



# *Rapport de la 1<sup>re</sup> phase d'enquête 1998 - 2000*

ASEP

Association Septentrionale  
d'Epidémiologie Psychiatrique



Etablissement Public  
de Santé Mentale Lille-Métropole



Organisation Mondiale  
de la Santé



Ministère délégué  
à la Santé



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des  
Affaires étrangères

# **LA SANTE MENTALE EN POPULATION GENERALE : IMAGES ET REALITES**

## **RAPPORT DE LA PREMIERE PHASE 1998-2000**



Cette enquête est réalisée par L'**Association Septentrionale d'Épidémiologie Psychiatrique** (ASEP), avec le concours du Département d'Information et de Recherche Médicale (DIRM) de l'**EPSM Lille Métropole** et le **Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale** (CCOMS).

Elle a reçu le **soutien financier** du Ministère français des affaires étrangères, du Ministère français de la santé, de l'OMS Genève (programme "Nations pour la santé mentale"), du bureau local de l'OMS à Moroni (Grande Comore), du bureau local de l'OMS à Antananarivo (Madagascar), du "Health Systems Research for Reproductive Health and Health Care Reforms in the Eastern and Southern African Region" (Harare, Zimbabwe), de la DRASS du Nord Pas de Calais, des Agences Régionales d'Hospitalisation d'Ile de France et de La Réunion et des laboratoires Synthelabo et SmithKline&Beecham.

Elle a été réalisée grâce au **soutien logistique** de tous les établissements publics de santé impliqués dans l'enquête et à **la participation des équipes d'enquêteurs et de superviseurs** dans tous les sites d'enquête.

**Responsable scientifique** : J.L. Roelandt

**Responsable méthodologique** : A. Caria

**La coordination générale** d'enquête est assurée par : G. Mondière, A. Kergall, A. Caria, J.L. Roelandt, M. Anguis, H. Brice, N. Bruynooghe, B. Bryden, L. Defromont, L. Dufeutrel, M.T. Maslankiewicz, O. Plancke, C. Porteaux, P. Sadoul, I. Soloch, S. Sueur, G. Tréboutte.

**Les responsables de sites** sont : **Les Comores** : A. Islam et M. Issulahi (Hôpital El Maarouf, Grande Comore) ; **France** : R. Bocher (CHU St Jacques, Nantes), D. Boissinot-Torres (CH Edouard Toulouse, Marseille Nord), D. Chino et M.C. Velut-Chino (CHS Paul Guiraud, Hauts de Seine), L. Denizot (CHS de St Paul, La Réunion), M. Eynaud (CH Monteran, St Claude, CHU de Pointe-à-Pître, Guadeloupe), C. Lajugie et C. Muller (EPSM Lille Métropole, Vallée de la Lys), P. Mulard (CHS Léon Gregory, Pyrénées Orientales), G. Tréboutte (EPSM Lille Métropole, Lille), C. Thévenon-Gignac (EPSM Lille Métropole, Tourcoing) ; **Madagascar** : M. Andriantseheno (CHU Mahajanga, Mahajanga et Antananarivo) ; **Ile Maurice** : S. Motay et P. Burhoo (Ministère de la santé et de la qualité de la vie, Ile Maurice).

L'enquête a reçu l'**aide scientifique et méthodologique** de N. Quemada (CCOMS, Paris), J. Benoist (Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie, Aix en Provence), G. Bibeau (Université de Montréal), Y. Lecrubier (INSERM), J.P. Vignat (Groupe Français d'Épidémiologie Psychiatrique, GFEP), G. Badeyan (Direction Recherche Études Evaluations et Statistiques, DREES, Ministère français de la santé) et de R. Dang (INSEE, Lille).



# LA SANTE MENTALE EN POPULATION GENERALE : IMAGES ET REALITES

## RAPPORT DE LA PREMIERE PHASE 1998-2000

**Rédigé par Jean-Luc ROELANDT, Aude CARIA, Marie ANGUIS, Jean BENOIST, Benjamin BRYDEN et Laurent DEFROMONT**

**Les rapports de sites et les recommandations ont été rédigés par :** Comores (Laurent Denizot, Noëlle Barbiera, Philippe Lakermance et Patrick Tron), Madagascar (Marcellin Andriantseheno), Maurice (Siven Motay et Prem Burhoo), La Réunion (Laurent Denizot, Noëlle Barbiera, Philippe Lakermance, Patrick Tron), Guadeloupe (Michel Eynaud), Marseille (Dolorès Boissinot et Laurence Kurkdjian), Pyrénées Orientales (Philippe Mulard), Nantes (Rachel Bocher et Patrick Métayer), Sud des Hauts de Seine (Denis Chino et Marie-Christine Velut-Chino), Vallée de la Lys (Gladys Mondière, Christian Müller et Christine Lajugie), Lille-Hellemmes (Jean-Luc Roelandt, Helen Brice, Nathalie Bruynooghe, Benjamin Bryden, Laurent Defromont et Gérard Tréboutte), Tourcoing (Catherine Thévenon-Gignac)

**Les analyses statistiques ont été faites par :** Marie Anguis et Christian Porteaux

**Le rapport a été relu par :** Jean Benoist, Ludovic Dufeutrel, Michel Eynaud, Agathe Kergall, Gladys Mondière, Claudine Parayre, Gérard Tréboutte et Jean-Pierre Vignat.

**La mise en page a été réalisée par :** Stéphanie Baret, Agathe Kergall, Patricia Monard et Sophie Sueur



**Si on pouvait réduire la population de la terre à un village d'exactly 100 personnes,  
en conservant tous les ratios humains, cela ressemblerait à ça :**

Il y aurait :  
57 Asiatiques  
21 Européens  
14 de l'hémisphère occidental, du nord et du sud  
8 Africains

52 femmes  
48 hommes

70 non-blancs  
30 blancs

70 non chrétiens  
30 chrétiens

89 hétérosexuels  
11 homosexuels

6 personnes posséderaient 59% de la richesse mondiale,  
tous les 6 seraient des Etats-Unis

80 vivraient dans un logement de mauvaise qualité

70 seraient analphabètes

50 souffriraient de malnutrition

1 serait proche de la mort  
1 serait prêt à naître

1 (oui, seulement 1) aurait un niveau d'étude universitaire  
1 posséderait un ordinateur

**Quand on considère le monde à cette échelle, le besoin à la fois d'acceptation,  
de compréhension et d'éducation devient clairement évident...**



