

DONNÉES PLAISIR©

ANALYSE

**PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES
ETAT DE SITUATION**

DONNÉES DE MAI 2005

ISE ✓

Sur mandat de la
Commission technique intercantonale PLAISIR

Analyse des données PLAISIR de mai 2005, relative aux problèmes psychologiques présentés par les résidants, mis en corrélation avec d'autres facteurs

L'évaluation du profil bio-psycho-social du résidant permet de prendre connaissance des problèmes psychologiques dont il souffre. 13 problèmes sont relevés : l'agressivité physique, l'agressivité verbale, le fait de déranger les autres, l'agitation, l'errance, l'anxiété persistante, la tristesse, les manifestations de chagrin, le retrait, la présence d'idées suicidaires, le fait de penser souvent à la mort, le réveil prématuré et de mauvaise humeur, l'hypersomnie. Lorsque ces problèmes sont présents, ils peuvent l'être de deux manières : corrigés (par une médication, une contention, un programme de gestion du comportement, etc.) ou non corrigés. Ne sont considérés « comme corrigés » que les problèmes qui existeraient si aucun moyen de correction n'était mis en œuvre... Un problème qui est en voie de correction (par exemple, ajustement de la médication non terminé) mais qui donne encore lieu à des manifestations, sera considéré comme non corrigé. »¹

Les EMS étant des lieux de vie, la gestion des problèmes psychologiques est un des éléments principaux de la qualité des soins.

L'analyse de données a été effectuée sur la base de données de mai 2005 (N= 11'517). Elle se limite à 5 problèmes, parmi les plus fréquents : l'agressivité physique, l'agressivité verbale, l'errance, le retrait et la tristesse. Elle est essentiellement descriptive (voir tableaux ci-joints). Il en ressort globalement les remarques suivantes :

- Les différences entre cantons ne sont pas significatives.
- Les *problèmes corrigés* sont relativement peu fréquents.
- Les hommes et les personnes en dessous de 74 ans (à noter, cependant, que les hommes sont les plus nombreux dans cette dernière population) ont proportionnellement plus de problèmes non corrigés.
- *L'agressivité physique non corrigée* est relativement rare (9% de la population totale). Ce sont les hommes et les personnes de moins de 74 ans qui en font preuve le plus fréquemment. Une proportion plus élevée dans le canton de Vaud peut s'expliquer par le nombre d'établissements de psychiatrie chronique (voir le graphique de la répartition par mission).
- 25% des résidants des cantons romands font preuve *d'agressivité verbale non corrigée*. Cette proportion monte à 37% si l'on ne considère que les hommes et à 36% si l'on observe la population de moins de 74 ans. La proportion vaudoise est également la plus élevée et peut s'expliquer de la même manière.
- *L'errance non corrigée* touche 11% des résidants des EMS romands. Il n'y a pas de différences de sexe ou d'âge et quelques variations cantonales.
- *Le retrait non corrigé* caractérise près d'un tiers des résidants romands. Il est également proportionnellement plus fréquent chez les hommes et les plus jeunes.
- Quant à *la tristesse non corrigée*, c'est le problème le plus fréquent (environ 39% des résidants en souffrent). Elle est plus fréquente chez les femmes mais aussi chez les plus jeunes.
- Les proportions varient beaucoup d'une mission à l'autre. Les établissements de gérontopsychiatrie et de psychiatrie ont proportionnellement plus de résidants avec des problèmes non corrigés.

¹ EROS, Manuel PLAISIR 1993, p. 49.

Des mises en relations ont été effectuées avec quelques autres variables permettant d'avoir une vue sur d'éventuels facteurs d'influence.

- *La mobilité* : l'agressivité physique et verbale ont tendance à être plus fréquentes chez les personnes mobiles (cela peut s'expliquer par la présence de la population psychiatrique jeune). Il y a un lien qui s'explique entre l'errance et les restrictions de mobilité à l'établissement et à l'étage. La tristesse a plutôt tendance à augmenter avec la diminution de la mobilité.
- *L'orientation* : Il y a une relation entre le niveau d'orientation et les problèmes psychologiques. À l'exception du retrait, la proportion de problèmes psychologiques non corrigés augmente avec l'augmentation des perturbations de l'orientation et rediminue légèrement chez les personnes totalement désorientées.
- *Les minutes de communication requises dans le plan de soins* : à l'exception du retrait, les personnes souffrant de problèmes non corrigés requièrent proportionnellement plus de temps de communication que les personnes n'ayant pas de problème ou dont le problème est corrigé (Ainsi : 9% des résidents souffrent d'agressivité physique non corrigée ; ils requièrent 12% du temps de communication et, dans 38% des cas, cela représente plus de 43 minutes par jour). Ce que les données ne disent pas, c'est dans quelle mesure ce temps supplémentaire est consacré à corriger le problème ou à le gérer ?

