

DRASS

Provence-Alpes-Côte d'Azur



N°9 - Avril 2009



Santé mentale en population générale : image et réalité dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur



ASEP



Direction Régionale des
Affaires Sanitaires et Sociales

Selon l'enquête Santé mentale en population générale (SMPG), un tiers des personnes de 18 ans et plus de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur aurait au moins un trouble de santé mentale (hors risque suicidaire et insomnie actuelle). Cette proportion est légèrement supérieure à celle mesurée au niveau de la Métropole. Les troubles anxieux sont les problèmes qui touchent le plus souvent les adultes de la région. Pourtant, la prévalence des troubles de santé mentale (troubles de l'humeur, troubles anxieux, problèmes d'alcool ou de drogue, syndrome d'allure psychotique, risque suicidaire, insomnie actuelle) varie fortement selon le profil socio-démographique des personnes. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, le risque d'être atteint de ce type de troubles est plus fréquent chez les femmes et chez les jeunes. Les personnes ayant une situation familiale « stable » (marié ou vivant en couple) semblent être moins sujettes à ce type de pathologie. De même, un environnement social défavorisé (chômage, inactivité, revenus faibles) augmente le risque d'avoir ce type de troubles notamment pour les hommes.

Par ailleurs, la population de 18 ans et plus de la région a été interrogée sur ses représentations des problèmes de santé mentale. Elle a ainsi une image du « fou » et du « malade mental » assez proche. Pour ces deux notions, le caractère « dangereux » et « anormal » est souvent relevé.

La plupart des personnes interrogées pensent aussi que l'origine de la « maladie mentale » est surtout physique alors qu'elle serait plus diverse pour la « dépression ». Selon la population, le « fou » serait une personne exclue, irresponsable, inconsciente de son état et difficilement guérissable alors que le « dépressif » serait responsable de ses actes, conscient de son état et guérissable.

Les médicaments sont le traitement le plus fréquemment cités pour prendre en charge la « dépression », la « maladie mentale » ou la « folie ». Mais le recours aux proches et la psychothérapie sont plus souvent relevés pour le traitement de la « dépression ». Pour soigner la « folie » ou la « maladie mentale » d'un proche, la population préconise une prise en charge par un spécialiste. Si elle avait elle-même des problèmes, la population s'orienterait aussi bien vers un proche que vers un professionnel de santé généraliste. Cependant, ce comportement dépend du profil et notamment de l'âge de la personne. Ainsi, un proche semble être le recours principal pour les jeunes alors que ce serait le médecin généraliste pour les personnes plus âgées.

L'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) réalisée par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur s'est déroulée dans la région, de 2002 à 2007. Six équipes de secteur de psychiatrie générale ont mis en œuvre cette enquête selon le protocole défini par le CCOMS de Lille (*Voir encadré sur l'enquête SMPG*). Sa réalisation par les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) a été d'un intérêt majeur pour la formation des étudiants.

L'enquête SMPG s'appuie sur un outil de repérage le questionnaire MINI (*Voir encadré sur le questionnaire Mini*). En plus d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux, l'enquête SMPG interroge les personnes sur leurs représentations des problèmes de santé mentale.

Prévalences des troubles de santé mentale

Un tiers des personnes de 18 ans et plus repéré avec au moins un trouble de santé mentale

Dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 33 % des personnes de 18 ans et plus ont été repérées, au travers du questionnaire Mini de l'enquête « Santé mentale en population générale », comme ayant au moins un trouble de santé mentale (hors risque suicidaire et problème d'insomnie actuelle) soit environ 1 245 000 personnes. Cette prévalence est légèrement supérieure à la moyenne métropolitaine qui avoisine 32 % et inférieure à celle constatée (36 %) dans la région Nord-Pas-de-Calais (Tableau 1). Ceci s'explique sans doute en partie par les différences de structure des populations de ces deux régions.

Les troubles anxieux sont les problèmes les plus fréquents et concernent plus de 21 % des personnes de la région. Il s'agit majoritairement d'une anxiété généralisée (12 %). Viennent ensuite la phobie sociale qui touche 5 % des personnes de 18 ans et plus, les troubles paniques (4 %) et l'agoraphobie (2 %). Les troubles de l'humeur touchent, quant à eux, 13 % des personnes interrogées. Il s'agit principalement de personnes repérées comme ayant connu un épisode dépressif au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête (11 %). Et dans la moitié des cas, cet épisode peut être considéré comme récurrent au cours de leur vie. Les deux autres troubles de l'humeur (la dysthymie et l'épisode maniaque) concernent chacun moins de 3 % de la population régionale. L'ensemble de ces prévalences sont pour la plupart similaires à celles observées au niveau de la France métropolitaine

Troubles repérés par le Mini	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Nord-Pas-de-Calais	France métropolitaine
Au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie)	33,3	35,9	31,9
Troubles de l'humeur ⁽¹⁾	13,4	16,1	13,6
Episode dépressif (2 semaines)	10,6	13,1	11,0
Dont trouble dépressif récurrent (vie entière)	5,3	6,3	5,6
Dysthymie (2 dernières années)	2,5	2,9	2,4
Episode maniaque (vie entière)	1,6	1,7	1,6
Troubles anxieux ⁽²⁾	21,5	24,7	21,6
Anxiété généralisée (6 derniers mois)	12,4	15,1	12,8
Phobie sociale (actuelle)	4,6	4,2	4,2
Trouble panique (actuel)	4,3	5,0	4,1
Agoraphobie (actuelle)	1,7	2,5	2,1
Dont agoraphobie avec trouble panique (actuelle)	0,4	0,7	0,5
Etat de stress post-traumatique (actuel)	0,9	0,8	0,7
Problème d'alcool	5,5	5,3	4,3
Problème de drogue	3,9	2,8	2,5
Syndrome d'allure psychotique (vie entière)	3,9	2,3	2,7
Syndrome psychotique isolé actuel	0,2	0,1	0,2
Syndrome psychotique isolé passé	0,7	0,5	0,5
Syndrome psychotique récurrent actuel	1,7	1,0	1,1
Syndrome psychotique récurrent passé	1,3	0,7	0,8
Risque suicidaire	14,4	15,1	13,6
Léger ⁽³⁾	10,4	10,5	9,8
Moyen	2,5	2,4	2,2
Elevé	1,5	2,2	1,7
Insomnie actuelle	15,7	14,0	*

* information non disponible

⁽¹⁾ Le diagnostic d'épisode dépressif récurrent exclut d'emblée celui de dysthymie.

⁽²⁾ L'exploration des symptômes d'anxiété généralisée n'a lieu qu'en l'absence de tout autre trouble anxieux.

⁽³⁾ Avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie suffit à la cotation d'un risque suicidaire léger.

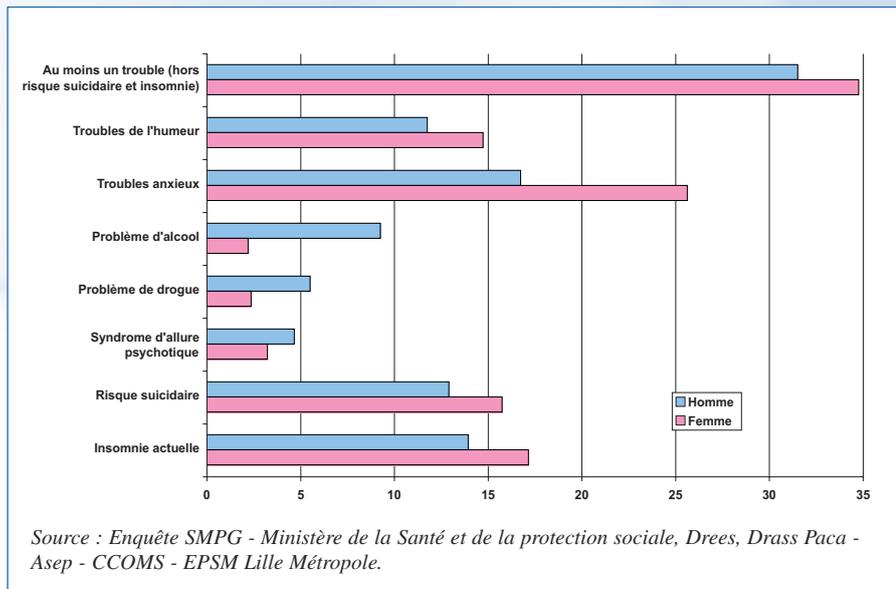
Note : les prévalences correspondent à la part de la population concernée par chacun des troubles. Ainsi, 33,3 % des personnes de 18 ans et plus ont au moins un trouble de santé mentale dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Champ : Personnes âgées de 18 ans et plus

Source : Enquête SMPG - Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Drass Paca - Asep - CCOMS - EPSM Lille Métropole.

