubles	Ile de France	326	35,0	12,7	9,8	42,5
	Haute Normandie	324	49,8	9,2	5,5	35,5
	Lorraine	326	49,0	10,3	6,4	34,3
	Rhône-Alpes	340	49,5	10,2	5,5	34,8
Episode dépressif majeur	Ile de France	150	35,3	8,1	15,3	41,4
	Haute Normandie	98	55,4	8,7	6,0	29,9
	Lorraine	137	41,8	13,6	6,6	38,1
	Rhône-Alpes	121	55,1	9,7	7,7	27,5
Phobie	Ile de France	152	21,5	9,8	5,8	62,9
	Haute Normandie	179	30,2	1,2	2,3	66,3
	Lorraine	154	28,5	6,8	4,5	60,2
	Rhône-Alpes	164	31,5	5,6	5,3	57,6
Problème panique	Ile de France	75	33,6	13,6	7,1	45,7
	Haute Normandie	81	55,8	3,2	5,8	35,3
	Lorraine	68	62,6	7,6	1,5	28,2
	Rhône-Alpes	74	64,1	9,6	1,3	25,0
Trouble obsessionnel compulsif	Ile de France	47	32,3	5,2	10,4	52,1
	Haute Normandie	45	24,7	6,7	12,4	56,2
	Lorraine	53	18,6	6,2	18,6	56,6
	Rhône-Alpes	48	34,8	12,0	8,7	44,6
Etat de stress post-traumatique	Ile de France	56	32,4	18,5	11,1	38,0
	Haute Normandie	52	53,1	14,6	3,1	29,2
	Lorraine	61	51,3	17,4	8,7	22,6
	Rhône-Alpes	64	59,1	7,8	1,7	31,3

^a sans usage de substances

^b sans recours au soin

- Tableau 3.5.b : chez les femmes

		n	Soin uniquement ^a	Soin + substances	Substances uniquement ^b	Ni soin, ni substances
Ensemble des troubles	Ile de France	806	59,2	6,5	1,3	33,0
	Haute Normandie	754	67,1	4,2	1,5	27,2
	Lorraine	796	61,7	4,8	0,9	32,6
	Rhône-Alpes	691	63,6	4,9	2,4	29,1
Episode dépressif majeur	Ile de France	356	58,8	7,4	2,3	31,5
	Haute Normandie	330	68,7	5,3	2,4	23,6
	Lorraine	370	60,2	5,0	1,8	33,0
	Rhône-Alpes	282	64,8	5,3	2,8	27,1
Phobie	Ile de France	447	33,3	5,0	3,2	58,4
	Haute Normandie	471	34,5	0,7	0,0	63,8
	Lorraine	501	33,1	1,1	0,8	65,0
	Rhône-Alpes	441	34,6	1,7	2,0	61,8
Problème panique	Ile de France	221	68,8	3,3	0,8	27,2
	Haute Normandie	176	68,7	1,6	2,2	27,6
	Lorraine	208	71,0	2,1	0,0	27,0
	Rhône-Alpes	163	70,0	1,3	0,0	28,7
Trouble obsessionnel compulsif	Ile de France	93	38,0	2,7	4,3	55,1
	Haute Normandie	64	42,5	0,0	2,7	54,9
	Lorraine	94	36,5	3,5	2,9	57,1
	Rhône-Alpes	78	46,8	5,0	6,5	41,7
Etat de stress post-traumatique	Ile de France	187	62,4	7,2	2,0	28,4
	Haute Normandie	194	63,6	4,3	3,4	28,7
	Lorraine	187	59,2	4,5	2,1	34,1
	Rhône-Alpes	177	62,2	5,8	2,9	29,2

^a sans usage de substances

^b sans recours au soin

3.4. Facteurs associés au recours au soin et aux substances psychoactives

La régression logistique multinomiale a été construite à partir de 3 725 observations. Chaque colonne du tableau présente les Rapports de Cotes (RC) de la probabilité d'avoir recours à chacune des combinaisons possibles (soin + substances ; substances uniquement ; ni l'un ni l'autre) par rapport au recours de référence (soin uniquement), et ce pour chacune des variables explicatives sélectionnées dans le modèle et pour la région.

Contrairement à ce que tendait à montrer le descriptif, il n'y avait pas d'effet région dans ce modèle qui tenait compte du sexe, de l'âge, du niveau d'étude, du fait d'être en couple, du type de trouble et du retentissement fonctionnel associé à ce trouble. Aucune région ne se distinguait des autres quant au recours au soin ou à des substances.

Les femmes avaient significativement plus eu uniquement recours au soin qu'aux trois autres combinaisons que nous avons étudiées. Pour les trois recours, les rapports de cotes étaient significativement inférieurs à 1,0. L'âge était également associé de manière significative au type de recours choisi. Les sujets âgés de 18 à 30 ans avaient plus tendance à avoir recours à au soin combiné à des substances qu'au soin uniquement (RC = 3,1 ; IC_{95%} = [2,1 ; 4,4]). Ils avaient également plus eu recours à des substances uniquement qu'au soin uniquement (RC = 4,0 ; IC_{95%} = [2,2 ; 7,3]) ou choisi de n'avoir recours ni à des substances, ni au soin (RC = 1,8 ; IC_{95%} = [1,5 ; 2,3]). On observait la même tendance chez les sujets âgés de 30 à 50 ans quant à la probabilité de faire un usage de substances (avec ou sans soin), avec des RC tous significativement différents de 1,0, mais de plus faible amplitude que ceux observés chez les plus jeunes. En revanche, ils n'étaient pas différents des plus âgés en ce qui concerne la probabilité de ne choisir aucun des deux recours. Le niveau d'étude était également associé au type de recours choisi. Les sujets avec un niveau d'étude inférieur au bac, avaient plus fréquemment eu recours à aucune de ces interventions par rapport au recours au soin uniquement, que les sujets avec un plus haut niveau d'étude (RC = 1,4 ; IC_{95%} = [1,2 ; 1,6]). Le niveau d'étude n'était pas associé à la probabilité d'avoir recours à des substances, combiné ou non au soin par rapport à avoir recours uniquement au soin. Enfin, le fait d'être en couple était associé au recours choisi, les gens en couple ayant significativement moins

recours à des substances (avec ou sans soin) que recours au soin uniquement ($RC = 0,6$; $IC_{95\%} = [0,5 ; 0,8]$ et $RC = 0,5$; $IC_{95\%} = [0,3 ; 0,8]$). Au contraire, les personnes en couple avaient plus fréquemment recours à aucune de ces deux interventions que recours au soin uniquement ($RC = 1,4$; $IC_{95\%} = [1,2 ; 1,7]$).

Les variables caractérisant les troubles étaient également significativement associées au recours choisi. Les sujets qui avaient eu uniquement un trouble dépressif avaient moins choisi de n'avoir aucun recours (ni soin, ni substances) par rapport à avoir uniquement recours au soin ($RC = 0,5$; $IC_{95\%} = [0,4 ; 0,6]$). Ils ne se distinguaient pas des autres quant à la probabilité de faire un usage de substances. Les sujets présentant un trouble anxieux et un trouble dépressif avaient plus combiné un recours au soin à un usage de substance plutôt que de se limiter à l'utilisation du soin ($RC = 1,3$; $IC_{95\%} = [1,0 ; 1,8]$). Au contraire, ils avaient moins eu uniquement recours à des substances ($RC = 0,6$; $IC_{95\%} = [0,4 ; 1,0]$) et moins eu recours à aucune de ces interventions ($RC = 0,2$; $IC_{95\%} = [0,1 ; 0,3]$). De plus, les sujets dont le trouble s'accompagnait d'un important retentissement fonctionnel avaient plus fréquemment eu recours au soin et à des substances qu'au soin uniquement ($RC = 1,5$; $IC_{95\%} = [1,1 ; 2,1]$). En revanche, leur probabilité d'avoir recours à aucune des deux interventions étaient plus faible que leur probabilité d'avoir uniquement recours au soin ($RC = 0,5$; $IC_{95\%} = [0,4 ; 0,6]$).