## PREMIERE PARTIE : HISTOIRE ET METHODE

<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>19</b>
<b>II. HISTORIQUE</b>	<b>20</b>
<b>III. BREVE PRESENTATION DES DIFFERENTS SITES</b>	<b>21</b>
<b>IV. OBJECTIFS</b>	<b>21</b>
<b>V. METHODOLOGIE</b>	<b>22</b>
1. LE CADRE METHODOLOGIQUE GENERAL	22
2. ANTHROPOLOGIE CULTURELLE ET ÉPIDÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE : ARTICULATION DES DEUX MÉTHODOLOGIES.	22
<b>VI. INSTRUMENTS</b>	<b>24</b>
1. AXE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE : PRECISIONS SEMANTIQUES PREALABLES	24
2. AXE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE : LE QUESTIONNAIRE SUR LES REPRÉSENTATIONS	25
<b>A. LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES EN PSYCHIATRIE</b>	<b>25</b>
<b>B. DE LA REPRÉSENTATION SOCIALE À L'ATTITUDE</b>	<b>27</b>
<b>C. REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR L'ÉVALUATION DES REPRÉSENTATIONS DE LA "FOLIE", DE LA "MALADIE MENTALE" ET DE LA "DÉPRESSION"</b>	<b>27</b>
<b>D. MÉTHODOLOGIE DE DÉVELOPPEMENT D'INSTRUMENTS D'ÉVALUATION</b>	<b>28</b>
<b>E. DÉVELOPPEMENT DU QUESTIONNAIRE " SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE "</b>	<b>29</b>
<b>F. VALIDATION</b>	<b>30</b>
TABLEAU 1 : Développement international du questionnaire sur les représentations	31
3. AXE ÉPIDÉMIOLOGIQUE : LE QUESTIONNAIRE DIAGNOSTIQUE	32
<b>A. CHOIX DU QUESTIONNAIRE</b>	<b>32</b>
<b>B. PRÉSENTATION DU MINI</b>	<b>33</b>
4. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	35
5. ANONYMAT	35
6. METHODOLOGIE DE TRADUCTION	35
7. ENQUETEURS	36
8. FORMATION DES ENQUETEURS	37
9. ECHANTILLONNAGE	37
<b>A. TAILLE DE L'ÉCHANTILLON</b>	<b>37</b>
TABLEAU 2 : Les enquêtes santé mentale en population générale en France	39
<b>B. TIRAGE DE L'ÉCHANTILLON</b>	<b>40</b>

<b>VII. PRE-ENQUETE (1995-1996)</b>	<b>41</b>
1. OBJECTIFS DE LA PRÉ-ENQUÊTE	41
2. RÉSULTATS	41
<b>VIII. ETUDE PILOTE</b>	<b>42</b>
1. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE PILOTE	42
2. MOYENS	42
3. RÉSULTATS	43
<b>IX. PHASE PRINCIPALE</b>	<b>44</b>
<b>X. ANALYSE DES DONNEES</b>	<b>46</b>

## DEUXIEME PARTIE : RESULTATS

<b>XI. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON</b>	<b>47</b>
TABLEAU 3 : Nombre de sujets interrogés par site	47
1. L'ANALYSE DES REFUS	48
TABLEAU 4 : Récapitulatif feuilles de refus	49
2. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	50
TABLEAU 5 : Caractéristiques de l'échantillon	50
TABLEAU 6 : Caractéristiques des sites	52
<b>A. SEXE</b>	<b>53</b>
<b>B. ÂGE</b>	<b>53</b>
<b>C. NIVEAU DE SCOLARITÉ</b>	<b>53</b>
<b>D. NIVEAU D'ACTIVITÉ</b>	<b>53</b>
<b>E. SITUATION FAMILIALE</b>	<b>54</b>
<b>F. NIVEAU DE VIE (DISPONIBLE SEULEMENT POUR LES SITES FRANÇAIS)</b>	<b>54</b>
<b>G. CROYANCE ET PRATIQUE RELIGIEUSE</b>	<b>55</b>
<b>H. MIGRATION</b>	<b>55</b>
<b>I. CONSOMMATION DÉCLARÉE DE MÉDICAMENTS POUR LES NERFS</b>	<b>56</b>
<b>J. PSYCHOTHÉRAPIE</b>	<b>57</b>
<b>K. CONNAISSANCE PERSONNELLE DES STRUCTURES D'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE</b>	<b>57</b>

<b>XII. SYNTHÈSE DES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON.</b>	<b>58</b>
1. CRITÈRES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	58
2. PREMIÈRES INDICATIONS SUR LES REPRÉSENTATIONS	59
GRAPHIQUES 1- 2 - 3 : Représentation de soi et des autres	60
GRAPHIQUE 4 : Représentation de soi et des autres - Cumul	61
<b>XIII. AXE SOCIO ANTHROPOLOGIQUE</b>	<b>63</b>
1. REPRÉSENTATIONS LIÉES AU "FOU", AU "MALADE MENTAL" ET AU "DÉPRESSIF"	63
<b>A PREMIÈRES IMPRESSIONS : ANALYSE DES QUESTIONS OUVERTES</b>	<b>63</b>
<b>a. Méthode d'analyse "ALCESTE"</b>	<b>63</b>
<b>b. Problèmes rencontrés</b>	<b>64</b>
<b>c. Selon vous, qu'est-ce qu'un fou ?</b>	<b>65</b>
1. France métropolitaine – Guadeloupe - Réunion : "monde", "norme", "réalité", "folie"	65
2. Comores et Maurice : "fatigue", "mémoire", "sain", "esprit"	66
3. Madagascar : "nu", "incapable", "promener", "excentrique".	66
TABLEAU 7 : Analyse ALCESTE " selon vous, qu'est ce qu'un fou ? "	68
<b>d. Selon vous, qu'est-ce qu'un malade mental ?</b>	<b>69</b>
1. France métropolitaine - DOM : "trouble", "psychologique", "atteint", "maladie".	69
2. Madagascar – Comores : "incapable", "parler", "toqué", "parole".	70
3. Maurice : "fatigue", "affect", "stress", "alcool"	70
TABLEAU 8 : Analyse ALCESTE " Selon vous, qu'est ce qu'un malade mental ? "	72
<b>e. Selon vous, qu'est-ce qu'un dépressif ?</b>	<b>73</b>
1. Maurice : "fatigue", "souci", "désolé", "affecté".	73
2. Madagascar : "vie", "triste", "souci", "victime", "accablé".	73
3. Comores : "acte", "intelligence", "parole", "sot",	74
4. France métropolitaine - DOM : "voir", "noir", "triste", "vie".	74
TABLEAU 9: Analyse ALCESTE : " Selon vous, qu'est-ce qu'un dépressif ?	75
TABLEAU 10 : Variations culturelles des représentations (à partir des Khi2 calculés par ALCESTE)	77
<b>f. Discussion</b>	<b>78</b>