Enfin, une étude comparative a été effectuée à partir des données de mai 2004 (année J-1) et de mai 2005 (année J). Les problèmes psychologiques des résidents présents dans les deux bases de données ont été comparés. Un certain nombre de cas sont restés stables (sans problèmes, corrigés, non corrigés), ils se trouvent sur la diagonale des tableaux. Les résidents dont l'état s'est amélioré sont répertoriés dans le cadran supérieur droit des tableaux et ceux dont l'état s'est dégradé dans le cadran inférieur gauche. Globalement, on peut constater une légère dégradation dans tous les domaines sauf l'errance. Cette observation devait être poursuivie afin de dégager d'éventuelles tendances.

En conclusion, en dépit du constat qui peut paraître sombre, la situation des cantons romands est relativement bonne. Les proportions de personnes tristes ou en retrait parmi les résidents des EMS de Suisse romande se trouvent dans les moyennes citées dans la littérature internationale. Ces problématiques sont reconnues partout comme un problème sérieux, lié à l'expérience de vie en EMS et à l'état physio-psycho-social de ces personnes. Des expériences montrent qu'il est possible de les diminuer par des programmes détectant mieux les personnes à risque et encourageant les résidents à retrouver un sens dans leur vie quotidienne, notamment par des activités, et, surtout, par une sensibilisation du personnel à une relation préservant ou restaurant l'autonomie de la personne soignée. Il ne s'agit donc pas seulement de donner des médicaments mais d'avoir une attitude et des activités de soins adaptées. Malheureusement, il se trouve qu'actuellement, ces activités thérapeutiques ne sont pas financées par l'assurance-maladie et qu'en période de restrictions, certains de ces soins ne sont plus réalisés comme ils le devraient. Cette analyse, neutre et absente de jugement, donne cependant des pistes de réflexion pour une réorientation des priorités, dans le domaine de la formation du personnel, par exemple, et pour des analyses plus fines, notamment sur le plan clinique.

Résumé de quelques articles sélectionnés

Pour de nombreuses personnes âgées, l'avance en âge est caractérisée par de nombreuses pertes : physiologiques, fonctionnelles, sociales, cognitives, financières, etc. Il en résulte bien souvent un isolement social, un sentiment subjectif de solitude, de l'anxiété, de la dépression et, souvent, une perte de l'envie de vivre et des idées suicidaires. La fréquence de ces pertes s'accroît au fur et à mesure que l'âge avance, les temps réservés à leur assimilation diminuent et parfois disparaissent. Dès lors, il est souvent difficile de faire la différence entre une dépression pathologique et une réaction dépressive normale. En outre, nombreuses sont les personnes qui passent la dernière partie de leur vie en institution. Ce « placement » peut avoir des effets négatifs sur la santé psychique de la personne, dans la mesure où il est accompagné du sentiment de manque de contrôle sur sa vie personnelle et de l'incapacité de prendre les décisions relatives au quotidien (4).

Les proportions de personnes âgées souffrant de problèmes dépressifs varient considérablement selon les sources citées (1). La dépression est le second diagnostic psychiatrique le plus fréquent après la démence chez les personnes âgées en institution. Or, la présence d'une dépression constitue un risque augmenté de mortalité (3)(5). L'étude effectuée par Lau-Ting et Phoon (1) dans des établissements pour personnes âgées de Singapour relève 30% de personnes souffrant de tristesse, en grande majorité des femmes et 20 % de solitude. Ces chiffres sont de l'avis des auteurs sous-estimés mais ils sont dans la moyenne. L'étude de Ron (4) qui compare des personnes âgées en EMS, en Israël, avec des personnes vivant à domicile, cherche à définir le profil des personnes les plus susceptibles de souffrir de dépression et d'idées suicidaires. L'étude montre que le risque est plus grand pour les personnes institutionnalisées et les femmes que pour les personnes à domicile et les hommes. Le risque est également augmenté pour les personnes qui ont perdu un conjoint ou un compagnon. L'auteur explique cette différence par la perte du rôle social d'épouse et de mère, associée à la perte d'autonomie, à une situation socio-économique difficile et une espérance de vie prolongée dans un certain isolement social.