Ni le revenu, ni le soutien affectif, ni le type de commune n'étaient associés au type de recours choisi et aucune de ces trois variables n'était un facteur de confusion. Les exclure du modèle ne modifiait pas les autres coefficients. Enfin, aucune interaction entre les variables explicatives n'était significativement associée au recours.

Tableau 3.6. Régression logistique multinomiale de l'analyse des recours en réponses à un trouble anxieux ou dépressif en prenant comme classe de référence le recours au soin - Enquête "Indicateurs régionaux en santé mentale" n=3 725 : rapports de cotes ajustés et intervalle de confiance à 95 %

		Soin + substances		Substances uniquement		Ni soin, ni substances		p
		RC ¹	IC _{95%} ²	RC ¹	IC _{95%} ²	RC ¹	IC _{95%} ²	
Région	Ile de France	1,0	ref	1,0	ref	1,0	ref	
	Haute-Normandie	0,8	[0,5 ; 1,1]	0,8	[0,4 ; 1,3]	0,9	[0,7 ; 1,1]	0,41
	Lorraine	0,8	[0,6 ; 1,2]	0,9	[0,5 ; 1,5]	1,0	[0,8 ; 1,3]	0,63
	Rhône-Alpes	0,9	[0,6 ; 1,2]	0,8	[0,5 ; 1,4]	0,8	[0,7 ; 1,0]	0,29
Sexe	hommes	1,0	ref	1,0	ref	1,0	ref	
	femmes	0,4	[0,3 ; 0,5]	0,2	[0,1 ; 0,3]	0,9	[0,7 ; 1,0]	<0,01
Age	[18-30 ans[3,1	[2,1 ; 4,4]	4,0	[2,2 ; 7,3]	1,8	[1,5 ; 2,3]	<0,01
	[30-50 ans[1,9	[1,4 ; 2,6]	2,4	[1,4 ; 4,2]	1,0	[0,8 ; 1,2]	<0,01
	50 ans et plus	1,0	ref	1,0	ref	1,0	ref	
Niveau d'étude	< bac	1,0	[0,8 ; 1,3]	1,1	[0,7 ; 1,6]	1,4	[1,2 ; 1,6]	<0,01
	≥ bac	1,0	ref	1,0	ref	1,0	ref	
Etre en couple	non	1,0	ref	1,0	ref	1,0	ref	
	oui	0,6	[0,5 ; 0,8]	0,5	[0,3 ; 0,8]	1,4	[1,2 ; 1,7]	<0,01
Type de trouble	Anxieux	1,0	ref	1,0	ref	1,0	ref	
	Dépressif	0,7	[0,5 ; 1,1]	1,0	[0,6 ; 1,6]	0,5	[0,4 ; 0,6]	<0,01
	Les deux	1,3	[1,0 ; 1,8]	0,6	[0,4 ; 1,0]	0,2	[0,1 ; 0,3]	<0,01
Retentissement	Non	1,0	ref	1,0	ref	1,0	ref	
	Oui (SDS ≥ 28)	1,5	[1,1 ; 2,1]	0,8	[0,5 ; 1,5]	0,5	[0,4 ; 0,6]	<0,01

¹ Rapport de cotes par rapport au recours de référence (soin uniquement) ajusté

² Intervalle de confiance à 95 % du rapport de cotes ajusté

4. Discussion

Les objectifs de cette étude étaient d'estimer les proportions de personnes faisant un usage de substances psychoactives en réponse à un trouble psychiatrique, d'examiner comment le recours au soin s'associait à l'usage de substances psychoactives et de rechercher les facteurs associés à l'usage de substances psychoactives en réponse à un trouble psychiatrique. Nous avons montré que le recours à des substances en réponse à un trouble psychiatrique était un phénomène non négligeable, qui concernait plus fréquemment les hommes que les femmes. Cependant, les sujets ne se limitaient pas à faire un usage de substances psychoactives et souvent, ils le combinaient au recours au soin. Nous avons montré que les hommes, les sujets célibataires et les plus jeunes avaient plus tendance à avoir recours à des substances, avec ou sans recours au soin. Les sujets âgés de moins de 30 ans avaient plus tendance à faire uniquement usage de substances en réponse à leur trouble. D'autre part les sujets qui présentaient un trouble anxieux et un trouble dépressif et ceux dont le trouble s'accompagnait d'un fort retentissement fonctionnel avaient plus recours au soin combiné à l'usage de substances qu'au soin uniquement. Ces deux dernières associations peuvent s'expliquer par le fait que plus le trouble était sévère, plus le sujet combinait les recours. On peut penser que le retentissement fonctionnel et le fait d'avoir une comorbidité reflètent deux dimensions différentes de la sévérité de l'état du sujet.

Cependant, certaines limites méthodologiques sont à discuter. Tout d'abord, notre échantillon était uniquement constitué de personnes possédant un téléphone fixe. Cela implique que ces sujets avaient un logement, un revenu suffisant pour avoir une ligne de téléphone et faisaient preuve d'une certaine stabilité. Ces sujets ne sont donc pas complètement représentatifs de la population générale française et cela est d'autant plus vrai de nos jours que des personnes ne possèdent plus qu'un téléphone portable. L'enquête permanente sur les conditions de vie (cadre de vie et sécurité) de l'INSEE de 2005 a montré qu'autour de 10 % des individus étaient équipés d'un téléphone portable uniquement : 10 % en Ile de France, 9 % en Rhône-Alpes, 11 % en Lorraine et 10 % en Haute Normandie. On peut penser que les personnes de notre échantillon étaient moins souvent célibataires et avaient des revenus plus élevés que l'ensemble de la population française. Ces facteurs sont connus pour être associés aux troubles mentaux (liés ou non à des substances), à l'usage de substance et au recours au soin

(Kessler et al 1994 ; Lahelma et al 2006; Pirkola et al 2005; Wang et al 2005a; Wang et al 2005b). Cela a pu conduire à une sous-estimation des prévalences des troubles mentaux au cours des 12 derniers mois. D'autre part, dans nos descriptifs des recours, nous avons pu également sous-estimer le recours au soin en santé mentale ainsi que l'usage de substances psychoactives en réponse aux troubles. De plus, ces estimations des prévalences des troubles et des fréquences de recours ont dues être biaisées par l'exclusion des personnes incapables de répondre au questionnaire. En effet, certaines de ces personnes ont été exclues du fait de leur trouble mental ou de leurs consommations de substances qui les rendaient incapables de répondre au questionnaire. Ces personnes étaient donc plus susceptibles de souffrir d'une maladie psychiatrique que les personnes incluses. Les prévalences des troubles ont peut-être été sous-estimées. De plus, si les troubles entraînaient des incapacités pour répondre au questionnaire, il est fort probable qu'il s'agisse de troubles sévères, donc associés à plus de recours au soin (Harris and Edlund 2005b; Kessler et al 1999) et associés à des problèmes de substances plus sévères, comme nous l'avons remarqué dans nos deux précédentes études. Cela impliquerait une sous-estimation des fréquences de recours, en particulier, au soin, et à des substances.