<b>B. REPRESENTATIONS PLUS DETAILLEES</b>	<b>79</b>
<b>a. Comportements et conduites (cf. TABLEAUX 11 à 17)</b>	<b>79</b>
1. <i>Le "fou"</i>	82
2. <i>Le "malade mental"</i>	82
3. <i>Le "dépressif"</i>	84
4. <i>Aucun des trois (ni "fou", ni "malade mental", ni "dépressif")</i>	84
TABLEAU 11 : Comportements et conduites associés au "fou"	86
TABLEAU 12 : Comportements et conduites associés au "malade mental"	87
TABLEAU 13 : Comportements et conduites associés au "dépressif"	88
TABLEAU 14 : Comportements et conduites associés à "aucun des trois"	89
GRAPHIQUE 5 : Selon vous ,quelqu'un qui pleure souvent et qui est la plupart du temps triste est :	90
GRAPHIQUE 6 : Selon vous, quelqu'un qui tente de se suicider est :	90
GRAPHIQUE 7 : Selon vous, quelqu'un qui prend régulièrement des drogues est :	91
GRAPHIQUE 8 : Selon vous, quelqu'un qui boit régulièrement des boissons alcoolisées est :	91
GRAPHIQUE 9 : Selon vous, quelqu'un qui bat régulièrement son mari, sa femme ou ses enfants est :	92
GRAPHIQUE 10 : Selon vous, quelqu'un qui est violent envers les autres et les objets est :	92
GRAPHIQUE 11 : Selon vous, quelqu'un qui est violent envers lui même est :	93
GRAPHIQUE 12 : Selon vous, quelqu'un qui délire, hallucine est :	93
GRAPHIQUE 13 : Selon vous, quelqu'un qui est déficient intellectuel, attardé est :	94
GRAPHIQUE 14 : Selon vous, quelqu'un qui fait des crises, des convulsions est :	94
GRAPHIQUE 15 : Selon vous, quelqu'un qui a un comportement bizarre est :	95
GRAPHIQUE 16 : Selon vous, quelqu'un qui a un discours bizarre, sans aucun sens est :	95
GRAPHIQUE 17 : Selon vous, quelqu'un qui est négligé, souvent sale est :	96
GRAPHIQUE 18 : Selon vous, quelqu'un qui est isolé, en retrait, cherche à être seul est :	96
GRAPHIQUE 19 : Selon vous, quelqu'un qui est anxieux est :	97
GRAPHIQUE 20 : Selon vous, quelqu'un qui commet un viol est :	97
GRAPHIQUE 21 : Selon vous, quelqu'un qui commet un inceste est :	98
GRAPHIQUE 22 : Selon vous, quelqu'un qui commet un meurtre est :	98
5. <i>Normal / Anormal</i>	99

6. <i>Dangerosité</i>	99
TABLEAU 15 : Comportements et conduites considérés comme "anormal"	101
TABLEAU 16 : Comportements et conduites considérés comme "dangereux"	102
TABLEAU 17 : Gradients observés concernant les comportements et les conduites	103
7. <i>Synthèse des réponses aux questions sur les comportements et les conduites du "fou", du "malade mental" et du "dépressif"</i>	104
<b>b. Les causes (cf. Tableaux 18 à 20)</b>	<b>105</b>
1. <i>Le "fou"</i>	105
2. <i>Le "malade mental"</i>	106
3. <i>Le "dépressif"</i>	106
TABLEAU 18 : Qu'est-ce qui peut rendre "fou" ?	108
TABLEAU 19 : Qu'est-ce qui peut rendre "malade mental" ?	109
TABLEAU 20 : Qu'est-ce qui peut rendre "dépressif" ?	110
<b>c. Responsabilité et conscience (cf. Tableaux 21, 24 et graphiques 23, 24, 25)</b>	<b>111</b>
TABLEAU 21 : Responsabilité ?	112
GRAPHIQUE 23 : Pas responsable de son état	113
GRAPHIQUE 24 : Pas responsable de ses actes	114
GRAPHIQUE 25 : Pas conscient de son état	115
<b>d. Souffrance (cf. Tableaux 22, 24 et graphiques 26, 27)</b>	<b>116</b>
TABLEAU 22 : Souffrance ?	117
GRAPHIQUE 26 : Souffrance du sujet	118
GRAPHIQUE 27 : Souffrance de la famille	119
<b>e. Exclusion (cf. Tableaux 23, 24 et graphiques 28, 29 et 30)</b>	<b>120</b>
1. <i>L'exclusion de la famille</i>	120
2. <i>L'exclusion de la société</i>	120
3. <i>L'exclusion du travail</i>	121
TABLEAU 23 : Exclusion ?	122
GRAPHIQUE 28 : Exdu de la société	123
GRAPHIQUE 29 : Exdu de sa famille	124
GRAPHIQUE 30 : Exdu de son travail	125
TABLEAU 24 : Récapitulatif des représentations : responsabilité / conscience / souffrance / exclusion	126
GRAPHIQUE 31 : Récapitulatif "fou"	127

GRAPHIQUE 32 : Récapitulatif "malade mental"	128
GRAPHIQUE 33 : Récapitulatif "dépressif"	129
<b>f. Rôle de la famille (cf. Tableau 25)</b>	<b>130</b>
1. Tolérance	130
2. Recours à une aide extérieure	130
TABLEAU 25 : Tolérance de la famille ?	132
<b>2. REPRESENTATION LIEES AUX MODES D'AIDE ET DE SOINS</b>	<b>133</b>
<b>A. SOINS</b>	<b>133</b>
<b>a. Obligation</b>	<b>133</b>
GRAPHIQUE 34 : Doit-on soigner, même s'il ne le veut pas... ?	134
<b>b. Type de soins</b>	<b>135</b>
<b>c. Analyse</b>	<b>136</b>
<b>B. GUERISON</b>	<b>138</b>
TABLEAU 26 : Guérison	139
TABLEAU 27 : Soins et guérison	140
GRAPHIQUE 35 : La guérison est-elle possible ?	141
GRAPHIQUE 36 : La guérison sans médicaments est-elle possible ?	142
<b>C. REPRESENTATION DES RECOURS THERAPEUTIQUES</b>	<b>143</b>
<b>a. Image de l'hôpital psychiatrique</b>	<b>143</b>
<b>b. Image des autres lieux de soins</b>	<b>143</b>
TABLEAU 28 : Ne connaissent pas d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner...	146
TABLEAU 29: Autres lieux pour soigner un "fou"	147
TABLEAU 30 : Autres lieux pour soigner un "malade mental"	148
TABLEAU 31 : Autres lieux pour soigner un "dépressif"	149
<b>D. ORIENTATION DE L'UN DES PROCHES ou DU SUJET LUI-MEME</b>	<b>150</b>
<b>a. Orientation d'un proche</b>	<b>150</b>
<b>b. Recours pour soi-même</b>	<b>150</b>
<b>c. Critères de choix</b>	<b>151</b>
TABLEAU 32 : Orientation d'un proche...	152
TABLEAU 33 : Vous êtes mal dans votre peau... qui allez vous voir en premier ?	153