Un des facteurs positifs sur le plan psychique consiste à permettre aux personnes âgées de conserver un certain pouvoir sur leur vie et leur environnement, malgré les pertes vécues au quotidien. L'étude de Nyström et Segesten (2) met en évidence les processus de pouvoir qui conduisent à diminuer ou à renforcer celui des résidents. Ainsi, par exemple, le pouvoir d'expert n'est généralement donné au résident en EMS qu'en ce qui concerne sa vie passée et son environnement immédiat. Ce qui concerne sa vie présente (organisation, buts, soins, etc.) est confié à d'autres personnes considérées comme plus expertes, notamment les soignants. Cela provoque chez le résident et dans son entourage familiale des attentes parfois irréalistes. Le pouvoir dit « de référence » ou la reconnaissance que la personne avait dans son environnement social disparaît lors de l'entrée dans un nouveau lieu de vie. Les personnes de référence d'un EMS sont, à nouveau, les soignants. Même si les soins se donnent avec beaucoup de gentillesse et de respect, le simple fait d'aider et de contrôler la vie des résidents laisse généralement une place limitée à l'autonomie et à la responsabilité de ces derniers. Pour remédier à cette dépossession du pouvoir, il est nécessaire de travailler sur plusieurs plans : structurel (lieux de vie alternatifs, suffisamment d'espace pour les effets personnels, petites unités de soins avec une possibilité de participation aux décisions pour les résidents), managérial (sensibilisation et formation du personnel, planification individualisée des soins insistant sur la participation du résident, systèmes d'évaluation de la qualité des soins et surveillance évitant les violations de la liberté individuelle), psychologique (création d'un environnement psychologique qui permette au résident de faire face à ses angoisses existentielles).

Selon Ischer et al. (3), 40% des résidents d'EMS montrent des symptômes dépressifs et 20% ont une dépression reconnue sur le plan clinique. Seul un quart de ces patients sont reconnus par les soignants (médecins et infirmiers) comme présentant un risque élevé de qualité de vie diminuée. Dans leur article (3) les auteurs montrent comment ils ont pu améliorer nettement l'état psychique des résidents d'un établissement, un an après la mise en place d'un processus en trois phases : 1) processus structuré d'évaluation des résidents, afin de détecter les signes de dépression (présence de tristesse, problème de bien-être sur le plan psycho-social, problèmes de comportement, utilisation de psychotropes) – 2) intervention interdisciplinaire pour mieux définir la symptomatologie de la dépression et son traitement médicamenteux et évaluation des besoins et des désirs des résidents en matière d'activités (augmentation de la participation –encouragement aux contacts sociaux et exercices de mémoire, etc.) – 3) Concept de formation du personnel soignant quant à la manière de se comporter avec les résidents présentant des symptômes dépressifs.

Blair (5) montre dans son étude que si le personnel soignant n'encourage pas des résidents, qui entrent en EMS parfaitement autonomes, à effectuer eux-mêmes les actes de la vie quotidienne, ils deviennent dépendants en quelques mois. Or, diverses autres recherches citées dans l'article montrent que la perte de cette autonomie personnelle ainsi que la dépendance sont associées à divers problèmes de santé mentale, tels que la perte de l'estime de soi, une perception négative de son état de santé ainsi que des problèmes d'humeur. La plupart de ces sentiments sont des signes d'état dépressifs. Deux groupes de résidents sont comparés durant 26 semaines : dans le premier cas le personnel reçoit une formation complète sur la manière de donner des soins stimulant l'autonomie du résident dans les actes de la vie quotidienne (selon Orem), dans le second il reçoit seulement une information sur l'évaluation des résultats. Aucun autre changement n'est apporté dans le fonctionnement des unités, à part la mise en place d'évaluations régulières des capacités des

résidents. En fin de période, sur le plan fonctionnel, le groupe 1 s'est nettement amélioré alors que les résidents du groupe 2 ont stagné. L'estime de soi du groupe 1 a augmenté alors que celle du groupe 2 a nettement diminué. Cette étude met clairement en évidence l'importance de l'attitude des soignants et de la manière d'envisager les soins.