Ces différences par rapport à la population générale n'ont peut-être pas entraîné de biais dans notre analyse des facteurs associés au recours au soin et à des substances. Pour qu'il y ait un biais, il faudrait que les groupes de comparaison définis par les variables explicatives aient été affectés de manière différentielle par cette distorsion, or il est peut probable que cela soit le cas ici. D'autre part, nous avons tenu compte, dans notre dernière analyse, des principaux facteurs susceptibles de différencier notre échantillon de la population générale.

La taille de l'échantillon était importante, cependant certains de nos estimateurs étaient peu précis à cause d'un manque de puissance statistique. En effet, nous avons travaillé sur des sous-échantillons de personnes souffrant de troubles psychiatriques. Pour certains troubles, en particulier pour le trouble obsessionnel compulsif chez les hommes, la prévalence était faible. Les effectifs de ces sous-échantillons étaient donc petits, ce qui pourrait expliquer en partie les fluctuations des estimations des fréquences de recours d'une région à l'autre.

Les troubles mentaux de l'axe I du DSM-IV ont été déterminés en utilisant le CIDIS. Il a été montré que cet outil mesurait avec une bonne fiabilité les troubles mentaux en comparaison

avec la version longue du CIDI, sauf pour l'anxiété généralisée (Kovess et al 2001) que nous avons exclue de cette étude. Les biais de mesure liés à cet outil ont donc été minimisés.

Nous avons étudié l'usage de substances psychoactives en demandant aux sujets s'ils avaient consommé des substances en réponse à un trouble psychiatrique. Du fait du caractère péjoratif de ce comportement et du déni nous avons pu sous-estimer ces fréquences. Par exemple, il a été montré que les personnes souffrant de dépression étaient plus sujettes au déni (Wiseman et al 1996). Cela a pu entraîner une sous-estimation des fréquences d'usage de substances en réponse à un trouble psychiatrique et une sous-estimation des forces d'associations avec l'usage de substances psychoactives avec ou sans recours au système de soin. D'autre part, on peut se demander si l'usage de substances en réponse à un trouble est un phénomène complètement conscient. Certaines personnes, au lieu de rechercher directement la substance, vont rechercher des contextes ou des situations propices aux consommations de ces substances, comme par exemple, fréquenter des cafés. Cela aurait pu entraîner une sous-estimation des réelles fréquences de consommation de substances en réponse à un trouble. Cependant, le questionnaire ne nous permettait pas du tout d'explorer ces types de comportement.

Concernant les consommations de médicaments pour chaque trouble, nous ne pouvions déterminer de quel traitement il s'agissait. Il pouvait s'agir de psychotropes comme de médicaments homéopathiques ou de phytothérapie. Nous ne pouvions donc pas distinguer ceux nécessitant une prescription médicale des autres. Cette distinction pouvait être faite pour l'ensemble des troubles uniquement, mais pas pour chaque trouble pris séparément. D'autre part, pour ces médicaments, il était impossible de savoir si ils avaient été pris dans le cadre d'une prescription médicale ou non et si les prescriptions avaient été respectées. Ces points nous ont poussés à nous limiter au descriptif de ce recours, sans l'intégrer dans les analyses multivariées. Cependant, il aurait été intéressant d'étudier les consommations de médicaments du fait d'une automédication (usage hors prescription médicale ou sans tenir compte des dosages préconisés par le médecin). Ce type d'usage aurait pu, dans notre étude, se substituer à l'usage de substances en réponse à un trouble. D'après Huang et collègues, cet usage concernerait environ 5 % des Américains (Huang et al 2006).

D'autre part, nous n'avons pas pu tenir compte de la chronologie entre les recours. En particulier, pour les sujets ayant eu plusieurs recours (substances et soin), il aurait été intéressant de savoir quel recours avait été choisi en premier. Nous ne pouvions pas savoir dans quelle mesure ces recours avaient eu lieu en même temps ou si l'un avait précédé l'autre : des sujets avaient pu faire un usage de substances parce que le soin ne les avait pas soulagés ou encore avoir recours au soin parce que les substances avaient un effet insuffisant sur leur trouble. Dans ce cas là, leur risque d'abus ou de dépendance était différent.

De plus, dans notre dernière analyse, nous n'avons pas distingué les différents professionnels intervenant dans le champ de la santé mentale. Même si la prise en charge pouvait différer d'un professionnel à l'autre, nous étions intéressés par la comparaison de l'usage de substances à un comportement de référence sur le plan médical. Dans cette analyse, la définition du groupe de sujets n'ayant eu aucun recours manquait de précision. En effet, ce groupe peut-être composé de personnes ayant recours à des activités ou à des méthodes de soin alternatives, tout comme de personnes ne reconnaissant pas leur trouble. Cela a pu entraîner une sous-estimation des forces des associations avec les facteurs liés au fait de n'avoir aucun des deux recours que nous avons étudiés.

Nous n'avons pas tenu compte du revenu et de la situation économique des sujets, qui est un facteur pourtant connu pour être associé aux troubles mentaux et au recours au soin (Lahelma et al 2006) car les données étaient trop fréquemment manquantes pour cette variable. Cependant, nous avons tenu compte du niveau d'étude qui est, dans la plupart des cas, lié au revenu.

Nous avons supposé qu'un trouble anxieux ou dépressif diagnostiqué à partir des critères du DSM-IV impliquait un besoin de soin en santé mentale ou la nécessité d'une intervention, ce qui n'est pas nécessairement le cas. Ce point sera plus amplement détaillé dans la discussion générale de la thèse.

Les limites liées aux procédures de sélection de l'échantillon nous ont amenés à supposer une sous-estimation des prévalences des troubles mentaux. Cependant, les prévalences que nous avons calculées étaient supérieures à celles obtenues dans l'échantillon français de l'étude ESEMeD, et ce, pour tous les troubles (Lepine et al 2005).

Dans l'étude canadienne de Ramage-Morin et collègues, 18 % des sujets avec un trouble panique avaient eu recours à de l'alcool pour lutter contre le stress (Ramage-Morin 2004). Les fréquences que nous avons observées étaient inférieures à celles obtenues dans cette étude, sauf pour les hommes d'Ile de France. Comme nous l'avons discuté précédemment, certaines limites de notre étude ont pu conduire à une sous-estimation du recours à des substances en réponse à un trouble psychiatrique.

Contrairement à l'étude de Wang et collègues (Wang et al 2005b), nous n'avons pas montré que les sujets les plus âgés avaient moins recours au soin en santé mentale que les sujets plus jeunes. Cela peut être lié à la définition de notre variable dépendante qui n'était pas la même que celle de l'étude de Wang dans laquelle le recours à l'usage de substances n'avait pas été pris en compte. Nous avons montré que l'âge était associé à moins d'usage de substances, résultat qui a déjà été décrit (Kessler et al 2005a). La plus importante utilisation du soin par les femmes est en accord avec l'étude de Wang et collègues. De même, le plus faible risque d'usage de substances par les femmes était également concordant avec d'autres études (Alonso et al 2004a; Blume 1994 ; Kessler et al 1994). De plus, la plus faible utilisation du soin par les personnes en couple est cohérente avec de précédents résultats (Pirkola et al 2005).

Enfin, les associations que nous avons retrouvées entre les recours et les caractéristiques des troubles ont déjà été décrites dans la littérature. En effet, il a déjà été montré que les personnes avec un trouble dépressif avaient plus recours au soin que celles avec un trouble anxieux (Alonso et al 2004c; Wang et al 2005a; Wang et al 2005b) et que la sévérité était associée à plus de recours au soin (Harris and Edlund 2005b ; Kessler et al 1999). D'autre part, nous avons également montré, dans nos deux précédentes études que les sujets avec plusieurs troubles étaient plus à risque d'avoir un trouble lié à une substance que ceux avec un seul trouble.