Tableau 1 : Prévalence (%) des différents troubles repérés chez les personnes de 18 ans et plus

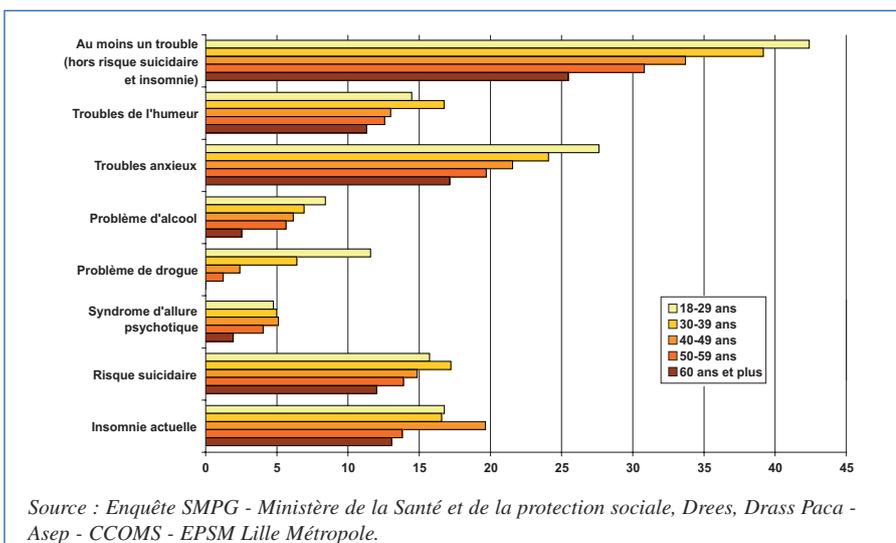
Des troubles plus fréquents chez les femmes



Graphique 1 : Prévalence (%) des différents troubles selon le sexe

Les femmes présentent plus souvent un trouble de santé mentale que les hommes (*Graphique 1*). En effet, toutes choses égales par ailleurs, elles ont un risque 1.2 fois plus élevé que les hommes d'être atteintes de ce type de pathologie (*Tableau 2*). Ce risque est même 1.7 fois plus élevé pour les troubles anxieux. Ce constat est similaire pour la plupart des troubles (y compris les risques suicidaires et l'insomnie actuelle) en dehors de ceux dus à l'alcool ou aux drogues et des syndromes d'allure psychotique. Les femmes ont ainsi 2.2 fois moins de risque que les hommes d'avoir un problème avec la drogue et 4.5 fois moins d'avoir un problème avec l'alcool.

Des troubles plus fréquents chez les jeunes, notamment ceux liés à la drogue



Graphique 2 : Prévalence (%) des différents troubles selon la classe d'âge

La prévalence des troubles de santé mentale est également liée à l'âge (*Graphique 2*). Plus on est jeune et plus on a de risque d'être atteint de l'un de ces troubles (hors risque suicidaire et insomnie actuelle). En effet, 42 % des moins de 30 ans le sont contre seulement 25 % des personnes de 60 ans et plus. Plus précisément, toutes choses égales par ailleurs, les jeunes de 18 à 29 ans ont 1.3 fois plus de risque d'avoir un trouble de santé mentale que les personnes de 40 à 49 ans et 2.3 fois plus que les personnes de 60 ans et plus (*Tableau 2*). Cette situation se retrouve plus spécifiquement pour les troubles anxieux et les problèmes liés à l'alcool mais elle est encore plus marquée pour

les problèmes de drogue. Toutes choses égales par ailleurs, ces derniers sont, par rapport aux personnes de 40 à 49 ans, quatre fois plus fréquents chez les moins de 30 ans et 2.3 fois plus chez les personnes de 30 à 39 ans. Les personnes de 40 à 49 ans sont, quant à elles, plus souvent sujettes à des insomnies.

Caractéristiques socio-démographiques		Odds ratio*	Intervalle de confiance à 95 %
Sexe	Femme	1,17	[1.16 , 1.17]
	Homme (référence)	1,00	
Age	Moins de 30 ans	1,31	[1.30 , 1.32]
	De 30 à 39 ans	1,26	[1.25 , 1.26]
	De 40 à 49 ans (référence)	1,00	
	De 50 à 59 ans	0,81	[0.81 , 0.82]
	60 ans et plus	0,56	[0.56 , 0.57]
Professions et catégories socio-professionnelles	Agriculteur	1,13	[1.10 , 1.16]
	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	1,02	[1.01 , 1.04]
	Cadre, profession intellectuelle supérieure	0,96	[0.95 , 0.97]
	Profession intermédiaire	0,78	[0.77 , 0.79]
	Employé (référence)	1,00	
	Ouvrier	0,90	[0.89 , 0.91]
	Chômeur	1,22	[1.21 , 1.23]
	Retraité	1,07	[1.06 , 1.08]
	Etudiant	0,90	[0.89 , 0.91]
	Autres personnes sans activité professionnelle	1,37	[1.36 , 1.39]
Niveau d'études	Non scolarisé ou Ecole primaire	1,13	[1.12 , 1.14]
	Cycle secondaire non terminé	1,19	[1.18 , 1.20]
	Cycle secondaire terminé (référence)	1,00	
	Etudes supérieures	0,72	[0.71 , 0.72]
Revenus familiaux mensuels	Moins de 840 euros	1,13	[1.12 , 1.14]
	De 840 à 1 300 euros	1,15	[1.14 , 1.16]
	De 1 300 à 2 520 euros (référence)	1,00	
	Plus de 2 520	0,86	[0.85 , 0.87]
Situation matrimoniale	Célibataire	1,49	[1.48 , 1.50]
	Marié(e) (référence)	1,00	
	Séparé	1,76	[1.75 , 1.77]
	Veuf, veuve	1,32	[1.30 , 1.33]

Source : Enquête SMPG - Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca - Asep - CCOMS - EPSM Lille Métropole.

* ou risque relatif : la méthode d'analyse par régression logistique permet de mettre en évidence le lien entre les prévalences des troubles de santé mentale et les caractéristiques socio-démographiques des personnes. Elle évalue, toutes choses égales par ailleurs, le risque relatif ou odds ratios (d'avoir un trouble) d'une caractéristique par rapport à une situation choisie comme référence. Ainsi, si l'odds ratio est supérieur à 1, le risque de la caractéristique est plus élevé que pour la situation de référence ; s'il est inférieur, le risque est plus faible. L'odds ratio permet aussi de mesurer le niveau de ce risque. Un odds ratio de 1.5 indique que le risque est 1.5 fois plus élevé que pour la situation de référence.

Ici on voit donc que, toutes choses égales par ailleurs c'est-à-dire à âge, catégorie socioprofessionnelle, niveau d'études, revenu et situation familiale constants, les femmes ont plus de risques que les hommes d'avoir un problème de santé mentale. Et ce risque est 1.2 fois (ou 20 %) plus élevé.

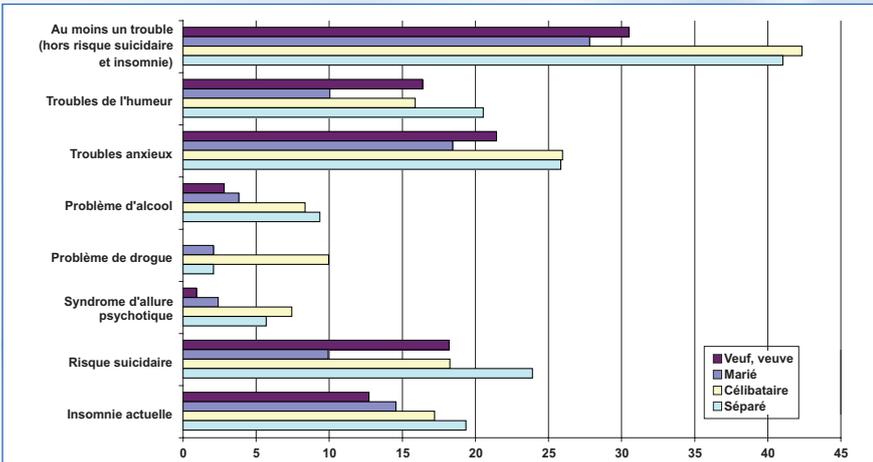
Toutes les modalités des variables introduites sont significativement liées au fait d'avoir ou non un problème de santé mentale. Le même tableau a aussi été réalisé pour chacun des troubles pris individuellement mais aussi en distinguant les hommes des femmes.