Anne Berthou / Laure Curt
Février 2006

Bibliographie

1. Lau-Ting C., Phoon W.O., Mental status of residents in old people's homes, in : Annals Academy of Medicine, January 1987, 16 (1), pp. 118-121
2. Nyström A.E., Segesten K.M., On sources of powerlessness in nursing home life, in : Journal of Advanced Nursing, 1994, 19, pp. 124-133
3. Ischer A.R., Schild H., Strebel E., Lang P., Gilgen R., Erkennung und Behandlung von Depressionssymptomen bei Pflegeheimpatienten, in : Therapeutische Umschau, 2002, 59 (7), pp. 367-370
4. Ron P., Depression, hopelessness, and suicidal ideation among the elderly : a comparison between men and women living nursing homes and in the community, in : Journal of Gerontological Social Work, 2004, 43 (2/3), pp. 97-116
5. Blair C.E, Effect of self-care ADLs on self-esteem of intact nursing home residents, in : Issues in Mental Health Nursing, 1999, 20, pp. 559-570

Données PLAISIR - Mai 2005

Analyse des problèmes psychologiques des résidents

Situation des résidents en matière de problèmes psychologiques

Intitulé	Agressivité physique		Agressivité verbale		Errance		Retrait		Tristesse	
Pas de problème	10'282	89%	8'335	72%	10'137	88%	7'946	69%	6'660	58%
Problèmes corrigés	181	2%	262	2%	70	1%	121	1%	244	2%
Problèmes non corrigés	1'054	9%	2'920	25%	1'310	11%	3'450	30%	4'613	40%
Total	11'517	100%	11'517	100%	11'517	100%	11'517	100%	11'517	100%

Répartition selon le sexe

Intitulé	Agressivité physique		Agressivité verbale		Errance		Retrait		Tristesse	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Pas de problème	92%	81%	77%	60%	88%	88%	71%	64%	57%	60%
Problèmes corrigés	1%	3%	2%	3%	1%	0%	1%	1%	2%	2%
Problèmes non corrigés	7%	16%	21%	37%	11%	12%	28%	35%	41%	38%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Répartition par catégorie d'âge

Intitulé	Agressivité physique		Agressivité verbale		Errance		Retrait		Tristesse	
	En années									
	60-74	>74	60-74	>74	60-74	>74	60-74	>74	60-74	>74
Pas de problème	84%	91%	61%	76%	89%	88%	64%	71%	56%	59%
Problèmes corrigés	2%	1%	3%	2%	1%	1%	2%	1%	3%	2%
Problèmes non corrigés	13%	7%	36%	22%	11%	11%	34%	28%	41%	39%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

GENEVE

Intitulé	Agressivité physique		Agressivité verbale		Errance		Retrait		Tristesse	
Pas de problème	2'813	90%	2'333	74%	2'759	88%	2'089	66%	1'883	60%
Problèmes corrigés	36	1%	57	2%	19	1%	29	1%	59	2%
Problèmes non corrigés	293	9%	752	24%	364	12%	1'024	33%	1'200	38%
Total	3'142	100%	3'142	100%	3'142	100%	3'142	100%	3'142	100%