Malgré les limites de notre étude, les résultats de notre dernière analyse sont cohérents avec ceux de la littérature.

5. Conclusion

Cette troisième étude pourrait avoir des implications en terme de prévention des troubles liés à une substance. Elle nous a permis de mettre en évidence que l'usage de substances en réponse à un trouble est une réalité que l'on ne peut pas nier. Cependant, ce recours semble souvent se combiner à l'utilisation du soin. On peut distinguer deux types de profils parmi les sujets faisant un usage de substances en réponse à leur trouble : ceux qui avaient eu également recours au soin et ceux qui n'avaient pas eu un tel recours. Dans le premier cas, ils étaient plus fréquemment des hommes, jeunes, célibataires et ayant un trouble sévère. La prévention de l'usage de substances pourrait donc facilement être faite chez ces sujets dans le cadre de leur prise en charge. Dans le second cas, il s'agissait, plutôt, d'hommes, de personnes jeunes, célibataires et ayant un trouble peu sévère. Ces sujets se différencient du premier profil par la plus faible sévérité de leur état et sujets pourraient faire l'objet d'autres campagnes de prévention qui n'auraient, dans ce cas, pas lieu par l'intermédiaire d'une prise en charge de type médicale.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Dans cette thèse, nous avons étudié le rôle du recours au soin en santé mentale dans une optique de prévention primaire des troubles liés à une substance. Nos deux premières études ont montré que le recours au soin était associé à une diminution du risque de problèmes liés à des substances chez les sujets ayant plusieurs troubles non liés à une substance. La troisième étude a montré que l'usage de substances suite à un trouble psychiatrique (combiné ou non à un recours au soin) était fréquent, en particulier chez les hommes, ceux vivant seuls et les plus jeunes. Si les sujets avaient un trouble avec un fort retentissement ou s'ils avaient deux troubles, la combinaison des recours était plus fréquente. L'usage de substances, sans recours au soin, était plus fréquent chez les sujets les plus jeunes.

Dans ce dernier chapitre, nous discuterons les hypothèses que nous avons faites dans nos trois études. En particulier, nous avons supposé que les troubles non liés à une substance étaient des facteurs de risque d'abus ou de dépendance à une substance et qu'un trouble, tel que nous l'avons déterminé, impliquait un besoin de soin en santé mentale. Enfin, nous discuterons les implications de ce travail en termes de santé publique et nous détaillerons quelques perspectives de recherche.

Les troubles non liés à des substances sont-ils des facteurs de risque d'abus ou de dépendance à une substance ?

Nous avons supposé que les troubles non liés à une substance étaient des facteurs étiologiques de risque des troubles liés à une substance et qu'ils induisaient l'usage de substances du fait d'une tentative d'automédication. Cependant, d'autres modèles et mécanismes sous-jacents permettent d'expliquer la comorbidité psychiatrique. En effet, les troubles psychiatriques induits par les consommations de substances sont suffisamment fréquents pour expliquer une part de la comorbidité (Schuckit 2006). On peut, par exemple, citer les dépressions dues à des consommations d'alcool. Aucun modèle ne nous semble plus pertinent que les autres, et cette diversité d'explications reflète probablement la réelle diversité qui existe d'un individu à l'autre. L'explication de la comorbidité dépendrait donc de certaines caractéristiques individuelles qu'il serait intéressant d'étudier. La part de comorbidité expliquée par l'automédication ne s'appliquerait qu'à certaines personnes, et c'est spécifiquement ce

mécanisme que le recours au soin en santé mentale permettrait de prévenir. Les personnes à risque de développer un abus ou une dépendance à une substance ne correspondent pas à l'ensemble des sujets ayant un trouble mental non lié à une substance, mais plutôt, parmi ces sujets, au sous-ensemble de personnes faisant usage de substances psychoactives dans le but de soulager les symptômes de leur trouble mental. Cette motivation à l'usage, qui est d'ordinaire récréative en population générale, serait révélatrice du risque de trouble lié à une substance (Crutchfield and Gove 1984).

Dans nos deux premières études, nous avons donc probablement sous-estimé l'effet du recours au soin car nous l'avons étudié chez tous les sujets présentant un trouble, sans restreindre cette analyse aux sujets faisant un usage de substances en réponse à un trouble. Il serait intéressant, en terme de prévention, de dépister les consommations de substances motivées par une volonté d'amélioration, que cela soit une amélioration de l'humeur, de ses propres performances, ou encore de l'estime de soi. C'est pour cette raison que dans notre troisième étude, nous avons directement étudié l'usage de substances en réponse à un trouble psychiatrique.

La définition des besoins de soin en santé mentale est complexe

Dans nos trois études, nous avons implicitement défini un besoin de soin en santé mentale, en considérant qu'un diagnostic psychiatrique nécessitait une prise en charge (médicale ou non), ce qui n'est pas nécessairement le cas.

Un besoin de soin en santé mentale existe dès lors qu'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique ou d'un problème de santé mentale présente une altération significative dans les sphères clinique ou sociale, et qu'une intervention clinique ou sociale peut traiter ou contenir le trouble. On peut distinguer les besoins de soin réels (le sujet a réellement besoin d'un soin), les besoins de soin ressentis (le sujet prend conscience de ce besoin) et les besoins de soins exprimés (le sujet fait une démarche pour satisfaire ce besoin). Ces trois types de besoins ne se recoupent pas forcément, comme le suggère la figure 5.

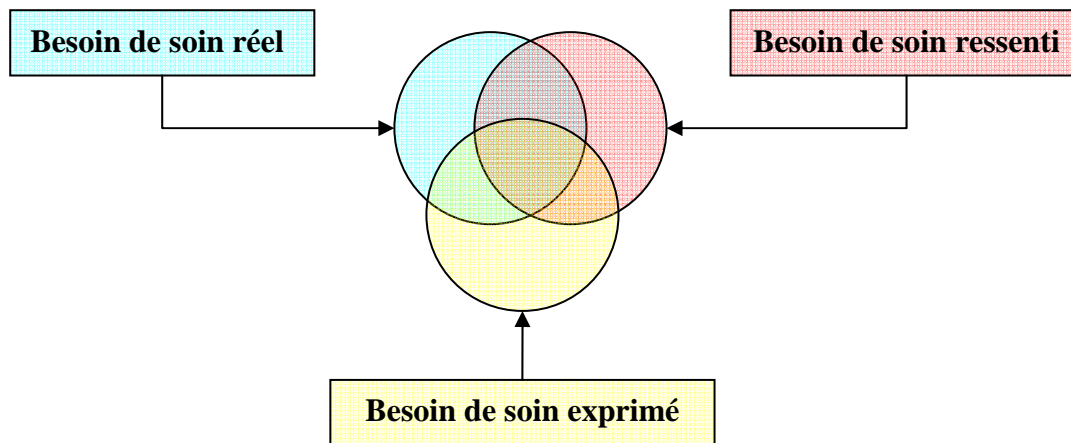


Figure 5. Schématisation du besoin de soin en santé mentale, en distinguant les besoins de soins réels, ressentis et exprimés

Dans nos études, nous avons supposé qu'un trouble, tel que nous l'avons déterminé représentait un besoin de soin en santé mentale réel. Bien que cette supposition soit souvent faite dans la littérature, elle a récemment été critiquée (Jorm 2006 ; Kessler et al 2005b ; Kohn et al 2004; Nelson and Park 2006).