Tableau 2 : Risque relatif d'avoir au moins un trouble de santé mentale (hors risque suicidaire et insomnie) selon les caractéristiques socio-démographiques en PACA

Moins de problèmes de santé mentale si on vit en couple

La situation familiale de la personne est aussi un facteur explicatif des troubles de santé mentale (*Graphique 3*). Ainsi, les personnes vivant en couple (qu'elles soient mariées, en concubinage, en union libre ou pacsées) sont celles qui ont le moins souvent des problèmes de santé mentale. Les personnes séparées ou divorcées et les personnes seules ont un risque respectivement 1.8 et 1.5 fois plus élevé, toutes choses égales par ailleurs, d'être atteintes de tels troubles. Ce risque est multiplié par 1.3 pour les personnes veuves. Ce constat se retrouve quelque soit le type de troubles (y compris pour les risques suicidaires et les insomnies actuelles).

Il est même encore plus net en ce qui concerne les risques suicidaires et les syndromes d'allure psychotique. Le célibat semble cependant, être un facteur de risque plus important que la séparation ou le divorce pour les syndromes d'allure psychotique.



Source : Enquête SMPG - Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca - Asep - CCOMS - EPSM Lille Métropole.

Graphique 3 : Prévalence (%) des différents troubles selon la situation matrimoniale

Le lien entre situation matrimoniale et problème de santé mentale est en général un peu plus important pour les hommes. Ce constat est entièrement inversé uniquement pour les syndromes d'allure psychotique. Cependant, certaines particularités peuvent apparaître. Ainsi, pour les troubles liés à l'alcool, ce sont les hommes séparés ou divorcés qui ont le risque le plus élevé (3.1 fois) par rapport à leurs homologues vivant en couple. Pour les femmes, c'est le veuvage (2.4 fois). De même, le célibat apparaît pour les hommes comme un facteur de risque aussi élevé que la séparation (ou le divorce) pour les risques suicidaires alors que pour les femmes, c'est le veuvage.

Des troubles plus fréquents chez les personnes sans emploi

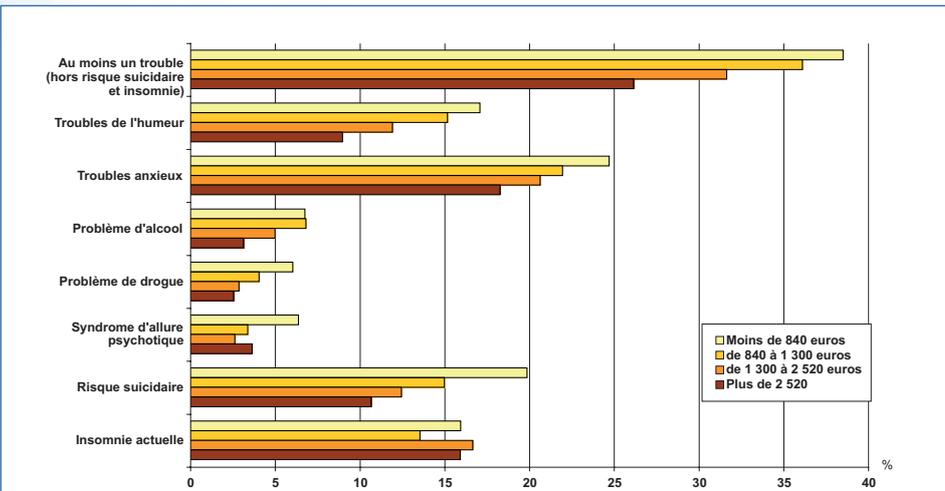
Les personnes sans activité professionnelle, mises à part les retraitées, sont celles qui ont les prévalences vis-à-vis des problèmes de santé mentale les plus élevées. Cette proportion atteint ainsi 45 % pour les chômeurs. Cependant, toutes choses égales par ailleurs, parmi les personnes sans emploi seuls les étudiants semblent avoir un risque relatif inférieur aux personnes travaillant en tant qu'employées. Les chômeurs ont 1.2 fois plus de risque d'être concernés par des troubles de santé mentale que les employés. Le risque est encore plus élevé (1.4 fois) pour les autres personnes sans activité professionnelle (hors retraités et étudiants) telles que les femmes au foyer, les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) ou de l'allocation adultes handicapés (AAH). Toutes choses égales par ailleurs, cette dernière catégorie de personnes sans emploi est celle qui a le risque le plus élevé (relativement aux employés actifs) pour la plupart des différents troubles y compris le risque suicidaire et l'insomnie actuelle. Seuls, les chômeurs ont un risque nettement supérieur pour les troubles liés à la drogue (3.1 fois supérieur aux employés).

La catégorie socioprofessionnelle : facteur plus explicatif des troubles de santé mentale chez les hommes

Cependant, ces différences de prévalence selon l'activité professionnelle se retrouvent essentiellement chez les hommes et sont même encore plus marquées. Relativement aux hommes employés et toutes choses égales par ailleurs, le risque chez les hommes chômeurs et chez les hommes sans activité professionnelle (hors retraités et étudiants) est respectivement 1.4 fois et 2.5 fois plus élevé. Les différences selon les catégories socioprofessionnelles chez les hommes peuvent être encore plus importantes si l'on s'intéresse uniquement à certains troubles. Ainsi, les hommes retraités ou sans activité professionnelle (hors étudiants) ont plus tendance à avoir des troubles de l'humeur que leurs homologues employés (près de 4 fois plus). De même si, par rapport aux hommes employés, le risque d'avoir un problème avec la drogue est plus élevé pour les chômeurs (3.3 fois), le risque suicidaire (4.4 fois) et les problèmes avec l'alcool (3 fois) semblent toucher plus fréquemment les autres hommes sans activité professionnelle.

Chez les femmes, on peut relever que les « ouvrières » ou les femmes au chômage sont plus sujettes à des problèmes d'alcool que les employées (risque environ 2.5 fois supérieur). Enfin, le risque d'être atteintes de syndromes d'allure psychotique touche plus fréquemment, sans exception, toutes les femmes sans activité professionnelle.

Les personnes plus aisées moins touchées par des problèmes de santé mentale



Source : Enquête SMPG - Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca - Asep - CCOMS - EPSM Lille Métropole.

Graphique 4 : Prévalence (%) des différents troubles selon le revenu mensuel familial

Le niveau de vie approché par le revenu familial semble aussi être lié au fait de présenter ou non des troubles de santé mentale (Graphique 4). Les personnes ayant les revenus les plus élevés sont celles qui sont les moins sujettes à ce type de trouble. Ainsi, les personnes ayant moins de 840 euros mensuels pour vivre avec leur famille ont un risque 1.3 fois plus élevé d'avoir un trouble de santé mentale que les personnes ayant des ressources trois fois plus importantes. Cette différence est plus marquée pour les risques suicidaires et surtout pour les problèmes plus spécifiques liés à la consommation d'alcool ou de drogue.

Des troubles associés

Un tiers de personnes de 18 ans et plus ont au moins un problème de santé mentale. Certaines personnes peuvent donc être repérées comme ayant deux ou plusieurs troubles de santé mentale. Dans la région, la prévalence de cette co-morbidité peut être estimée à 11 % (hors risque suicidaire et insomnie actuelle) de la population de 18 ans et plus (Tableau n°3). Elle atteint même 18 % si on tient compte aussi du risque suicidaire et du trouble d'insomnie actuelle. Ainsi, en général, lorsqu'une personne est repérée comme atteinte d'un trouble, elle en présente un autre dans plus de six cas sur dix. Cependant, certaines associations peuvent être plus ou moins fréquentes. Ainsi, plus de la moitié (54 %) des personnes ayant été repérées comme atteintes d'au moins un trouble de l'humeur souffrent aussi d'un ou plusieurs troubles anxieux. Le risque suicidaire est aussi présent chez les personnes ayant des troubles de l'humeur (dans plus de 40 % des cas), tout comme l'insomnie actuelle (29 %). De même, les troubles de l'humeur ou le risque suicidaire se retrouvent chez plus de 30 % des personnes atteintes de troubles anxieux.