JURA

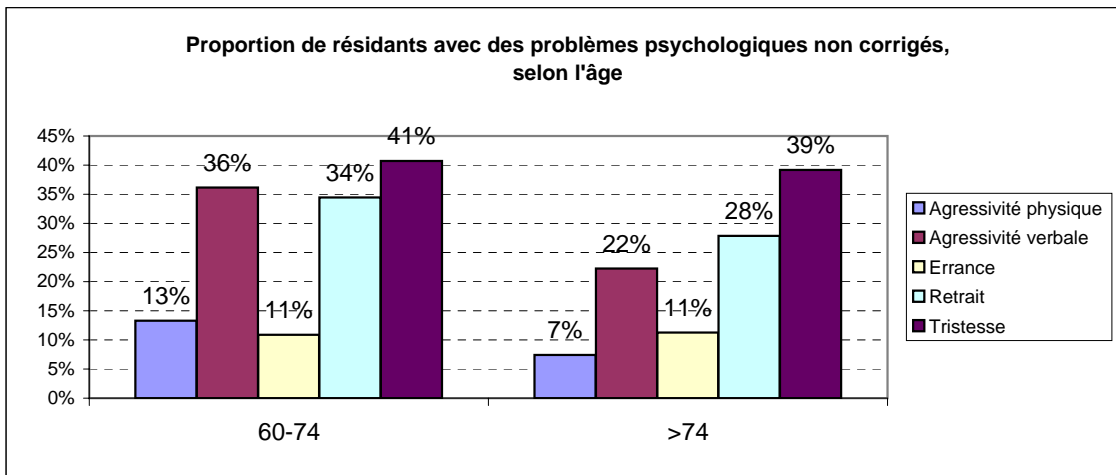
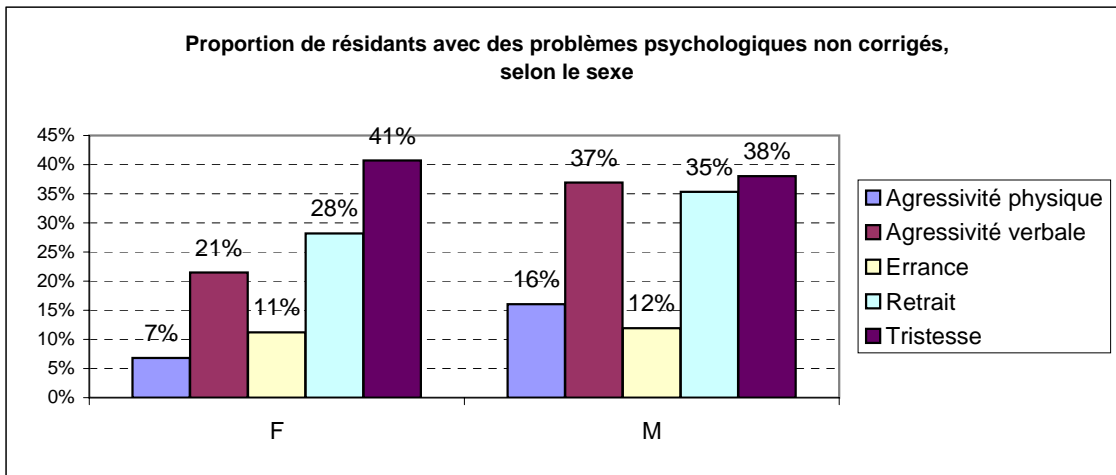
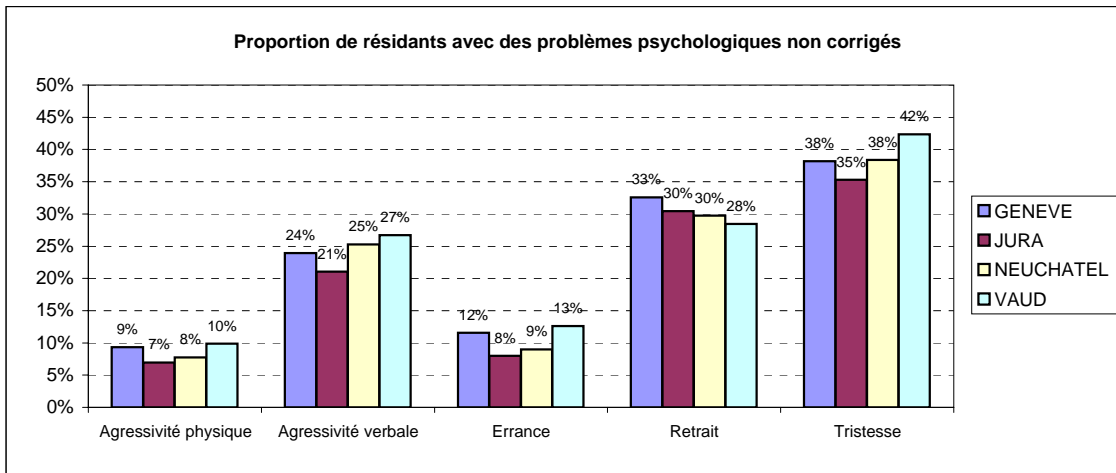
Intitulé	Agressivité physique		Agressivité verbale		Errance		Retrait		Tristesse	
Pas de problème	622	92%	524	78%	620	92%	466	69%	427	63%
Problèmes corrigés	5	1%	8	1%	0	0%	3	0%	9	1%
Problèmes non corrigés	47	7%	142	21%	54	8%	205	30%	238	35%
Total	674	100%	674	100%	674	100%	674	100%	674	100%