<b>XIV. CROISEMENT AXES SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE EN FRANCE METROPOLITAINE</b>	<b>154</b>
1. GENERALITES	154
2. ETUDE THEMATIQUE	155
<b>A. CONDUITES</b>	<b>155</b>
a. Le "dépressif"	155
b. La perception du "fou" et du "malade mental".	155
c. Aucun des trois	155
d. La normalité	156
<b>B. LA MALADIE ET LA GUERISON</b>	<b>156</b>
GRAPHIQUE 37 : Pourcentage d'hommes et de femmes pensant qu'un "dépressif" est responsable de sa maladie	157
TABLEAU 34 : Pourcentage d'hommes et de femmes interrogés pensant que les soins sans médicament et la guérison sont possibles	158
3. L'HOSPITALISATION ET LA PRISE EN CHARGE	159
GRAPHIQUE 38 : Accueil d'une personne toxicomane (soignée ou en traitement) en fonction de critères socio-démographiques	160
GRAPHIQUE 39 : Accueil d'une personne alcoolique (soignée ou en traitement) en fonction de critères socio-démographiques	161
GRAPHIQUE 40 : Accueil d'un violeur (soigné ou en traitement) en fonction de critères socio-démographiques	162
4. CONNAISSANCE DU MILIEU PSYCHIATRIQUE	163
GRAPHIQUE 41 : Personne connaissant dans son entourage quelqu'un qui est (a été) "fou", "malade mental" ou "dépressif"	164
GRAPHIQUE 42 : Personne ne connaissant pas dans son entourage quelqu'un qui est (a été) "fou", "malade mental" ou "dépressif"	164
GRAPHIQUE 43 : Pourcentage d'hommes ayant pris des "médicaments pour les nerfs", été soignés pour "dépression" ou suivi une "psychothérapie"	165
GRAPHIQUE 44 : Pourcentage de femmes ayant pris des "médicaments pour les nerfs", été soignées pour "dépression" ou suivi une "psychothérapie"	165
<b>XV. AXE EPIDEMIOLOGIQUE</b>	<b>167</b>
1. PRÉAMBULE	167
2. ANALYSE GLOBALE	167
TABLEAUX 35 : Résultats détaillés du MINI site par site	168
<b>A. LES TROUBLES DEPRESSIFS</b>	<b>171</b>
GRAPHIQUE 45 : Prévalence de l'épisode dépressif (récurrent et/ou majeur) et de la dysthymie	173
GRAPHIQUE 46 : Prévalence des épisodes dépressifs en fonction du sexe	174

GRAPHIQUE 47 : Prévalence des épisodes dépressifs en fonction des classes d'âge	175
GRAPHIQUE 48 : Prévalence des épisodes dépressifs en fonction de la situation matrimoniale	176
GRAPHIQUE 49 : Prévalence des symptômes dépressifs de premier rang en population générale.	178
GRAPHIQUE 50 : Prévalence des symptômes dépressifs de premier rang chez les individus identifiés par le MINI comme présentant un épisode dépressif	180
GRAPHIQUE 51 : Prévalence des symptômes dépressifs de second rang chez les individus identifiés comme dépressifs par le MINI	182
<b>B. LES TROUBLES ANXIEUX ACTUELS</b>	<b>183</b>
GRAPHIQUE 52 : Prévalence des principaux troubles anxieux en fonction des sites	184
GRAPHIQUE 53 : Prévalence de l'anxiété généralisée en fonction du sexe	185
GRAPHIQUE 54 : Prévalence de l'anxiété généralisée en fonction du statut matrimonial	186
<b>C. CO-MORBIDITE DEPRESSION ANXIETE</b>	<b>187</b>
GRAPHIQUE 55 : Prévalence des troubles dépressifs et des troubles anxieux	188
<b>D. TROUBLES LIES AUX CONDUITES ADDICTIVES</b>	<b>189</b>
<b>E. AUTRE TROUBLES</b>	<b>189</b>
<b>F. TROUBLES "D'ALLURE PSYCHOTIQUE"</b>	<b>189</b>
a. Précisions méthodologiques	189
b. Analyse des résultats	190
c. Commentaires	191
3. ANALYSE DES RESULTATS PAR SITE	193
<b>A. COMORES</b>	<b>193</b>
TABLEAU 36 : Présence d'au moins un trouble au MINI - <i>Les Comores</i>	194
<b>B. MADAGASCAR (avec l'aide du Dr Andriantseheno)</b>	<b>195</b>
TABLEAU 37 : Présence d'au moins un trouble au MINI - <i>Mahajanga</i>	197
TABLEAU 38 : Présence d'au moins un trouble au MINI - <i>Antananarivo</i>	198
<b>C. MAURICE</b>	<b>199</b>
TABLEAU 39 : Présence d'au moins un trouble au MINI - <i>Maurice</i>	200
<b>D. REUNION</b>	<b>201</b>
TABLEAU 40 : Présence d'au moins un trouble au MINI - <i>La Réunion</i>	202
<b>E. GUADELOUPE (avec l'aide Du Dr Eynaud)</b>	<b>203</b>
TABLEAU 41 : Présence d'au moins un trouble au MINI - <i>Guadeloupe</i>	205