		...une...		...au moins un(e)...						
		Co-morbidité (hors risque suicidaire et insomnie)	Co-morbidité (y.c. risque suicidaire et insomnie)	trouble de l'humeur	trouble anxieux	problème alcool	problème de drogue	syndrome d'allure psychotique	risque suicidaire	insomnie actuelle
Proportion de personnes repérées comme ayant en plus d'un(e)...	trouble de l'humeur	62%	78%	X	54%	12%	9%	13%	43%	29%
	trouble anxieux	44%	60%	34%	X	11%	8%	9%	31%	23%
	problème alcool	58%	66%	30%	42%	X	25%	14%	33%	20%
	problème de drogue	63%	71%	31%	42%	36%	X	16%	30%	16%
	syndrome d'allure psychotique	61%	70%	43%	51%	20%	16%	X	34%	20%
	risque suicidaire	65%	68%	40%	46%	13%	8%	12%	X	20%
	insomnie actuelle	64%	68%	38%	48%	11%	6%	8%	28%	X
Avoir une co-morbidité		11%	18%	de la population de 18 ans et plus						

Source : Enquête SMPG - Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca - Asep - CCOMS - EPSM Lille Métropole.

Tableau 3 : Co-morbidité ou association des troubles repérés

Représentations de la « dépression », de la « folie » et de la « maladie mentale »

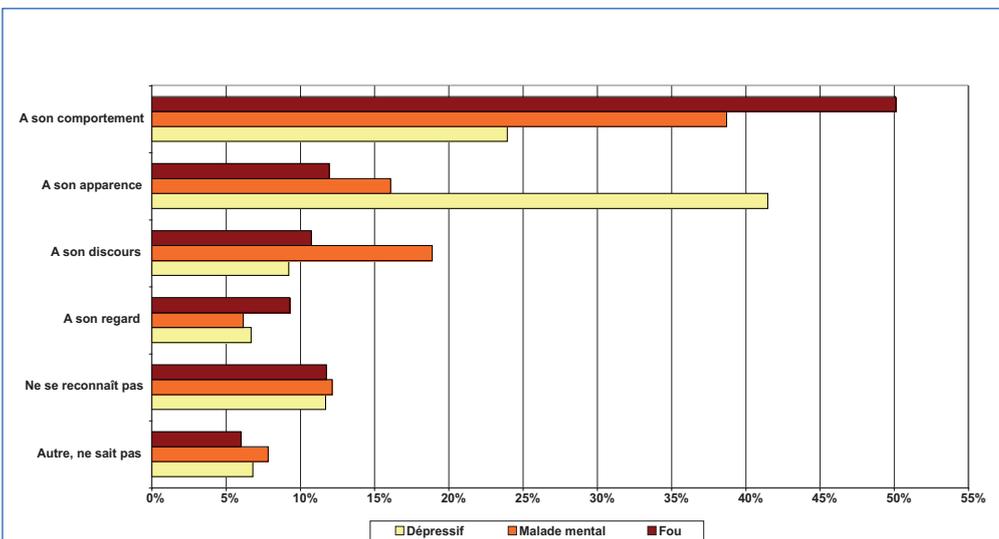
Des images du « fou » et du « malade mental » proches et associées à la dangerosité et l'anormalité

L'enquête SMPG permet aussi de connaître les représentations que les personnes enquêtées ont de la « folie », de la « maladie mentale » et de la « dépression ». Certains actes ou comportements sont fréquemment associés (dans deux tiers des cas) par les personnes interrogées à la « folie » ou la « maladie mentale » (*Graphique 5*). Des comportements tels que « commettre un viol, un inceste ou un meurtre », « délirer ou halluciner » ou « être violent envers les autres (femme/mari, enfants,...) » ou « envers soi-même » sont ainsi souvent cités pour décrire ces deux notions. Ces comportements sont jugés « anormaux » par plus de neuf personnes sur dix. Leur dangerosité est aussi soulevée ; en général dans les mêmes proportions. Seul, le caractère « dangereux » ou non de « délirer ou d'avoir des hallucinations » partage les personnes interrogées.

De façon similaire, le fait de « faire une tentative de suicide », le fait de « souvent pleurer ou d'être triste » et le fait d'« être isolé et de chercher à être seul » sont associés par la majorité des personnes de la région à la notion de la « dépression ». Les personnes interrogées sont assez partagées sur le caractère « anormal » ou non de ces trois comportements et la dangerosité est relevée uniquement pour les tentatives de suicide.

Enfin, certains actes ne sont pas associés en général à ces trois images du champ de la psychiatrie notamment le fait de « faire des crises ou des convulsions », les comportements d'addiction vis-à-vis de l'alcool ou des drogues, le fait d'« être négligé ou anxieux ». Et, dans ces cas-là, seules les personnes consommant régulièrement de l'alcool ou de la drogue sont considérées comme « dangereuses » par les personnes interrogées.

Le « fou » est surtout reconnaissable à son comportement et le « dépressif » à son apparence

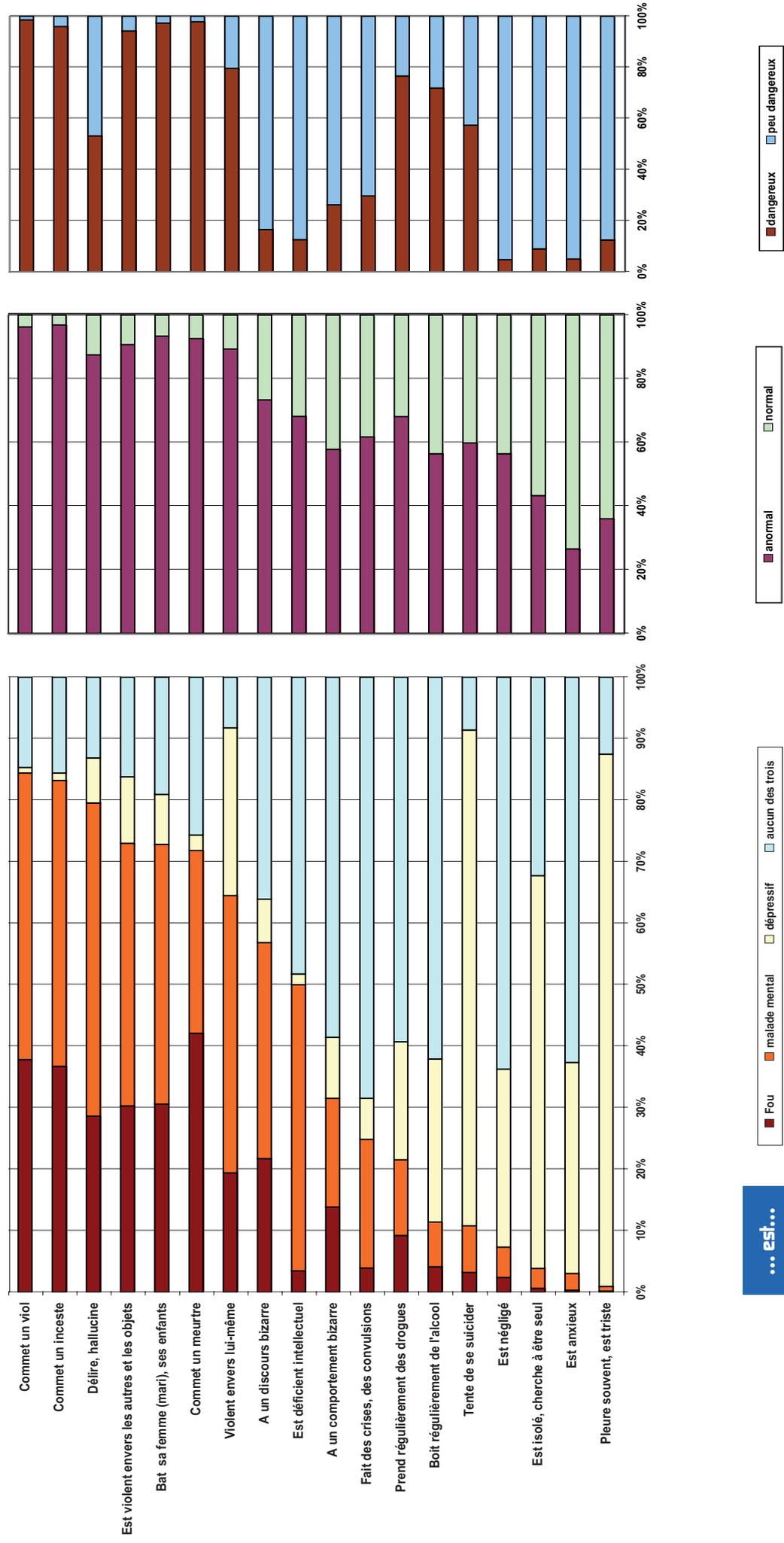


Par ailleurs, la population de la région se représente de façon très différente un « fou », « un malade mental » et « un dépressif » (*Graphique 6*). Pour la moitié des personnes, un « fou » est reconnaissable en premier lieu à son comportement. Par contre, c'est plutôt l'apparence qui semble être le facteur principal de reconnaissance d'un « dépressif ». En effet, environ 42 % des personnes interrogées sont de cet avis : le comportement n'arrivant qu'en deuxième position avec 24 % de citation. Enfin, si pour plus de 40 % des gens le « malade mental » est repérable au travers de son comportement, c'est son discours et sa façon de parler qui sont ensuite les plus fréquemment cités comme moyen de reconnaissance (19 %).