NEUCHATEL

Intitulé	Agressivité physique		Agressivité verbale		Errance		Retrait		Tristesse	
Pas de problème	2'007	91%	1'602	73%	1'994	91%	1'525	69%	1'319	60%
Problèmes corrigés	23	1%	43	2%	9	0%	21	1%	37	2%
Problèmes non corrigés	171	8%	556	25%	198	9%	655	30%	845	38%
Total	2'201	100%	2'201	100%	2'201	100%	2'201	100%	2'201	100%

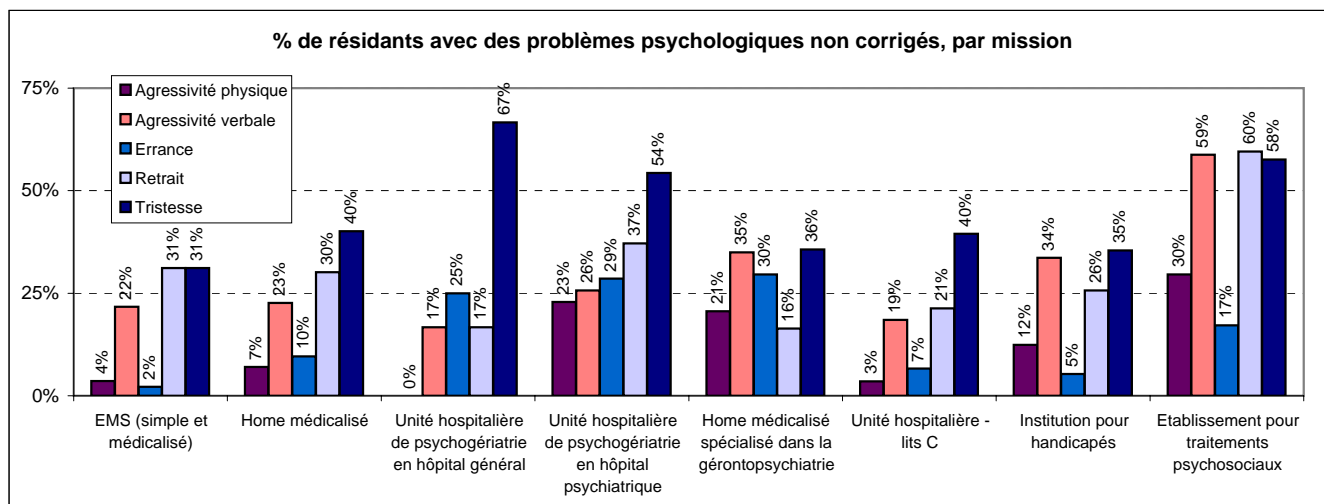
VAUD

Intitulé	Agressivité physique		Agressivité verbale		Errance		Retrait		Tristesse	
Pas de problème	4'840	88%	3'876	70%	4'764	87%	3'866	70%	3'031	55%
Problèmes corrigés	117	2%	154	3%	42	1%	68	1%	139	3%
Problèmes non corrigés	543	10%	1'470	27%	694	13%	1'566	28%	2'330	42%
Total	5'500	100%	5'500	100%	5'500	100%	5'500	100%	5'500	100%



% de résidents avec des problèmes psychologiques non corrigés, par mission

Intitulé	Agressivité physique	Agressivité verbale	Errance	Retrait	Tristesse
Home/maison pour personnes âgées					
EMS (simple et médicalisé)	4%	22%	2%	31%	31%
Home médicalisé	7%	23%	10%	30%	40%
Unité hospitalière de psychogériatrie en hôpital général	0%	17%	25%	17%	67%
Unité hospitalière de psychogériatrie en hôpital psychiatrique	23%	26%	29%	37%	54%
Home médicalisé spécialisé dans la gérontopsychiatrie	21%	35%	30%	16%	36%
Unité hospitalière - lits C	3%	19%	7%	21%	40%
Institution pour handicapés	12%	34%	5%	26%	35%
Etablissement pour traitements psychosociaux	30%	59%	17%	60%	58%



Données PLAISIR - Mai 2005

Analyse des problèmes psychologiques des résidents

MOBILITE: Corrélation des problèmes psychologiques avec la mobilité (problèmes corrigés et non corrigés)

Mobilité	Agressivité physique	Agressivité verbale	Errance	Retrait	Tristesse
Pleine					
Restreinte occasionnellement	22%	28%		28%	44%
Déficiente (lenteur)	4%	31%		27%	27%
Réduite	17%	37%	2%	51%	39%
Restreinte au voisinage	11%	33%	4%	46%	39%
Restreinte à l'établissement	10%	30%	15%	38%	41%
Restreinte à l'étage	12%	28%	31%	27%	42%
Restreinte à la chambre	6%	24%	1%	40%	48%
Nulle	11%	24%	1%	20%	43%
Total	11%	28%	12%	31%	42%