<b>F. MARSEILLE (avec l'aide du Dr Boissinot et de L. Kurkdjian)</b>	<b>206</b>
TABLEAU 42 : Présence d'au moins un trouble au MINI – <i>Marseille</i>	208
<b>G. PYRENEES ORIENTALES</b>	<b>209</b>
TABLEAU 43 : Présence d'au moins un trouble au MINI - <i>Pyrénées Orientales</i>	210
<b>H. NANTES</b>	<b>211</b>
TABLEAU 44 : Présence d'au moins un trouble au MINI - <i>Nantes</i>	212
<b>I. SUD DES HAUTS DE SEINE</b>	<b>213</b>
TABLEAU 45: Présence d'au moins un trouble au MINI - <i>Sud des Hauts-De-Seine</i>	214
<b>J. VALLEE DE LA LYS (avec l'aide de G. Mondière)</b>	<b>215</b>
TABLEAU 46 : Présence d'au moins un trouble au MINI - <i>Vallée de la Lys</i>	217
<b>K. LILLE HELLEMMES</b>	<b>218</b>
TABLEAU 47 : Présence d'au moins un trouble au MINI - <i>Lille - Hellemmes</i>	219
<b>L. TOURCOING (avec l'aide du Dr Thévenon)</b>	<b>220</b>
TABLEAU 48 : Présence d'au moins un trouble au MINI - <i>Tourcoing</i>	221
<b>4. CONSEQUENCES DES TROUBLES</b>	<b>223</b>
<b>A. QUELQUES MISES EN GARDE ET PRECISIONS METHODOLOGIQUES</b>	<b>223</b>
<b>B. GENE OCCASIONNEE PAR LES TROUBLES</b>	<b>224</b>
TABLEAU 49 : Pourcentage de gêne dans le travail et/ou la vie quotidienne par type de troubles	225
GRAPHIQUE 56 : Troubles dépressifs, anxieux et dépendance à l'alcool, associés à une gêne ...	227
<b>C. MODES D'AIDE ET DE SOINS</b>	<b>228</b>
<b>D. LES MEDICAMENTS ET LES MEDECINES DOUCES</b>	<b>228</b>
<b>XVI. SANTE MENTALE : IMAGES ET REALITES</b>	<b>230</b>
1. LE SENTIMENT D'ETRE MALADE : PERCEPTION DES TROUBLES ET PRESENCE DES TROUBLES	230
2. PRESENCE DE TROUBLES AU MINI ET REPRESENTATION DES TROUBLES	231
TABLEAU 50 : Présence de troubles dépressifs au mini versus "selon vous, quelqu'un qui tente de se suicider est ..."	233
TABLEAU 51 : Présence d'un syndrome psychotique au mini versus "selon vous, quelqu'un qui délire, ..."	234
TABLEAU 52 : Présence de dépendance a une (des) drogue(s) au mini versus "selon vous, quelqu'un qui prend ..."	235
TABLEAU 53 : Présence de troubles anxieux et dépressifs et consommation de soins déclarée	237
TABLEAU 54 : Présence de troubles et représentations liées à la "dépression"	238

<b>XVII. RECOMMANDATIONS</b>	<b>239</b>
1. LES VARIANTS ET LES INVARIANTS CULTURELS DES RESULTATS ET LEURS CONSEQUENCES	239
TABLEAU 55 : Les invariants culturels et leurs conséquences	241
TABLEAU 56 : Les variants culturels et leurs conséquences	243
2. LES RECOMMANDATIONS PAR SITE D'ENQUETE	244
A. COMORES par les Drs Laurent Denizot, Noëlle Barbiera, Philippe Lakermance	244
B. MADAGASCAR par le Dr Marcelin Andriantseheno	245
C. MAURICE par le Dr Siven Motay et Prem Burhoo	247
D. REUNION par les Drs Laurent Denizot, Philippe Lakermance, Patrick Tron et Noëlle Barbiera	249
E. GUADELOUPE par le Dr Michel Eynaud	250
F. MARSEILLE par le Dr Dolorès Boissinot-Torres et Laurence Kurkdjian	252
G. PYRENEES ORIENTALES par le Dr Philippe Mullard	253
H. NANTES par le Dr Rachel Bocher et Patrick Metayer	254
I. SUD DES HAUTS-DE-SEINE par les Drs Denis Chino et Marie-Christine Velut-Chino	255
J. VALLEE DE LA LYS par Gladys Mondiere et le Dr Christian Müller	256
K. LILLE HELLEMES par G. Treboutte, N. Bruynooghe, H. Brice, Drs J-L Roelandt, L. Defromont et B. Bryden	257
L. TOURCOING par le Dr Catherine Thevenon-Gignac	258
<b>XVIII. CONCLUSIONS</b>	<b>261</b>
1. PRINCIPAUX RESULTATS	261
A. POPULATION	261
B. REPRESENTATIONS	261
C. TOLERANCE : L'AMBIGUITE FONDAMENTALE	262
D. REPRESENTATIONS ET PROJECTIONS	263
E. PREVALENCES DES TROUBLES MENTAUX	263
2. CONSEQUENCES GENERALES POUR LA SANTE PUBLIQUE	266
3. REFLEXIONS	267
<b>XIX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>271</b>

## PREMIERE PARTIE : HISTOIRE ET METHODE

### I. INTRODUCTION

Ces dernières décennies ont vu une diminution importante de la mortalité infantile et une augmentation de l'espérance de vie. L'état de santé physique général des populations s'est amélioré mais les problèmes de santé mentale semblent augmenter. L'urbanisation, la modernisation, la déliquescence des structures rurales, les déplacements forcés de populations entraînent de nombreux troubles psychiatriques. Mais nulle part au monde, priorité n'est accordée aux problèmes de santé mentale.

**Les chiffres fournis par la Banque mondiale**<sup>1</sup> montrent que 8,1% de la charge de morbidité globale (CMG) est attribuable aux maladies mentales. Dans les sociétés à faible revenu, les troubles neuropsychiatriques représentent 12% de la CMG, chez les adultes de 15 à 44 ans. Les troubles dépressifs, la maladie d'Alzheimer et l'alcoolisme sont de plus en plus fréquents, suivis par l'épilepsie, les psychoses, les toxicomanies et les états de stress post traumatique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en l'an 2000, 24 millions de personnes souffraient de schizophrénie (+45% en 15 ans). Pourtant des méthodes de prévention et des traitements efficaces existent pour ces maladies, qu'ils soient pharmacologiques ou psychosociaux.

Une enquête internationale menée par l'OMS au début des années 90 a montré que 25% des personnes consultant un médecin généraliste souffrent de troubles anxieux ou dépressifs<sup>2</sup> ; mais seulement un quart d'entre eux reçoit un traitement adapté. D'autre part, le niveau d'invalidité atteint par les personnes souffrant de ces troubles dépasse celui de personnes souffrant de certaines maladies chroniques comme le diabète.

En 1994, la " National Comorbidity Survey"<sup>3</sup> a montré que près de 50% de la population générale des Etats Unis a souffert au cours de sa vie d'au moins un trouble psychiatrique, et 30% dans les 12 mois précédant l'enquête. Parmi ces personnes, seul un tiers a bénéficié d'une aide professionnelle.