Source : Enquête SMPG - Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca - Asep - CCOMS - EPSM Lille Métropole.

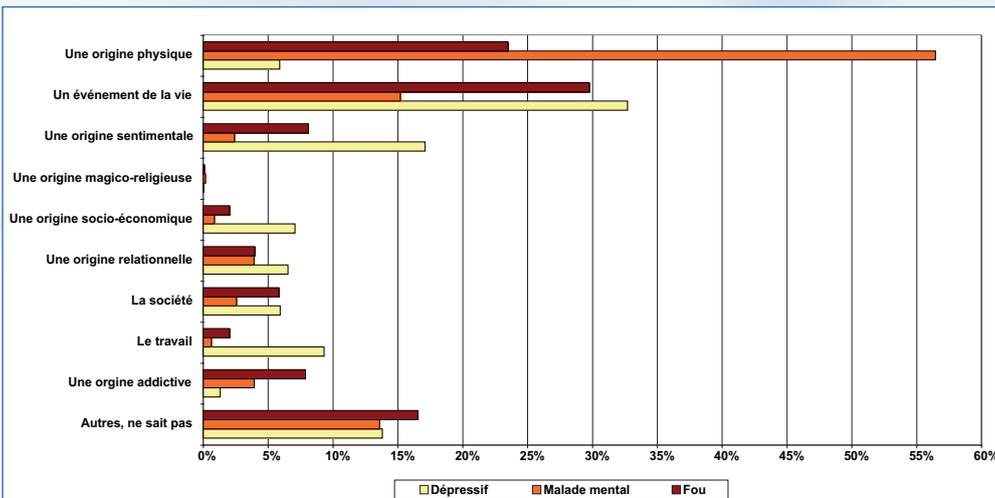
Graphique 6 : Selon vous, à quoi reconnaît-on un dépressif / malade mental / fou ?

Graphique 5 : Selon vous, quelqu'un qui...



Source : Enquête SMPG - Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca - Asep - CCOMS - EPSM Lille Métropole.

Des origines surtout physiques pour la « maladie mentale » et plus diverses pour la « dépression »



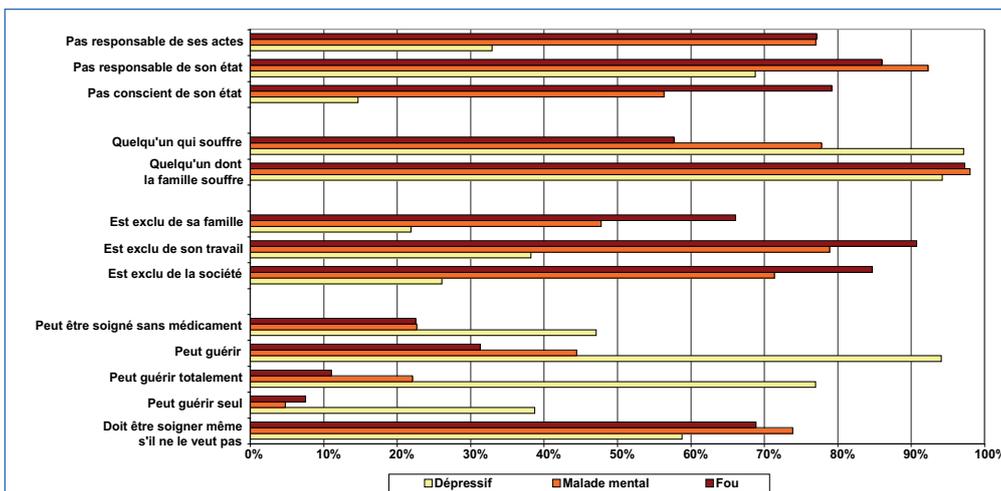
Source : Enquête SMPG - Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca - Asep - CCOMS - EPSM Lille Métropole.

Graphique 7 : Selon vous, qu'est-ce qui peut rendre dépressif / malade mental / fou ?

faire basculer les gens dans la « folie ». La « dépression » serait elle, principalement due à un évènement de la vie (33 % des personnes interrogées) ou à des problèmes sentimentaux (17 %). Les difficultés économiques ou des problèmes avec son travail figurent aussi pour 15 % des gens comme une origine possible à la « dépression ».

De même, les personnes interrogées ont une idée très différente de ce qu'ils pensent être à l'origine de ces trois images du champ de la santé mentale (Graphique 7). Pour plus de la moitié d'entre elles, la « maladie mentale » s'expliquerait par un problème physique que ce soit suite à un accident, une maladie ou un trouble héréditaire ou génétique. L'origine peut être par contre plus diverse pour les deux autres notions. Pour les personnes interrogées, c'est autant les événements de la vie (30 %) comme un deuil, une agression que l'origine physique (24 %) qui peuvent

Le « fou » selon la population : une personne exclue, irresponsable, inconsciente de son état et difficilement guérissable



Source : Enquête SMPG - Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca - Asep - CCOMS - EPSM Lille Métropole.

Graphique 8 : Selon vous, un dépressif / malade mental / fou est...

extrêmement difficile de guérir un « fou ». Seuls 10 % estiment qu'une telle personne peut guérir totalement. La représentation qu'ont les personnes interrogées de la « maladie mentale » est en général proche de celle de la « folie » mais elle semble moins tranchée. En effet, elles sont moins nombreuses à penser qu'un « malade mental » est exclu de la société, de son travail ou de sa famille et qu'il n'est pas conscient de son état. Ce constat se retrouve lorsqu'on aborde le problème de la guérison. Pour les personnes interrogées, il semble plus facile pour un « malade mental » comparativement à un « fou » de guérir totalement. Mais il n'en demeure pas moins que seules 20 % croient à la guérison totale d'un « malade mental ».

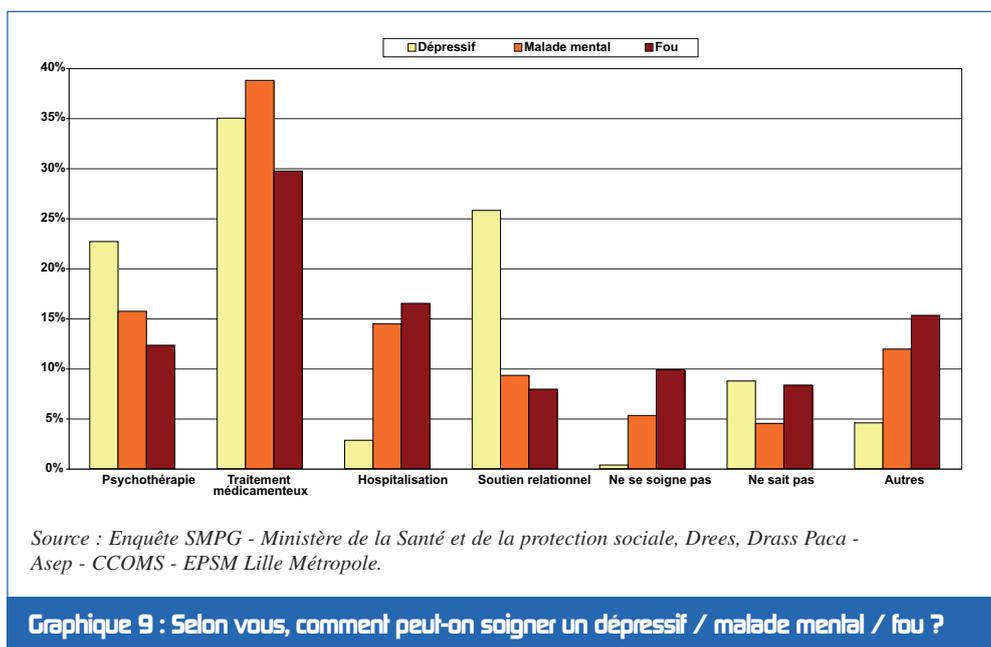
Pour près de 80 % des personnes interrogées, le « fou » n'est pas responsable de ses actes et de son état (Graphique 8). Il n'est pas non plus conscient de son état. Par ailleurs, plus de 40 % d'entre elles pensent qu'il n'en souffre pas. Par contre, la quasi-totalité des personnes interrogées pensent que la famille d'un « fou » souffre. Ils sont près de 90 % à penser qu'il est exclu à la fois de son travail et de la société et dans une moindre mesure (65 %) de sa famille. De plus, les personnes pensent qu'il est

Le « dépressif » selon la population : une personne responsable de ses actes, consciente de son état et qui peut être guérie

Le « dépressif » est, quant à lui, plutôt vu, pour les deux tiers des personnes interrogées, comme un individu responsable de ses actes. Par contre, si la majorité des personnes (70 %) pensent qu'un « dépressif » n'est pas responsable de son état, elles sont 85 % à dire qu'il en est conscient. Et presque toutes les personnes interrogées pensent que le « dépressif » souffre de son état. Cependant, par rapport au « fou » et au « malade mental », les personnes interrogées ont le sentiment que le « dépressif » est moins exclu, que ce soit de son travail, de la société ou de sa famille. Elles sont aussi nettement plus optimistes quant à la guérison d'une « dépression ». En effet, 94 % d'entre elles estiment qu'un « dépressif » peut guérir. Elles sont même près de 80 % à croire en une guérison totale.