ORIENTATION: Corrélation des problèmes psychologiques avec l'orientation (problèmes corrigés et non corrigés)

Orientation	Agressivité physique	Agressivité verbale	Errance	Retrait	Tristesse
Pleinement orienté					
Problème(s) pleinement compensé(s)					6%
Perturbations intermittentes		3%		6%	9%
Perturbations partiellement compensées	2%	13%	0.1%	31%	34%
Perturbations modérées	6%	26%	1%	52%	47%
Perturbations sévères	12%	33%	15%	28%	47%
Perte de l'orientation	17%	37%	33%	8%	43%
Désorientation	22%	26%	29%	1%	28%
Coma, état végétatif					
Total	11%	28%	12%	31%	42%

MOBILITE: Corrélation des problèmes psychologiques avec la mobilité (problèmes corrigés et non corrigés), femmes uniquement

Mobilité	Agressivité physique	Agressivité verbale	Errance	Retrait	Tristesse
Pleine					
Restreinte occasionnellement	17%	33%		33%	33%
Déficiente (lenteur)	7%	33%		13%	27%
Réduite	8%	27%		42%	40%
Restreinte au voisinage	6%	24%	3%	42%	42%
Restreinte à l'établissement	6%	24%	14%	38%	42%
Restreinte à l'étage	9%	25%	31%	26%	42%
Restreinte à la chambre	4%	21%	1%	40%	49%
Nulle	9%	22%	1%	20%	43%
Total	8%	23%	12%	29%	43%

MOBILITE: Corrélation des problèmes psychologiques avec la mobilité (problèmes corrigés et non corrigés), hommes uniquement

Mobilité	Agressivité physique	Agressivité verbale	Errance	Retrait	Tristesse
Pleine					
Restreinte occasionnellement	25%	25%		25%	50%
Déficiente (lenteur)		27%		45%	27%
Réduite	22%	43%	3%	56%	39%
Restreinte au voisinage	18%	45%	6%	50%	36%
Restreinte à l'établissement	18%	44%	17%	40%	40%
Restreinte à l'étage	22%	39%	32%	31%	40%
Restreinte à la chambre	12%	37%	1%	38%	41%
Nulle	20%	35%	1%	21%	42%
Total	19%	40%	12%	36%	40%

ORIENTATION: Corrélation des problèmes psychologiques avec l'orientation (problèmes corrigés et non corrigés), femmes uniquement

Orientation	Agressivité physique	Agressivité verbale	Errance	Retrait	Tristesse
Pleinement orienté					
Problème(s) pleinement compensé(s)					13%
Perturbations intermittentes		3%		3%	13%
Perturbations partiellement compensées	1%	9%	0%	29%	35%
Perturbations modérées	4%	21%	0%	51%	48%
Perturbations sévères	8%	27%	15%	26%	48%
Perte de l'orientation	13%	34%	33%	8%	44%
Désorientation	18%	25%	27%	1%	28%
Coma, état végétatif					
Total	8%	23%	12%	29%	43%

ORIENTATION: Corrélation des problèmes psychologiques avec l'orientation (problèmes corrigés et non corrigés), hommes uniquement

Orientation	Agressivité physique	Agressivité verbale	Errance	Retrait	Tristesse
Pleinement orienté					
Problème(s) pleinement compensé(s)					
Perturbations intermittentes		3%		10%	3%
Perturbations partiellement compensées	5%	26%		37%	29%
Perturbations modérées	13%	40%	2%	56%	44%
Perturbations sévères	23%	49%	16%	33%	45%
Perte de l'orientation	28%	49%	33%	9%	42%
Désorientation	38%	31%	36%	2%	27%
Coma, état végétatif					
Total	19%	40%	12%	36%	40%

MINUTES DE COMMUNICATION REQUISES : Corrélation avec les problèmes psychologiques