Plusieurs constats ont permis de remettre en cause cette définition du besoin de soin. Dans le domaine de la santé mentale, en particulier, il existe de nombreuses méthodes pour soulager les symptômes des troubles mentaux. Des rémissions spontanées de syndromes dépressifs, c'est-à-dire sans traitement ou sans prise en charge médicale, ont été décrites dans la littérature (Posternak and Miller 2001). Inversement, les "non cas" représentent une partie non négligeable de ceux qui ont recours au soin en santé mentale (Bijl et al 2003). Par exemple, dans l'étude de Wang et collègues (Wang et al 2005b), 18 % des sujets qui avaient eu recours au soin pour un problème de santé mentale, et ils représentaient 41 % des sujets qui avaient un trouble et 10 % de ceux qui n'en avaient pas.

Dans un article récent, Sareen et collègues (Sareen et al 2005) ont étudié la relation entre le besoin de soin en santé mentale perçu par les sujets et les diagnostics psychiatriques établis à partir des critères du DSM-IV. Cette étude montre que certains sujets percevaient un besoin de soin en santé mentale (4,5 %) sans pour autant être diagnostiqués comme ayant un trouble psychiatrique. Au contraire, certaines personnes présentaient un trouble psychiatrique car ils remplissaient les critères du DSM-IV, sans pour autant percevoir un besoin de soin (11,5 %). Une alternative, pour documenter le besoin de soin en santé mentale, serait de demander aux sujets s'ils ont un besoin de soin en santé mentale qui n'a pas été satisfait. Cependant, on ne tiendrait compte ici que des besoins ressentis et on omettrait une partie des besoins réels. Ceci est d'autant plus vrai dans le domaine de la santé mentale, que les personnes souffrant de trouble ne savent pas forcément identifier ce mal-être comme une maladie pour laquelle une prise en charge est envisageable.

D'autres indicateurs ont été proposés pour définir le besoin de soin en santé mentale, comme la démoralisation (détresse psychologique, qui s'entend comme un état non spécifique de mal-être mesurable avec des échelles psychologiques) ou le retentissement fonctionnel. Cependant, il est très difficile de déterminer lequel est le plus pertinent et le plus représentatif d'un réel besoin de soin. Dans une étude menée au Colorado dans un échantillon de 4 745 adultes, Ciarlo et collègues ont étudié la répartition des sujets de l'enquête selon trois dimensions de santé mentale : la présence d'un diagnostic psychiatrique, le retentissement fonctionnel et la démoralisation (Ciarlo et al 1992). Ils ont montré que les diagnostics psychiatriques ne recoupaient pas forcément les autres dimensions de santé mentale, pouvant également définir un besoin de soin en santé mentale et ils ont obtenu la configuration suivante :

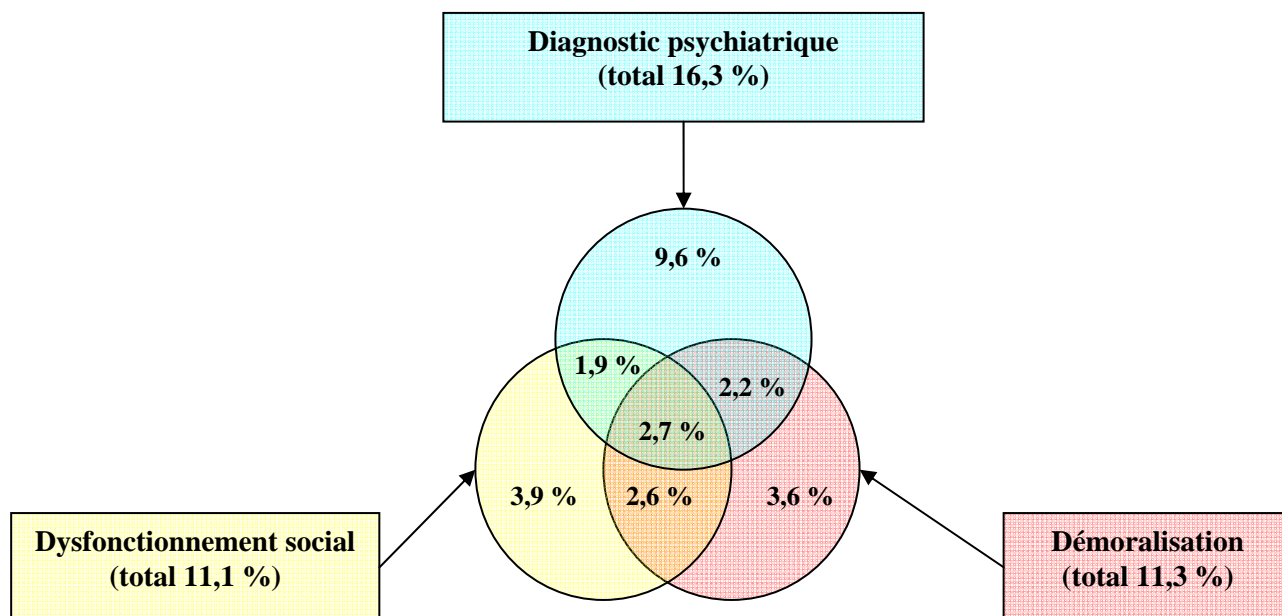


Figure 6. Répartition des sujets de l'enquête de Ciarlo (Ciarlo et al 1992) en fonction de la présence d'un trouble psychiatrique, de la démoralisation et du retentissement fonctionnel

Enfin, nous avons étudié le recours au soin sans prendre en compte la satisfaction du sujet et nous avons supposé que le recours au soin, quel qu'il soit, entraînait une amélioration de l'état du sujet, ce qui est discutable. La prise en charge proposée par le médecin peut ne pas convenir au patient ou le mal-être du sujet peut ne pas être reconnu par le médecin. Nous n'avons pas tenu compte du deuxième filtre défini par Goldberg qui montre que même si le sujet fait une démarche de soin, son trouble n'est pas forcément reconnu par le clinicien qu'il consulte (Goldberg and Huxley 1980). Il a été montré que le médecin généraliste ne diagnostiquait pas le problème de santé mentale dans 50 % des cas (Hyde et al 2005). Cependant, il est difficile d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge psychiatrique (Kohn et al 2004) et il s'agit d'une dimension difficile à prendre en compte. De plus, en terme de perspectives de prévention, une intervention simple serait de promouvoir l'accès au soin en santé mentale, mais il est beaucoup plus difficile de promouvoir le recours à un soin efficace.

Ainsi, nous n'avons pas étudié le recours au soin en le restreignant à des conditions optimales : nous avons étudié une approximation du besoin de soin et étudié le recours au soin, sans tenir compte de son efficacité. Cela a probablement conduit à une sous-estimation de l'effet du recours au soin sur le risque de trouble lié à une substance dans nos deux premières études. Dans notre troisième étude, cela pourrait expliquer en partie pourquoi le recours au soin était souvent combiné à l'usage de substances psychoactives.