Il semble y avoir un gradient dans les représentations que se fait la population de la « dépression », la « maladie mentale » et la « folie ». La « folie » est une image de la santé mentale qui fait peur. Ainsi, seules 28 % des personnes interrogées seraient prêtes à soigner chez elle un proche qui est « fou ». S'il était « seulement » dépressif, elles seraient plus de 80 % prêtes à l'accueillir. La « dépression » semble être mieux acceptée ; peut-être parce qu'elle est plus connue ou côtoyée. En effet, plus des trois-quarts des personnes interrogées déclarent connaître dans leur entourage (ami, famille, voisin, collègue,...) quelqu'un qui est (ou a été) dépressif. Elles ne sont qu'un cinquième à avoir dans leur entourage une personne qui est (ou a été) « folle ». Par ailleurs, la « maladie mentale » occupe dans l'esprit des gens une position intermédiaire entre la « dépression » et la « folie ».

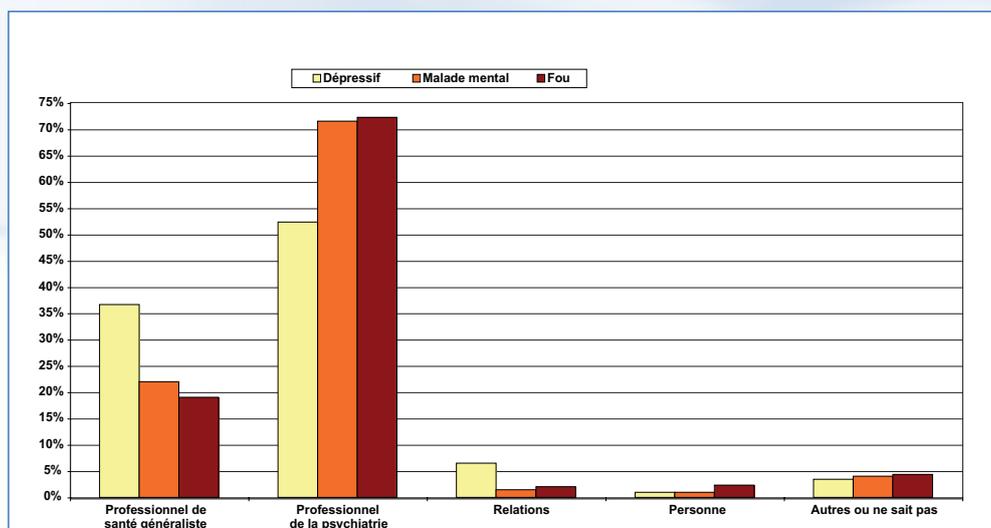
Les médicaments fréquemment cités comme traitement de la « dépression », de la « maladie mentale » ou de la « folie »



L'utilisation de médicaments est le traitement le plus fréquemment cité par la population de la région PACA, que ce soit pour soigner un « dépressif » (35 %), un « malade mental » (39 %) ou un « fou » (30 %). Les autres types de traitement relevés pour soigner un dépressif s'opposent très nettement à ceux pour soigner un « fou » (Graphique 9). En effet, le soutien relationnel est pour plus de 25 % des gens un moyen de répondre aux problèmes de « dépression » tout comme le recours à une psychothérapie (23 %). Pour soigner la « folie », ces deux types de traitement ne sont relevés que respectivement

dans 8 % et 12 % des cas. Par contre, l'hospitalisation semble être un traitement non négligeable pour la population pour prendre en charge la « folie » (17 % des réponses) alors qu'elle est très peu citée pour soigner la « dépression » (3 %). Concernant les « malades mentaux », les traitements relevés se rapprochent plutôt de ceux cités pour soigner la « folie » avec une orientation plus importante vers les médicaments et la psychothérapie.

Une prise en charge plus spécialisée pour la « folie » ou la « maladie mentale »

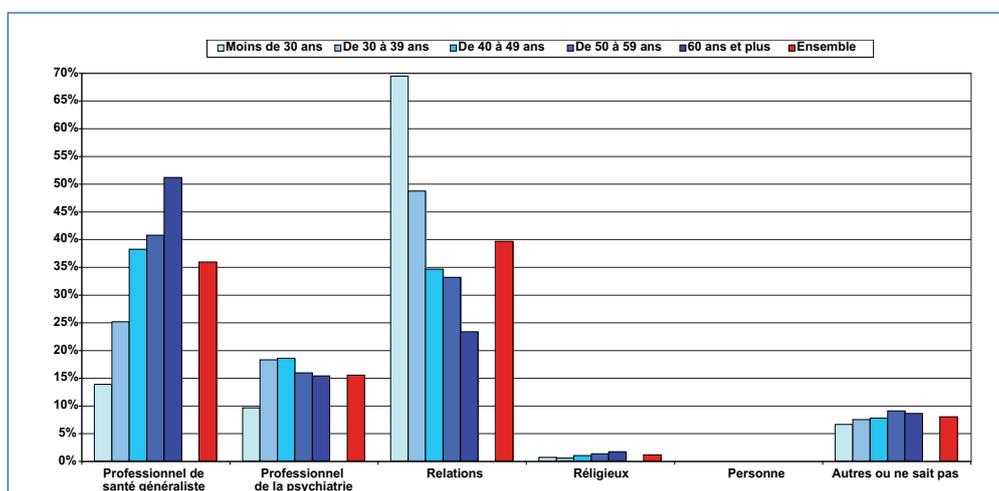


Source : Enquête SMPG - Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca - Asep - CCOMS - EPSM Lille Métropole.

Graphique 10 : Si un de vos proches est dépressif / malade mental / fou qui lui dites-vous d'aller voir ?

siter, d'après la population, une prise en charge particulière et plus spécialisée.

Le premier soutien ou recours : un proche pour les jeunes et le médecin généraliste pour les personnes plus âgées



Source : Enquête SMPG - Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca - Asep - CCOMS - EPSM Lille Métropole.

Graphique 11 : Si vous êtes mal dans votre peau, vous ne savez plus où vous en êtes, qui allez-vous voir en premier ?

proches (43%) plutôt qu'un professionnel généraliste (32 %) alors que ce serait l'inverse pour les femmes (37 % contre 39 %). Le type de recours privilégié varie encore plus selon l'âge des personnes interrogées (Graphique 11). Ainsi, plus les personnes sont jeunes, plus elles auraient tendance à privilégier une relation ou un proche. Les personnes de moins de 30 ans seraient près de 70 % à avoir cette attitude si elles avaient des problèmes de santé, alors que les 60 ans et plus seraient moins de 25 %. Par contre, le recours au professionnel généraliste augmenterait avec l'âge. Plus de 50 % des personnes de 60 ans et plus auraient recours à ce type de professionnel contre moins de 15 % des adultes de moins de 30 ans. Le recours au spécialiste est en général cité dans les mêmes proportions quel que soit l'âge de la personne enquêtée (entre 15 % et 20 % des citations). Seuls les moins de 30 ans y font moins souvent référence (moins de 10 %).