Etat du problème psy	Agressivité physique		Agressivité verbale		Errance		Retrait		Tristesse	
	% résidants concernés	% minutes requises	% résidants concernés	% minutes requises	% résidants concernés	% minutes requises	% résidants concernés	% minutes requises	% résidants concernés	% minutes requises
Pas de problème	89%	85%	72%	67%	88%	85%	69%	68%	58%	55%
Problèmes corrigés	2%	2%	2%	3%	1%	1%	1%	1%	2%	2%
Problèmes non corrigés	9%	12%	25%	30%	11%	14%	30%	30%	40%	43%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Volume de minutes de communication requises par les résidants avec des problèmes psychologiques

Minutes de communication par jour	Agressivité physique		Agressivité verbale		Errance		Retrait		Tristesse	
	Pas de problème	Non corrigée	Pas de problème	Non corrigée	Pas de problème	Non corrigée	Pas de problème	Non corrigé	Pas de problème	Non corrigée
00-21	21%	4%	23%	9%	22%	0%	16%	23%	22%	14%
22-28	31%	12%	32%	21%	30%	17%	29%	27%	28%	28%
29-35.5	28%	32%	28%	29%	26%	43%	33%	18%	29%	28%
35.6-43	10%	14%	9%	13%	9%	16%	11%	8%	10%	10%
plus de 43	10%	38%	8%	27%	13%	24%	10%	25%	10%	20%
Ensemble	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Comparaison de la fréquence des problèmes d'AGRESSIVITE PHYSIQUE entre J (2005) (lignes) et J-1 (2004)(colonnes)

J (lignes), J-1 (colonnes)	Pas de problème	Problèmes corrigés	Problèmes non corrigés	Total J
Pas de problème	7303	37	85	7425
Problèmes corrigés	19	102	36	157
Problèmes non corrigés	212	17	603	832
Total J-1	7534	156	724	8414

Résumé de la situation en mai 2005

Agressivité physique	Etat psychologique amélioré	1.9%
	Etat psychologique péjoré	2.9%
	Problème psychologique non corrigé inchangé	7.2%
	Pas de problème inchangé	86.8%

Comparaison de la fréquence des problèmes d'AGRESSIVITE VERBALE entre J (2005) (lignes) et J-1 (2004)(colonnes)

J (lignes), J-1 (colonnes)	Pas de problème	Problèmes corrigés	Problèmes non corrigés	Total J
Pas de problème	5697	44	192	5933
Problèmes corrigés	20	143	68	231
Problèmes non corrigés	421	34	1795	2250
Total J-1	6138	221	2055	8414

Agressivité verbale	Etat psychologique amélioré	3.6%
	Etat psychologique péjoré	5.6%
	Problème psychologique non corrigé inchangé	21.3%
	Pas de problème inchangé	67.7%

Comparaison de la fréquence des problèmes d'ERRANCE entre J (2005) (lignes) et J-1 (2004)(colonnes)

J (lignes), J-1 (colonnes)	Pas de problème	Problèmes corrigés	Problèmes non corrigés	Total J
Pas de problème	7224	25	179	7428
Problèmes corrigés	2	34	32	68
Problèmes non corrigés	186	4	728	918
Total J-1	7412	63	939	8414

Errance	Etat psychologique amélioré	2.8%
	Etat psychologique péjoré	2.3%
	Problème psychologique non corrigé inchangé	8.7%
	Pas de problème inchangé	85.9%

Comparaison de la fréquence des problèmes de TRISTESSE entre J (2005) (lignes) et J-1 (2004)(colonnes)

J (lignes), J-1 (colonnes)	Pas de problème	Problèmes corrigés	Problèmes non corrigés	Total J
Pas de problème	4468	32	330	4830
Problèmes corrigés	16	112	91	219
Problèmes non corrigés	523	49	2793	3365
Total J-1	5007	193	3214	8414

Tristesse	Etat psychologique amélioré	5.4%
	Etat psychologique péjoré	7.0%
	Problème psychologique non corrigé inchangé	33.2%
	Pas de problème inchangé	53.1%

Comparaison de la fréquence des problèmes de RETRAIT entre J (2005) (lignes) et J-1 (2004)(colonnes)

J (lignes), J-1 (colonnes)	Pas de problème	Problèmes corrigés	Problèmes non corrigés	Total J
Pas de problème	5386	30	352	5768
Problèmes corrigés	8	63	33	104
Problèmes non corrigés	405	20	2117	2542
Total J-1	5799	113	2502	8414

Retrait	Etat psychologique amélioré	4.9%
	Etat psychologique péjoré	5.1%
	Problème psychologique non corrigé inchangé	25.2%
	Pas de problème inchangé	64.0%