Implications en terme de santé publique et perspectives de recherche

En dépit de leurs limites, nos études peuvent avoir d'importantes implications en termes de prévention des troubles liés à une substance. Les deux premières études sont en faveur d'une réduction du risque de problèmes liés à une substance chez les sujets qui ont plusieurs autres troubles psychiatriques et qui ont recours au soin. Cependant, considérer les troubles liés à des substances comme secondaires à d'autres troubles psychiatriques, du fait d'un usage pour diminuer les symptômes psychologiques de ces troubles, est une perspective strictement médicale de la comorbidité, comme la définissent Drake et Wallach ("medical perspective", (Drake and Wallach 2000)). Ils proposent une approche biopsychosociale de la comorbidité psychiatrique : outre les symptômes psychologiques, un trouble psychiatrique entraîne un retentissement fonctionnel qui peut résulter en une perte d'emploi ou une altération des relations sociales qui sont des facteurs de vulnérabilité vis-à-vis des consommations de substances psychoactives. Ainsi, le recours au soin en santé mentale ne serait pas la seule aide à apporter à un sujet souffrant de troubles psychiatriques pour le rendre moins vulnérable à la consommation de substances psychoactives et il faudrait aussi prévenir les conséquences sociales ces troubles.

Grâce à la troisième étude, nous avons identifié les profils des personnes à risque d'utiliser des substances en réponse à des symptômes psychologiques, ce qui permettrait de cibler des campagnes d'information et de prévention. Nous avons mis en évidence deux types de profils de personnes faisant usage de substances en réponse à un trouble : ceux qui ont eu

également recours au soin et ceux qui n'ont pas un tel recours. Cela impliquerait deux cibles de prévention, la première étant facilement accessible par l'intermédiaire d'une prise en charge. La seconde, pour les personnes ne faisant qu'un usage de substances en réponse à leurs symptômes, nécessiterait une amélioration de l'accès au soin en santé mentale et de l'information sur ce soin.

Nos deux premières études ajoutent des arguments en faveur d'une promotion de l'accès au soin en santé mentale. Dans tous les cas, cet accès au soin en santé mentale doit être amélioré, d'une part du fait des répercussions délétères des troubles psychiatriques sur la qualité de vie, et d'autre part, du fait des conséquences qu'ils peuvent entraîner. Dans l'étude ESEMeD, il a été montré que des troubles tels que l'anxiété ou la dépression entraînaient plus de handicaps que certaines affections physiques telles que l'arthrite ou les problèmes cardiovasculaires (Buist-Bouwman et al 2005). Il a également été mis en évidence que les adolescents qui avaient des troubles psychiatriques étaient plus à risque d'être en situation d'échec scolaire, d'être au chômage, d'être impliqués dans des activités criminelles, ou encore que les jeunes femmes souffrant de troubles psychiatriques étaient plus à risque de vivre une grossesse non désirée (Vander Stoep et al 2000).

En terme de recherche, ces travaux apportent des pistes pour la compréhension des mécanismes de comorbidité. En effet, nos deux premières études ont montré que le recours au soin en santé mentale était un facteur potentiellement modificateur de la comorbidité psychiatrique. Cette modification de l'effet par le recours au soin n'est cependant jamais prise en compte dans les études de comorbidité, y compris dans les plus détaillées d'entre elles. Par exemple, dans une étude longitudinale récente, Degenhardt et collègues ont recherché les facteurs associés au passage d'un trouble psychiatrique unique (anxieux, dépressif ou lié à une substance) à une comorbidité psychiatrique, sans tenir compte du recours au soin (Degenhardt and Hall 2003). D'autre part, dans nos études, le risque de troubles liés à une substance était moins élevé chez les sujets avec un seul trouble psychiatrique que chez les sujets avec plusieurs de ces troubles. Ce dernier point, ainsi que la modification de l'effet par le recours au soin, constituent des arguments en faveur d'une relation de type causale entre les troubles non liés à une substance et ceux qui le sont. Ces études nous encouragent donc à poursuivre nos recherches dans ce sens. Il s'agirait, en particulier, de rechercher dans le cadre d'études

longitudinales, si les associations que nous avons observées sont causales. Pour ces futurs travaux, nos trois études ont souligné l'importance de prendre en compte le nombre de troubles psychiatriques ainsi que la sévérité des troubles psychiatriques, qui sont des facteurs associés au recours au soin d'une part et au risque de troubles liés à une substance d'autre part.

REFERENCES

- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al (2004a): Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 420:21-7.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al (2004b): Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 420:8-20.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al (2004c): Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 420:47-54.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al (2004d): 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 420:28-37.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*. Washington DC: APA.
- Anthony JC, Warner LA, Kessler RC (1994): Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: basic findings from the national comorbidity survey. *experimental and clinical psychopharmacology* 2:244-68.
- Arendt M, Munk-Jorgensen P (2004): Heavy cannabis users seeking treatment- prevalence of psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39:97-105.
- Beck N, Epstein N, Harrison RP, Emery G (1983): Development of the Sociotropy-Autonomy Scale: A measure of personality factors in Psychopathology. *unpublished manuscript*.
- Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, et al (2003): The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff (Millwood)* 22:122-33.

- Blaya C, Dornelles M, Blaya R, et al (2006): Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Revista Brasileira De Psiquiatria* 28:179-83.
- Blume SB (1994): Gender differences in alcohol-related disorders. *Harv Rev Psychiatry* 2:7-14.
- Breslau N, Novak SP, Kessler RC (2004): Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biol Psychiatry* 55:69-76.
- Bromet EJ, Gluzman SF, Paniotto VI, et al (2005): Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine Findings from the Ukraine World Mental Health survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40:681-90.
- Broner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Jr., Bigelow GE (1997): Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry* 54:71-80.
- Buhler A, Kraus L, Augustin R, Kramer S (2004): Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: characteristics of congruently and incongruently identified participants. *Addict Behav* 29:867-78.
- Buist-Bouwman MA, de Graaf R, Vollebergh WA, Ormel J (2005): Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatr Scand* 111:436-43.
- Chakroun-Vinciguerra N, Faytout M, Pelissolo A, Swendsen JD (2005): Validation française de la version courte de l'inventaire du tempérament et du caractère (TCI-125). *journal de thérapie comportementale et cognitive* 15:27-33.
- Ciarlo JA, Shern DL, Tweed DL, Kirkpatrick LA, Sachs Ericsson N (1992): The Colorado Social Health Survey of mental health service needs. Sampling, instrumentation, and major findings. *Evaluation and program planning* 15:133-47.

- Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman M (1988): Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcohol Clin Exp Res* 12:494-505.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993): A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 50:975-90.
- Coldefy M, Salines E (2004): Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités. *études et résultats - Drees* 342.
- Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF (2006): Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 67:247-57.
- Crisp A, Gelder M, Goddard E, Meltzer H (2005): Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry* 4:106-13.
- Crisp AH (1999): The stigmatization of sufferers with mental disorders. *Br J Gen Pract* 49:3-4.
- Crum RM, Pratt LA (2001): Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia: a prospective analysis. *Am J Psychiatry* 158:1693-700.
- Crutchfield RD, Gove WR (1984): Determinants of drug use: a test of the coping hypothesis. *Soc Sci Med* 18:503-9.
- Currie SR, Patten SB, Williams JV, et al (2005): Comorbidity of major depression with substance use disorders. *Can J Psychiatry* 50:660-6.
- Degenhardt L, Hall W (2003): Patterns of co-morbidity between alcohol use and other substance use in the Australian population. *Drug Alcohol Rev* 22:7-13.