Plus de 50 % de la population de 18 ans et plus déclarent que si un de leur proche était « dépressif », ils lui conseilleraient d'aller consulter un professionnel de la psychiatrie (Graphique 10). Environ 35 % d'entre eux auraient plutôt tendance à l'envoyer voir un professionnel de santé généraliste. Par contre, le conseil est moins nuancé si la personne est « folle » ou « malade mentale ». Dans 70 % des cas, celui-ci serait d'aller voir un spécialiste de la santé mentale ; une prise en charge par un généraliste n'étant alors citée (pour un « malade mental » comme pour un « fou ») que dans 20 % des cas. Ces deux images des troubles de la santé mentale semblent donc néces-

Enquête Santé mentale en population générale (SMPG)

L'enquête « Santé mentale en population générale : image et réalité » (SMPG), est une recherche-action internationale multicentrique menée par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (ASEP) et le centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale (Lille, France), en collaboration avec les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass) Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nord-Pas-de-Calais, l'Établissement public de santé mentale (EPSM Lille Métropole) d'Armentières et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère de la santé français.

Elle a pour objectifs principaux :

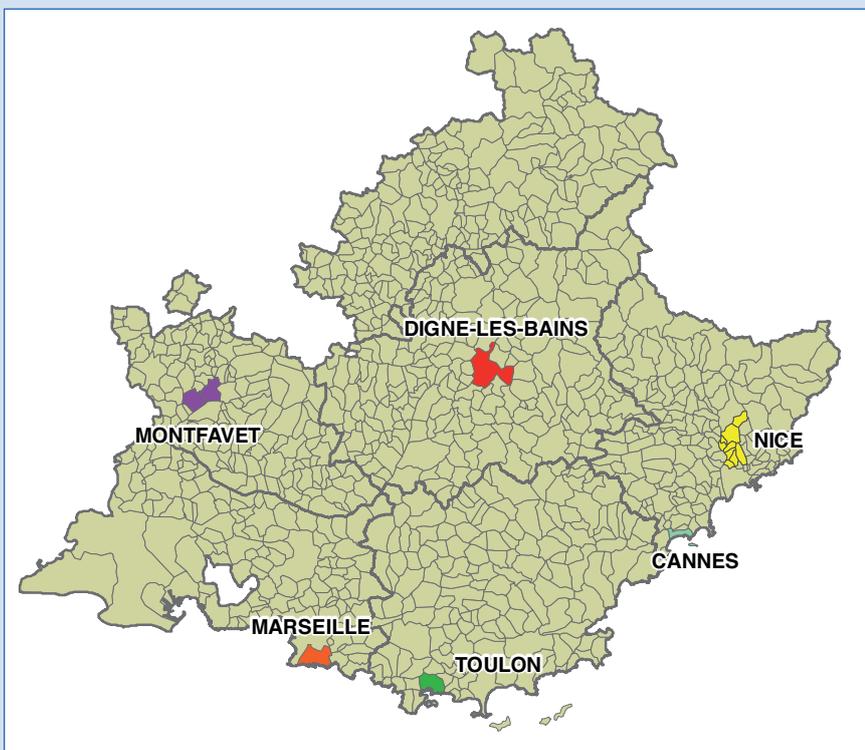
- de décrire les représentations liées à la « folie », la « maladie mentale », la « dépression » et aux différents modes d'aide et de soins, et d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux parmi les adultes, en population générale ;
- de sensibiliser les partenaires sanitaires, sociaux, associatifs et politiques à l'importance des problèmes de santé mentale et de promouvoir l'instauration d'une psychiatrie intégrée dans la cité.

Cette enquête est menée auprès de la population générale de 18 ans et plus, souvent géographiquement située autour d'un secteur psychiatrique (territoire où la prise en charge en psychiatrie s'organise de façon cohérente autour d'une équipe pluridisciplinaire). Depuis 1998, l'enquête a été réalisée sur 78 sites (65 nationaux et 13 internationaux), soit plus de 70 000 personnes interrogées (plus de 58 000 en France et plus de 11 500 à l'étranger).

Pour chaque site participant à l'enquête, les données ont été recueillies par des enquêteurs formés grâce à des questionnaires administrés au cours d'entretiens en face à face avec des personnes sollicitées dans la rue, anonymement, en respectant des quotas socio-démographiques (sexe, âge, niveau d'éducation et CSP) de manière à constituer un échantillon aussi représentatif que possible de la population vivant sur la zone géographique concernée. Pour chaque personne interrogée, les questions explorent ses propres représentations ainsi que la présence de troubles mentaux actuels ou passés et les recours thérapeutiques et/ou aides utilisés.

En général, les enquêteurs sont des étudiants en formation de soins infirmiers formés par l'équipe de CCOMS et encadrés par le service de psychiatrie du site.

La méthodologie d'échantillonnage adoptée pour l'enquête SMPG est celle des quotas. Cette méthode consiste à construire un échantillon qui soit représentatif de la population étudiée selon quelques caractéristiques (ici âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle et niveau d'étude) dont on connaît la distribution. Chaque enquêteur dispose alors d'un « plan de travail » qui lui impose le respect des différentes proportions. Pour entrer dans l'échantillon, la personne interrogée doit habiter la zone géographique définie pour l'enquête. Les quotas utilisés sont définis à partir du recensement de la population 1999 et 900 personnes doivent être interrogées sur chaque site.



Localisation des six sites de la base régionale Provence-Alpes-Côte d'Azur

Dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, sept sites ont été enquêtés entre 1999 et 2007. Les six derniers ont été retenus pour la constitution de la base régionale qui fait l'objet de ce document. L'échantillon régional a été constitué en agrégeant les données des six sites régionaux soit 5 370 personnes interrogées. Ce recueil des données ne s'approche ni d'un plan de sondage probabiliste « traditionnel » ni de la méthode des quotas. Les données ont donc été redressées pour être représentatives de la population âgée de 18 ans ou plus de Provence-Alpes-Côte d'Azur sur les variables d'âge, sexe, niveau d'études et activité professionnelle. Les données de référence utilisées pour les caractéristiques de la population régionale sont issues de données INSEE : estimations localisées de population 2005 et recensement de la population 1999. De même, les six sites ont réalisé l'enquête entre 2002 et 2007. On fait donc l'hypothèse d'une stabilité des réponses dans le temps.

Questionnaire MINI (Source [1])

Le Mini (Mini International Neuropsychiatric Interview) a été développé afin de disposer d'un entretien diagnostique structuré qui soit court, fiable et validé. Cet instrument (120 questions) permet notamment d'interroger les individus sur 17 des pathologies de l'axe I du DSM IV et de la CIM-10 (24 en tenant compte de la présence des troubles actuels ou au cours de la vie). Le Mini est organisé en sections diagnostiques ; les questions filtres (2 à 4 par pathologies) correspondent aux principaux symptômes¹.

Les réponses positives (réponse « oui/non » pour chaque question) fournissent un score, qui, grâce à la fixation d'un seuil, permettent de diagnostiquer ou non la pathologie. L'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) reprend, avec la classification CIM-10, les modules concernant :

- **les troubles de l'humeur** : épisode dépressif dans les deux dernières semaines (F32), trouble dépressif récurrent sur la vie entière (F33), dysthymie sur les deux dernières années (F34.1), épisode maniaque actuel ou passé (F30). Remarque : la définition DSM IV de l'épisode dépressif « majeur » est plus restrictive et fait donc mathématiquement diminuer la prévalence par rapport à l'épisode dépressif (F32) de la CIM-10. Parmi les neuf symptômes cités, au moins cinq doivent exister depuis deux semaines, et l'un des deux premiers doit obligatoirement être présent pour porter le diagnostic :

- 1 - Une humeur dépressive continue ;
- 2 - Perte d'intérêt ou de plaisir pour toute activité ;
- 3 - Troubles de l'appétit ou changement de poids de 5 % au moins durant le dernier mois ;
- 4 - Troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie) ;
- 5 - Une agitation ou un ralentissement psychomoteur net ;
- 6 - Une fatigue excessive ;
- 7 - Une sensation de culpabilité inappropriée ;
- 8 - Des difficultés de concentration ;
- 9 - Des « idées noires » (voire des pensées de mort, de suicide).

Ces symptômes doivent avoir un impact sur le fonctionnement social de la personne. L'enquête SMPG aborde cette question du retentissement dans la vie de tous les jours grâce à la fiche complémentaire.