En France, d'après les statistiques descriptives de morbidité déclarée, sur la décennie 1980-1990 les troubles mentaux arrivent en troisième place (17%), derrière les maladies cardio-vasculaires (32%) et les tumeurs malignes (24%) ; par contre, ils arrivent en tête pour les motifs de mise en invalidité<sup>4</sup>.

Comme le montrent ces quelques chiffres, **la santé mentale est un problème de santé publique**. Pourtant l'accès à des soins adéquats reste insuffisant au regard des besoins (implicites et explicites). Ceci est en partie explicable par le fait que la santé mentale continue à être mal connue, ignorée et taboue. Les malades mentaux, leurs familles et leurs proches ainsi que les professionnels prodiguant des soins spécialisés sont encore victimes d'une très forte stigmatisation. Quels que soient les pays, quelles que soient les cultures, les représentations de la maladie mentale et de la folie, du malade mental et du fou ont une influence sur la priorité donnée aux politiques nationales de santé mentale, la prévention des problèmes de santé mentale, leur reconnaissance par la population générale et les professionnels et l'intégration des malades mentaux dans la communauté<sup>5, 6, 7, 8</sup>.

L'objet de la recherche-action que nous présentons dans ce rapport est de donner les moyens à des professionnels de santé de mieux connaître l'ampleur des problèmes de santé mentale des populations pour lesquelles ils travaillent et d'identifier les représentations sur lesquelles ils peuvent agir pour améliorer la prévention et le traitement de ces problèmes. Ces problèmes n'ont pas de frontières mais, pour des raisons historiques, cette recherche a débuté dans l'Océan indien.

## II. HISTORIQUE

En 1995, a eu lieu à Antananarivo (Madagascar) un séminaire régional sur la santé mentale, organisé par le Ministère français de la coopération et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Il s'agissait de mettre en œuvre des plans et programmes de santé mentale pour les pays de la zone : Madagascar, les Comores, l'île Maurice, Les Seychelles, le Mozambique et Djibouti. Une demande d'évaluation des besoins de santé mentale en population générale a été formulée par les représentants de Madagascar, rejoints par ceux des Comores et de l'île Maurice. Pour des raisons de ressources locales, Les Seychelles et le Mozambique n'ont pas suivi.

L'Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique (ASEP) - dont les acteurs sont essentiellement issus de l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille-Métropole, situé à Amentières (Nord de la France) - a été proposée comme support logistique de cette enquête.

La question de l'évaluation des besoins des populations se pose de façon aussi importante dans les pays occidentaux où les professionnels, confrontés à l'augmentation des demandes faites à la psychiatrie (population précairée, chômage, stress de la vie urbaine, modification des structures familiales), ont l'impression de ne pas pouvoir répondre correctement aux besoins.

L'EPSM a donc accepté de soutenir le projet d'enquête et de mettre à disposition des moyens pour sa réalisation, à la condition d'une enquête commune (France / Océan indien), préparée en commun, suivant une méthodologie acceptée par les responsables de chaque site.

De par la méthodologie choisie (recherche-action) l'implication des acteurs de terrain était obligatoire. Partout où l'enquête a eu lieu, une sensibilisation préalable des partenaires sanitaires, sociaux, administratifs et politiques a été effectuée par rapport à la maladie mentale et à sa prise en charge. Ceci a permis à chacun d'exprimer son opinion propre et de se convaincre facilement qu'il fallait pouvoir la comparer à celle des autres.

En 1996, le projet de recherche a reçu le soutien financier du Ministère français de la coopération, pour les sites de l'Océan indien. Le réseau des centres participants s'est structuré et enrichi de centres métropolitains, constitués d'équipes de secteurs psychiatriques motivées par la thématique (Evry, Lille, Nantes, Tourcoing et la Vallée de la Lys) et la coopération internationale en santé mentale.

En 1997-1998 a eu lieu la phase pilote de l'enquête sur 7 sites (749 personnes interrogées) puis une réunion méthodologique internationale à Lille en janvier 1998. Enfin la phase principale d'enquête s'est déroulée sur 16 sites (12.400 personnes) : 12 en France et 4 à l'étranger. Ces résultats ont été analysés, en collaboration avec la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), du Ministère français de la Santé.

La dynamique de cette recherche s'inscrit en droite ligne des priorités du Ministère français de la santé : SROSS, psychiatrie communautaire, définition des besoins, analyse des réseaux préexistants à l'accès aux soins, obstruction à l'accès aux soins, sensibilisation des acteurs de terrain dans la perspective d'un redéploiement des moyens dans la cité. Ainsi, de nombreux secteurs de psychiatrie s'y sont intéressés ; **une deuxième phase d'enquête** a commencé en 2000, avec de nouveaux secteurs de psychiatrie en France, suivant la même méthodologie d'ensemble.

### III. BREVE PRESENTATION DES DIFFERENTS SITES

Les moyens en structures et personnels de santé mentale sont extrêmement limités à Madagascar et quasi-absents aux Comores. Maurice fait exception, ayant hérité du mode d'organisation des soins de la psychiatrie anglaise avant la réforme de 1980 : jusqu'en 1998, l'accès aux soins et la prise en charge psychiatrique ne se faisaient que sous contrainte.

Dans les pays de l'Océan indien, les tradipraticiens constituent un recours fréquent pour les personnes souffrant de troubles mentaux et leurs proches. Le maintien d'une structure familiale organisée permet, dans une certaine mesure, l'intégration et le maintien du malade dans sa famille, mais on ne sait à quel prix. Enfin, les **Comores** ont essayé d'intégrer la prise en charge des troubles mentaux dans un réseau de dispensaires situés à moins d'une heure à pied de toute population. Néanmoins, il n'y a pas de personnels formés à la prise en charge des troubles psychiatriques mais, essentiellement, une prise en charge locale par des marabouts et tradipraticiens. Ces trois pays font face à une augmentation de l'incidence des problèmes de drogue et d'alcoolisme. La société traditionnelle est en voie de mutation, on assiste à une mondialisation des problématiques avec urbanisation galopante et prolifération de poches de pauvreté.

Malgré une politique de santé mentale basée sur la sectorisation (coordination et continuité des soins dans la communauté), la France souffre aussi d'archaïsmes en la matière. De plus, les préjugés négatifs et la mauvaise image sociale des maladies mentales et de la psychiatrie sont des obstacles majeurs aux soins. D'autre part, les différences d'allocations de ressources et d'organisation des soins restent importantes entre la métropole et les départements d'outre-mer<sup>9</sup>.