- Degenhardt L, Hall W, Lynskey M (2003): Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction* 98:1493-504.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al (2004): Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama* 291:2581-90.
- Denys D, Tenney N, van Megen HJ, de Geus F, Westenberg HG (2004): Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 80:155-62.
- Deville JC, Sarndal CE, Sautory O (1993): Generalized raking procedures in survey sampling. *journal of the American statistical association* 88:1013-20.
- Dixit AR, Crum RM (2000): Prospective study of depression and the risk of heavy alcohol use in women. *Am J Psychiatry* 157:751-8.
- Drake RE, Wallach MA (2000): Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatr Serv* 51:1126-9.
- Encrenaz G, Kovess Masfety V, Sapinho D, Chan-Chee C, Messiah A (2006a): Mental health service use and risk of 12-month problematic alcohol use, *13th European symposium, section epidemiology and social psychiatry*. Bordeaux, France.
- Encrenaz G, Kovess Masfety V, Sapinho D, Chan-Chee C, Messiah A (2006b): Mental health service use for anxiety and depressive disorders and 12-month problematic alcohol use, *the 6th scientific meeting of the American Academy of Health Behavior*. Carmel, CA.
- Encrenaz G, Kovess Masfety V, Sapinho D, Chan-Chee C, Messiah A (in press): Utilization of mental health services and risk of 12-month problematic alcohol use. *Am J Health Behav*.

- Encrenaz G, Messiah A (2005): Lifetime psychiatric comorbidity with substance use disorders: influence of relieving primary healthcare utilization, *48th international ICAA conference on dependencies*. Budapest, Hungary.
- Encrenaz G, Messiah A (2006): Lifetime psychiatric comorbidity with substance use disorders: does healthcare use modify the strength of associations? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41:378-85.
- Ewing JA (1984): Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *Jama* 252:1905-7.
- Foliaki SA, Kokaua J, Schaaf D, Tukuitonga C (2006): Twelve-month and lifetime prevalences of mental disorders and treatment contact among Pacific people in Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey. *Aust N Z J Psychiatry* 40:924-34.
- Gilman SE, Abraham HD (2001): A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression. *Drug Alcohol Depend* 63:277-86.
- Goldberg D, Huxley P (1980): *Mental Illness in the community. The pathway to psychiatric care*. London, New York: Tavistock publications.
- Grant BF (1996): DSM-IV, DSM-III-R, and ICD-10 alcohol and drug abuse/harmful use and dependence, United States, 1992: a nosological comparison. *Alcohol Clin Exp Res* 20:1481-8.
- Grant BF, Hasin DS, Chou SP, Stinson FS, Dawson DA (2004a): Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 61:1107-15.
- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al (2004b): Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 61:807-16.

- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP (2004c): Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 61:361-8.
- Guilmin A, Boisguerin B, Parayre C (2000): L'offre de soin en psychiatrie : des "modèles" différents selon les départements. *études et résultats - Drees* 48.
- Gureje O, Lasebikan VO, Kola L, Makanjuola VA (2006): Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. *Br J Psychiatry* 188:465-71.
- Harford TC, Wechsler H, Muthen BO (2002): The impact of current residence and high school drinking on alcohol problems among college students. *J Stud Alcohol* 63:271-9.
- Harris KM, Edlund MJ (2005a): Self-medication of mental health problems: new evidence from a national survey. *Health Serv Res* 40:117-34.
- Harris KM, Edlund MJ (2005b): Use of mental health care and substance abuse treatment among adults with co-occurring disorders. *Psychiatr Serv* 56:954-9.
- Hasin DS, Grant BF (2004): The co-occurrence of DSM-IV alcohol abuse in DSM-IV alcohol dependence: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions on heterogeneity that differ by population subgroup. *Arch Gen Psychiatry* 61:891-6.
- Hasin DS, Hatzenbueler M, Smith S, Grant BF (2005): Co-occurring DSM-IV drug abuse in DSM-IV drug dependence: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend* 80:117-23.
- Hosmer DW, Lemeshow S (2000): *Applied logistic regression - second edition*. New-York: Wiley & sons.

- Howard MO, Kivlahan D, Walker RD (1997): Cloninger's tridimensional theory of personality and psychopathology: applications to substance use disorders. *J Stud Alcohol* 58:48-66.
- Huang B, Dawson DA, Stinson FS, et al (2006): Prevalence, correlates, and comorbidity of nonmedical prescription drug use and drug use disorders in the United States: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 67:1062-73.
- Hyde J, Evans J, Sharp D, et al (2005): Deciding who gets treatment for depression and anxiety: a study of consecutive GP attenders. *Br J Gen Pract* 55:846-53.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – INPES (2001): *Baromètre santé 2000*. Vanves: Editions CFES.
- Ismail K, Sloggett A, De Stavola B (2000): Do common mental disorders increase cigarette smoking? Results from five waves of a population-based panel cohort study. *Am J Epidemiol* 152:651-7.
- Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, et al (2004): Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34:597-611.
- Jorm AF (2006): National surveys of mental disorders: are they researching scientific facts or constructing useful myths? *Aust NZ J Psychiatry* 40:830-4.
- Jorm AF, Kelly CM, Wright A, Parslow RA, Harris MG, McGorry PD (2006): Belief in dealing with depression alone: Results from community surveys of adolescents and adults. *J Affect Disord* 96:59-65.
- Jorm AF, Medway J, Christensen H, Korten AE, Jacomb PA, Rodgers B (2000): Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression: effects on actions taken

- when experiencing anxiety and depression symptoms. *Aust N Z J Psychiatry* 34:619-26.
- Kaplow JB, Curran PJ, Angold A, Costello EJ (2001): The prospective relation between dimensions of anxiety and the initiation of adolescent alcohol use. *J Clin Child Psychol* 30:316-26.
- Karam EG, Mneimneh ZN, Karam AN, et al (2006): Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. *Lancet* 367:1000-6.
- Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, et al (2005): Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 59:441-52.
- Kessler RC (2004): The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry* 56:730-7.
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, et al (2003): Cross-national comparisons of comorbidities between substance use disorders and mental disorders : Results from the international consortium in psychiatric epidemiology. In Bukoski WJ, Sloboda Z (eds), *Handbook for drug abuse prevention. Theory, science and practice*: Plenum Publishers, pp 448-71.
- Kessler RC, Berglund P, Chiu WT, et al (2004): The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): design and field procedures. *Int J Methods Psychiatr Res* 13:69-92.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE (2005a): Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62:593-602.
- Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, et al (2001): The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res* 36:987-1007.

- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE (2005b): Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62:617-27.
- Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC (1997): Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 54:313-21.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al (1994): Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51:8-19.
- Kessler RC, Merikangas KR (2004): The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *Int J Methods Psychiatr Res* 13:60-8.
- Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ (1996): The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 66:17-31.
- Kessler RC, Zhao S, Katz SJ, et al (1999): Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 156:115-23.
- Khantzian EJ (1985): The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 142:1259-64.
- Khantzian EJ (1997): The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 4:231-44.
- Kish L (1965): *Survey sampling*. New-York: Wiley.
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B (2004): The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 82:858-66.

- Kovess V (1996): *Epidémiologie et santé mentale*. Paris: Flammarion.
- Kovess V, Fournier L, Lesage AD, Lebigre FA, Caria A (2001): Two validation studies of the CIDIS: a simplified version of the composite international diagnostic interview. *Psychiatric networks* 4:10-24.
- Krausz M, Verthein U, Degkwitz P (1999): Psychiatric comorbidity in opiate addicts. *Eur Addict Res* 5:55-62.
- Kushner MG, Abrams K, Borchardt C (2000): The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clin Psychol Rev* 20:149-71.
- Lahelma E, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Sarlio Lahteenkorva S (2006): Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Soc Sci Med* 63:1383-99.
- Lake AE, 3rd, Rains JC, Penzien DB, Lipchik GL (2005): Headache and psychiatric comorbidity: historical context, clinical implications, and research relevance. *Headache* 45:493-506.
- Langeland W, Draijer N, van den Brink W (2004): Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcoholics: the role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. *Alcohol Clin Exp Res* 28:441-7.
- Lazarus R, Launier R (1978): Stress-related transactions between person and environment. In Pervin LA, Lewis M (eds), *Perspectives in interactional psychology*. New York: Plenum, pp 287-327.
- Leclubier Y, Sheehan DV, Weiller E, et al (1997): The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur psychiatry* 12:224-31.