- **les troubles anxieux** : agoraphobie actuelle (F40.0), trouble panique actuel (F41.0), agoraphobie avec trouble panique actuelle (F40.01), phobie sociale actuelle (F40.1), anxiété généralisée dans les six derniers mois (F41.1), état de stress post-traumatique actuel (F43.1).
- **les syndromes d'allure psychotique** : syndromes psychotiques isolés ou récurrents, passés ou actuels. L'enquête SMPG n'a utilisé que les questions filtres de cette section, c'est pourquoi les résultats sont présentés sous les termes de syndromes d'allure psychotique. Aux questions du Mini (réponse « oui/non » + questions ouvertes) a été rajoutée une procédure de validation clinique : fiche complémentaire (répercussions sur le fonctionnement social et la consommation de soins). Les réponses à ces questions ont été systématiquement analysées par des cliniciens après la passation du questionnaire, permettant de réaliser des repérages plus efficaces.
- **les problèmes de drogue et d'alcool (dépendance et utilisation nocive)**
- **le risque suicidaire (élevé, moyen et léger)**
- **les problèmes d'insomnie**

¹ LECRUBIER Y, SHEEHAN D, WEILLER E, AMORIM P, BONORA I, SHEEHAN K, JANAVS J, DUNBAR G. : « The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI », *European Psychiatry*, 1997; 12: 224-231.

SHEEHAN DV, LECRUBIER Y, HARNETT-SHEEHAN K, JANAVS J, WEILLER E, BONARA LI, KESKINER A, SCHINKA J, KNAPP E, SHEEHAN MF, DUNBAR GC. : « Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : According to the SCID-P », *European Psychiatry*, 1997; 12 : 232-241.

Petit lexique des pathologies (Source [1])

- **Épisode dépressif (CIM-10 F32)** : trouble de l'humeur caractérisé par la persistance chez un individu de plusieurs symptômes (au moins quatre) durant au moins deux semaines. Les symptômes principaux sont la présence d'une humeur dépressive anormale pour le sujet, d'une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir ainsi que d'une réduction de l'énergie ou d'une augmentation de la fatigabilité.
- **Trouble dépressif récurrent (CIM-10 F33)** : trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (épisodes qualifiés de manie).
- **Dysthymie (CIM-10 F34.1)** : abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes de rémission est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent.
- **Episode maniaque (CIM-10 F30)** : Ces troubles sont caractérisés par l'élévation légère mais persistante de l'humeur (hypomanie), voire une élévation de l'humeur hors de proportion avec la situation (manie) qui peut être associée à la présence de symptômes psychotiques : idées délirantes, hallucinations...
- **Agoraphobie (CIM-10 F40.0)** : groupe de phobies concernant la crainte de quitter son domicile, la peur des magasins, des foules et des endroits publics, ou la peur de voyager seul, en train, en autobus ou en avion.
- **Trouble panique (CIM-10 F41.0)** : attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de paniques), dont la survenue est imprévisible. Les symptômes essentiels concernent la survenue brutale de palpitations, de douleurs thoraciques, de sensations d'étouffement, d'étourdissements et de sentiments d'irréalité.
- **Phobies sociales (CIM-10 F40.1)** : crainte d'être dévisagé par d'autres personnes, entraînant un évitement des situations d'interaction sociale. Les phobies sociales envahissantes s'accompagnent habituellement d'une perte de l'estime de soi et d'une peur d'être critiqué.
- **Anxiété généralisée (CIM-10 F41.1)** : anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement, ni même de façon préférentielle, dans une situation déterminée (l'anxiété est « flottante »). Le patient se plaint de nervosité permanente, de tremblements, de tension musculaire, de transpiration, d'un sentiment de « tête vide », de palpitations, d'étourdissements et d'une gêne épigastrique. Par ailleurs, le sujet a souvent peur que lui-même ou l'un de ses proches tombe malade ou ait un accident.
- **État de stress post-traumatique** : ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus, notamment la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars.
- **Syndromes psychotiques** : un syndrome psychotique est caractérisé par la présence des symptômes suivants : perte du contact avec la réalité, une désorganisation de la personnalité et la transformation délirante du vécu. Les psychoses chroniques regroupent les délires chroniques, la schizophrénie et les pathologies chroniques apparentées dont le délire paranoïaque et la psychose hallucinatoire chronique. Les psychoses aiguës sont constituées principalement par les bouffées délirantes aiguës et certains états schizophréniques.

Pour en savoir plus

Bibliographie

- « *Épisodes dépressifs : des situations multiples* » *Études et Résultats* n°661 DREES – Octobre 2008
- « *Santé mentale en Nord-Pas-de-Calais : images et réalités* » *DRASS Nord-Pas-de-Calais* – Septembre 2008
- « *Classification des dépressifs selon leur type de recours aux soins* » *Études et Résultats* n°577 DREES – Juin 2007
- « *Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale* » *Études et Résultats* n°545 DREES – Décembre 2006
- « *Suicides et tentatives de suicide en France* » *Études et Résultats* n°488 DREES – Mai 2006
- « *La santé mentale en population générale : images et réalités, une enquête pas comme les autres* » *L'information psychiatrique*, 2005, vol 81, n°4, pp 285-286, ROELANDT J-L
- « *Milieu social et santé mentale : représentations, stigmatisation, discrimination* » *L'information psychiatrique*, 2005, vol 81, n°4, pp 313-324, SURAULT P
- « *Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale* » *Études et Résultats* n°347 DREES – Octobre 2004 [1]
- « *La santé mentale en population générale : images et réalités en Poitou-Charentes* » *Actes de la journée de restitution* – Octobre 2003
- « *La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites* » *Études et Résultats* n°116 DREES – Mai 2001
- « *La santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête* » *L'Information Psychiatrique*, 2000, vol 76, n°3, pp 279-292. ROELANDT JL, CARIA A., MONDIERE G. et al.

Remerciements

Cette recherche-action est réalisée par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (ASEP), le Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, EPSM Lille Métropole, Lille - France). Elle a été initialisée en 1996 à Madagascar lors d'un séminaire organisé par l'OMS et le ministère de la coopération française ayant pour thème la santé mentale dans l'Océan Indien.

Pour la seconde phase, elle a fait l'objet d'un contrat spécifique passé entre le CCOMS-EPSM-Lille-Métropole et la Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (DREES-Ministère de la santé) pour la constitution d'un échantillon national auprès du ministère de la Santé. C'est ainsi qu'entre 2000 et 2004 une quarantaine de sites ont été réalisés.

En 2005, pour la troisième phase, ce sont les DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) Nord Pas de Calais et PACA qui ont formalisé et soutenu la constitution de l'échantillon représentatif de leurs régions, c'est à dire l'extension de l'enquête SMPG sur respectivement 10 et 3 nouveaux sites.

Pour les trois phases, cette enquête a été possible grâce au soutien logistique des établissements publics de santé impliqués dans l'enquête et des services déconcentrés de l'Etat français (DRASS et ARH), du ministère de la santé des Etats enquêtés hors de France, de l'OMS et du Ministère des Affaires Etrangères ainsi qu'aux enquêteurs et superviseurs de tous les sites d'enquête. Les municipalités enquêtées ont été systématiquement impliquées.

Pour la constitution de l'échantillon régional Provence Alpes Côte d'Azur, l'équipe était constituée des personnes suivantes :

Responsable scientifique : J.L. Roelandt

Responsable méthodologique : A. Caria

Coordination générale : C. Ruiz, L. Kurkdjian, A. Vandeborre, A. Kergall, G. Mondière.

L'équipe de formateurs : C. Ruiz, L. Kurkdjian, C. Hervieux, G. Tréboutte, A. Vandeborre, A. Racine, V. Fournel, A. Kergall.

Le contrôle qualité des données : C. Porteaux (DIRM) **Secrétariat :** L. Robin.

Responsables des sites de Provence-Alpes-Côte d'Azur constituant la base :

Site de Nice, 2002 :

Dr Giordana,
IFSI Sainte Marie : Mme Lanson et l'Equipe d'encadrement,
IFSI Croix Rouge : Mme Dupuy et l'Equipe d'encadrement,
Mr le Maire de Nice

Site de Montfavet, 2003 :

Dr Arnaud,
IFSI du GIPES des Pays de Vaucluse : Mme Blond et l'Equipe d'encadrement,
Mr le Maire de Carpentras ;
Mr le Maire de Monteux

Site de Marseille Sud, 2005 :

Pr Lançon,
IFSI Sainte Marguerite : Mme Aubry et l'Equipe d'encadrement,
Mr le Maire de Marseille (Mairie 9ème et 10ème arrondissements)

Site de Cannes, 2006 :

Dr Oppenheim,
IFSI CH Cannes : Mme Marteu et l'Equipe d'encadrement,
Mr le Maire de Cannes

Site de Toulon, 2006 :

Dr Courcelles et Dr Pauvarel,
IFSI Varois (Toulon-Hyères) : Mme Chambon et l'Equipe d'encadrement,
Mr le Maire de Toulon

Site de Digne-les-Bains, 2007 :

Dr Jurquet,
IFSI CH Digne : Mme Pegolotti et l'Equipe d'encadrement,
Mr le Maire de Digne les Bains