### IV. OBJECTIFS

Les deux **objectifs principaux** de cette recherche sont les suivants :

- **décrire les représentations** liées à la "folie", à la "maladie mentale", à la "dépression" et aux différents modes d'aides et de soins (psychiatriques, traditionnels, médecine parallèle), dans la population générale. C'est l'**axe socio-anthropologique**.
- **évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux** dans la population générale. C'est l'**axe épidémiologique**.

Les **objectifs secondaires** de cette recherche-action sont ceux inhérents à l'utilisation d'une méthode participative des équipes de terrain, à savoir :

- **former des acteurs de terrain** : former les équipes de psychiatrie à la méthodologie de recherche, sensibiliser les acteurs de santé primaire à la reconnaissance et la prise en compte des troubles mentaux, alerter les acteurs de terrain sur l'importance de la prévention des maladies mentales et à la prise en compte des facteurs culturels dans le soin...
- **sensibiliser les partenaires sociaux, administratifs et politiques** aux problèmes de promotion de la santé mentale, de prévention de la maladie mentale et de prise en charge des malades mentaux, en les impliquant et les sollicitant à chaque étape de la recherche.
- **promouvoir** le développement d'une pratique psychiatrique communautaire.

## V. METHODOLOGIE<sup>10</sup>

### 1. LE CADRE METHODOLOGIQUE GENERAL

Nous avons choisi de conduire une enquête épidémiologique multicentrique en population générale. En tout état de cause dans cette enquête, pour des raisons de faisabilité, il s'agissait de l'ensemble de la population, **à l'exception** des populations marginalisées et des populations hospitalisées. En effet la méthodologie d'échantillonnage pour ces deux sous-populations est très spécifique et ne peut être prise en compte dans ce travail de recherche<sup>11-12</sup>.

Les données ont été recueillies grâce à des questionnaires administrés, au cours d'entretiens face à face, à un échantillon de personnes, par des enquêteurs formés à la passation. Les questionnaires permettaient pour chaque personne interrogée, d'une part d'explorer ses propres représentations de la maladie mentale et des différents modes d'aides et de soins disponibles, d'autre part, d'estimer la présence de troubles psychiatriques actuels ou passés et les ressources thérapeutiques utilisées.

La phase pilote a permis de tester la faisabilité et la validité de la méthodologie dans sept sites d'enquête sur 100 personnes. Au cours de la phase principale, un échantillon représentatif de 900 personnes par site a été interrogé.

### 2. ANTHROPOLOGIE CULTURELLE ET EPIDEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE : ARTICULATION DES DEUX METHODOLOGIES.

Etant donnés les deux axes de recherche choisis, l'enjeu principal a été de combiner deux méthodologies au départ assez éloignées. Pour ce faire, depuis le début des réflexions, l'équipe de recherche comprend des professionnels de la santé mentale ainsi qu'une sociologue et un anthropologue.

L'anthropologie s'est intéressée à la psychiatrie antérieurement : Kraepelin comme Freud, comme Devereux ont eu besoin de penser le fait mental à partir d'invariants incontestables, qu'ils soient manifestes ou latents, visibles ou invisibles. Mais de fait, c'est la première fois qu'une recherche est mise en œuvre de façon transversale, inter-disciplinaire et inter-lieux.

Autant la sociologie et l'épidémiologie sont facilement " instrumentalisables " pour les grands groupes, autant la psychiatrie et l'anthropologie procèdent de l'étude de cas, de petits groupes. Ces disciplines sont plus de l'ordre de l'intime et de l'impalpable ; elles relèvent de l'observation quotidienne où le sujet est l'objet de la science elle-même.

**On peut schématiser en disant que la sociologie est à l'anthropologie culturelle ce que l'épidémiologie est à la psychiatrie et plus encore à la psychanalyse. Amalgames et confusions en tout genre ont émané de l'absorption d'un champ disciplinaire par l'autre.**

**La psychiatrie** resitue le signe et le symptôme comme faisant partie de l'histoire du malade auto ou hétérodésigné ; elle étudie son champ social, sa famille sur trois générations, elle prend en compte les lignages, les alliances et ce qui en est dit. Elle étudie l'économie libidinale et matérielle de l'individu qu'elle soigne et qui parfois ne se reconnaît pas "malade". La psychiatrie laïque s'est peu intéressée aux croyances politiques et religieuses, laissant assez bizarrement ce champ hors interrogatoire. Elle parle très rarement de classe sociale et d'argent. Ce sont ces refoulés qui sont abordés dans cette étude.

**Pour l'épidémiologie psychiatrique**, il s'agit de décrire l'état de santé mentale d'une population donnée, d'évaluer l'incidence et la prévalence des pathologies et de mieux connaître les facteurs de risques. Or les chiffres trouvés régulièrement dans les enquêtes en population générale ne peuvent

que laisser songeur : 50 % de la population est concernée par au moins un trouble au cours de la vie, dans une enquête américaine, et 30 % dans les douze mois précédant l'enquête<sup>13</sup>. Autres chiffres : 25 % des personnes fréquentant un généraliste souffrent de troubles anxieux ou dépressifs. Seul un quart de ces troubles est "correctement" soigné.

Tout ceci relativise la notion même de "santé mentale", relayée en cela par des notions qui se veulent plus fines comme "qualité de vie" et "asymptomatie" : la santé mentale se résume-t-elle à l'absence de troubles ?

L'épidémiologie en psychiatrie n'est souvent que la pâle facette des problèmes inhérents à la discipline : soit elle est objective et simpliste et peine à refléter l'histoire du malade, soit elle est subjective et non opérationnelle, renvoyant les signes à une profusion de sens corrélée à une incommunicabilité évidente et une impossibilité à raisonner en termes de santé publique. Les débats actuels dans le champ philosophique, sur le concept d'universel et d'universalité, renforcent ces problèmes : la mondialisation appelle peut-être la répétition de la construction monstrueuse d'une nouvelle tour de Babel de la psyché.

Toute épidémiologie psychiatrique digne de ce nom se doit d'intégrer les représentations mentales de l'objet qu'elle va manipuler de façon travestie (les symptômes). Ces représentations se traduisent sous les termes de folie hier, maladie mentale aujourd'hui, dépression demain.