- Lee ES, Forthofer RN, Lorimer RJ (1989): *Analysing complex survey data*. London: Sage Publications.
- Lepine JP, Gasquet I, Kovess V, et al (2005): Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000 (ESEMeD). *Encephale* 31:182-94.
- Mann CE, Himelein MJ (2004): Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 55:185-7.
- Mayfield D, McLeod G, Hall P (1974): The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 131:1121-3.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, et al (2005): Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 35:1773-83.
- Merikangas KR, Stevens DE, Fenton BT (1996): Comorbidity of alcoholism and anxiety disorders. *Alcohol health and research world* 20:100-5.
- Metalsky GI, Halberstadt LJ, Abramson LY (1987): Vulnerability to depressive mood reactions: toward a more powerful test of the diathesis-stress and causal mediation components of the reformulated theory of depression. *J Pers Soc Psychol* 52:386-93.
- Moggi F (2005): Etiological theories on the relationship of mental disorders and substance use disorders. *Dual Diagnosis the Evolving Conceptual Framework* 172:1-14.
- Morris EP, Stewart SH, Ham LS (2005): The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: a critical review. *Clin Psychol Rev* 25:734-60.
- Mueser KT, Drake RE, Wallach MA (1998): Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav* 23:717-34.

- Nelson CH, Park J (2006): The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario, Canada. *Soc Sci Med* 62:2291-300.
- Oakley Browne MA, Wells JE, Scott KM, McGee MA (2006): Lifetime prevalence and projected lifetime risk of DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey. *Aust N Z J Psychiatry* 40:865-74.
- Organisation Mondiale de la Santé (1993): *Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles Psychiatriques*. Genève: Masson.
- Paykel ES (1994): Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 377:50-8.
- Pelissolo A, Lepine JP (2000): Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in the French version. *Psychiatry Res* 94:67-76.
- Pinninti NR, Madison H, Musser E, Rissmiller D (2003): MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance. *Eur Psychiatry* 18:361-4.
- Pirkola SP, Isometsa E, Suvisaari J, et al (2005): DSM-IV mood, anxiety and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population-results from the Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40:1-10.
- Pollock C, Andrews G (1989): Defense styles associated with specific anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 146:1500-2.
- Posternak MA, Miller I (2001): Untreated short-term course of major depression: a meta-analysis of outcomes from studies using wait-list control groups. *J Affect Disord* 66:139-46.

- RachBeisel J, Scott J, Dixon L (1999): Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: a review of recent research. *Psychiatr Serv* 50:1427-34.
- Raimo EB, Schuckit MA (1998): Alcohol dependence and mood disorders. *Addict Behav* 23:933-46.
- Ramage-Morin PL (2004): Panic disorder and coping. *Health Rep suppl* 15:31-43.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al (1990): Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Jama* 264:2511-8.
- Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS (1981): National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 38:381-9.
- Robins LN, Wing J, Wittchen HU, et al (1988): The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 45:1069-77.
- Rodriguez BF, Weisberg RB, Pagano ME, Machan JT, Culpepper L, Keller MB (2004): Frequency and patterns of psychiatric comorbidity in a sample of primary care patients with anxiety disorders. *Compr Psychiatry* 45:129-37.
- Rodriguez-Llera MC, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Silva TC, Sanchez-Niubo A, Torrens M (2006): Psychiatric comorbidity in young heroin users. *Drug Alcohol Depend* 84:48-55.
- Rounsaville BJ, Bryant K, Babor T, Kranzler H, Kadden R (1993): Cross system agreement for substance use disorders: DSM-III-R, DSM-IV and ICD-10. *Addiction* 88:337-48.
- Sareen J, Chartier M, Kjernisted KD, Stein MB (2001): Comorbidity of phobic disorders with alcoholism in a Canadian community sample. *Can J Psychiatry* 46:733-40.

- Sareen J, Stein MB, Campbell DW, Hassard T, Menec V (2005): The relation between perceived need for mental health treatment, DSM diagnosis, and quality of life: A Canadian population-based survey. *Can J Psychiatry* 50:87-94.
- Sayette MA (1999): Does drinking reduce stress? *Alcohol Res Health* 23:250-5.
- Schlesselman JJ (1982): *Case-control studies*. New-York: Oxford university press.
- Schneider U, Altmann A, Baumann M, et al (2001): Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany. *Alcohol Alcohol* 36:219-23.
- Schuckit MA (2006): Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction* 101 Suppl 1:76-88.
- Scott KM, McGee MA, Oakley Browne MA, Wells JE (2006): Mental disorder comorbidity in Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey. *Aust N Z J Psychiatry* 40:875-81.
- Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA (1996): The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol* 11 Suppl 3:89-95.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, et al (1997): The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur psychiatry* 12:232-41.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al (1998): The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.

- Shen YC, Zhang MY, Huang YQ, et al (2006): Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. *Psychol Med* 36:257-67.
- Sorvaniemi M, Hintikka J (2005): Recorded psychiatric comorbidity with bipolar disorder-a Finnish hospital discharge register study. *Nord J Psychiatry* 59:531-3.
- Starkes JM, Poulin CC, Kisely SR (2005): Unmet need for the treatment of depression in Atlantic Canada. *Can J Psychiatry* 50:580-90.
- Swadi H, Bobier C (2003): Substance use disorder comorbidity among inpatient youths with psychiatric disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 37:294-8.
- Swendsen JD, Merikangas KR (2000): The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clin Psychol Rev* 20:173-89.
- Swendsen JD, Merikangas KR, Canino GJ, Kessler RC, Rubio-Stipec M, Angst J (1998): The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Compr Psychiatry* 39:176-84.
- Ten Have M, Iedema J, Ormel J, Vollebergh W (2006): Explaining service use for mental health problems in the Dutch general population: the role of resources, emotional disorder and functional impairment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41:285-93.
- Vander Stoep A, Beresford SA, Weiss NS, McKnight B, Cauce AM, Cohen P (2000): Community-based study of the transition to adulthood for adolescents with psychiatric disorder. *Am J Epidemiol* 152:352-62.
- Wang J (2006): Perceived barriers to mental health service use among individuals with mental disorders in the Canadian general population. *Med Care* 44:192-5.

- Wang J, El-Guebaly N (2004): Sociodemographic factors associated with comorbid major depressive episodes and alcohol dependence in the general population. *Can J Psychiatry* 49:37-44.
- Wang J, Patten SB (2001): A prospective study of sex-specific effects of major depression on alcohol consumption. *Can J Psychiatry* 46:422-5.
- Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC (2005a): Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62:603-13.
- Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC (2005b): Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62:629-40.
- Weaver T, Madden P, Charles V, et al (2003): Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *Br J Psychiatry* 183:304-13.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000): Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ* 78:413-26.
- Wiseman EJ, Souder E, O'Sullivan P (1996): Relation of denial of alcohol problems to neurocognitive impairment and depression. *Psychiatr Serv* 47:306-8.
- Wittchen HU (1994): Reliability and validity studies of the WHO--Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 28:57-84.
- World Health Organization (1990): *The composite international diagnostic interview (CIDI)*. Geneva: WHO.

World Health Organization (1993): *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.

Zimmermann P, Wittchen HU, Hofler M, Pfister H, Kessler RC, Lieb R (2003): Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychol Med* 33:1211-22.

ANNEXES