C'est une gageure que nous avons voulu mettre en chiffres dans notre enquête qui concerne des croyances, des opinions, des trajectoires de soins, des maladies et des concepts sociaux fortement "tabous" :

- définir les habitudes culturelles de dénomination de la folie et de la maladie mentale, ainsi que leur traitement symbolique ou médical ;
- voir si la différence culturelle est opérante au moment de la mondialisation des personnes et des biens, des pensées et des soins ;
- confronter les représentations de la maladie mentale aux attitudes "réelles" quant au soin en cas de trouble mental ;
- examiner si, et comment, le roc de l'aliénation mentale et celui de l'étrangeté (l'étranger) coexistent et sont traités socialement et culturellement de façon identique ou non ;
- découvrir que les pratiques antérieures ou concurrentes de celles de la médecine officielle et triomphante ne sont peut-être que des cultures historiques en voie de disparition devant le rouleau compresseur des pensées uniques et efficaces.
- ou, diamétralement à l'opposé, constater que le malheur des hommes, traduit par les symptômes psychiatriques, ne sera résolu que par le rituel d'intégration d'une communauté refondée.

**Devant ce peu de visibilité, le dépassement des clivages reste une nécessité pour la santé mentale des chercheurs. Nous n'améliorerons nos études qu'en prenant connaissance des autres champs qui traitent du même sujet et en construisant nos alliances. En ce sens, le travail en relation avec l'anthropologie permet de ne pas interpréter trop mécaniquement les résultats de notre étude et de rester fidèle aux observations empiriques. Ces enjeux sont aussi philosophiques, interrogeant la place du savant ou du supposé savoir, dans la constitution (ou la destitution) du savoir lui-même.**

## VI. INSTRUMENTS

### 1. AXE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE : PRECISIONS SEMANTIQUES PREALABLES

Cette recherche, d'emblée dirigée vers un ensemble de sociétés très différentes, a vu se poser dès sa conception la question de la validité transculturelle de sa démarche. Nous avons donc déployé un gros effort en vue de prendre en compte la dimension culturelle de la maladie, de sa perception et des conduites inspirées par cette dimension. La nécessité d'assurer une bonne coordination avec l'enquête proprement épidémiologique nous a cependant imposé certaines contraintes. Aussi avons-nous choisi de traiter par un questionnaire intitulé " socio-anthropologique ", l'ensemble des questions relatives aux représentations dans la population générale.

- **représentations liées aux malades** : comportements et conduites, causes, responsabilité et conscience, souffrance, exclusion, rôle de la famille et des proches
- **représentations liées aux modes d'aide et de soin** : soins, guérison, connaissance des recours, orientation des proches et du sujet

De ces contraintes, il découle que l'emploi du terme "socio-anthropologique" pourrait faire illusion : en effet, il ne s'agit pas ici d'une enquête anthropologique ou sociologique, mais d'un questionnaire inséré dans une enquête épidémiologique et présenté puis interprété selon les normes d'une telle enquête ; mais il aborde des thèmes relatifs à des représentations ; **ce sont ces thèmes qui relèvent de l'anthropologie et non la méthode suivie.**

Ce qui aurait pu sembler difficilement acceptable par des anthropologues dans une recherche dont les seules finalités auraient été une anthropologie des représentations de la maladie a un sens ici car :

- **l'homogénéité de l'échantillon indispensable à la passation des questionnaires, sur le même site d'enquête et entre les sites, s'imposait à tous en vue de dégager des données comparatives mais surtout en vue d'une bonne articulation avec le questionnaire proprement épidémiologique.**
- **il s'agit plus d'obtenir un tableau général de ces représentations que de nuancer leur structure et les conditions de leur émergence.**
- **il s'agit rarement d'explorer les faces mal connues des sociétés où se déroulent les enquêtes, mais plutôt en termes de catégories très générales d'estimer la fréquence de certaines caractéristiques sociales et culturelles et les liens qui ressortent entre elles.**

**C'est donc au sein de ces limites clairement posées, afin d'éviter des attentes illégitimes, que doivent être reçus et analysés les résultats de "l'axe socio-anthropologique ". C'est aussi à partir de ces limites que l'on pourra recommander la suite à leur donner.**

L'esprit dans lequel les résultats sont commentés ici rejoint ce que les anthropologues de la santé sont parvenus à concevoir lorsqu'ils confrontent leurs travaux à ceux d'épidémiologistes. Les résultats de la recherche sont, à ce titre, appuyés par les propos d'un chercheur qui s'est beaucoup consacré aux rapports entre le champ de l'anthropologie et celui de l'épidémiologie. Après s'être demandé si les logiques de l'épidémiologie et de l'anthropologie étaient identiques ou différentes, il parvient à la conclusion que s'il y a "plus d'une [logique], il y en a beaucoup moins que deux" <sup>14</sup>.

Cela le conduit à des réflexions directement applicables à notre propos : "Les objectifs explicites de ces deux disciplines diffèrent grandement. L'anthropologie cherche à réaliser des analyses qui soient riches par leur contexte, montrant combien nombre de détails particuliers s'agencent entre eux pour construire une configuration unique. Au contraire, l'épidémiologie vise à réaliser des analyses reliant des faits universels, libérés de leur contexte. La discipline anthropologique est "grasse" et "douce", celle de l'épidémiologie est "maigre" et "dure". Un partage des tâches existe en fait : la méthode épidémiologique peut éclairer le processus d'évaluation des hypothèses sous-jacentes à l'interprétation anthropologique des croyances et des pratiques".

En revanche, la méthode anthropologique peut apporter à l'épidémiologie la perception du sens des événements par les intéressés. Si l'épidémiologiste a trouvé qu'un certain comportement est associé à certaines maladies, la connaissance de la signification de ce comportement pour ceux qui l'adoptent peut être un préalable nécessaire à la compréhension des moyens et des conséquences de son changement.

## 2. AXE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE : LE QUESTIONNAIRE SUR LES REPRESENTATIONS

### A. LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES EN PSYCHIATRIE

*"Nous avons besoin de savoir à quoi nous en tenir avec le monde qui nous entoure. Il faut bien s'y ajuster, s'y conduire, le maîtriser physiquement ou intellectuellement, identifier et résoudre les problèmes qu'il pose. C'est pourquoi nous fabriquons des représentations. Et de même que face à ce monde d'objets, de personnes, d'événements ou d'idées, nous ne sommes pas (seulement) occupés d'automatisme, de même nous ne sommes pas isolés dans un vide social : ce monde nous le partageons avec d'autres, nous nous appuyons sur eux pour le comprendre, le gérer ou l'affronter. C'est pourquoi les représentations sociales sont si importantes dans la vie courante. Elles nous guident dans la façon de nommer et de définir ensemble les différents aspects de notre réalité de tous les jours, dans la façon de les interpréter, statuer sur eux et, le cas échéant, prendre une position à leur égard et la défendre."*<sup>15</sup>

Pour Denise Jodelet, une représentation sociale "c'est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social". C'est aussi ce que l'on peut appeler un *savoir commun* ou *savoir naïf*. C'est Durkheim<sup>16</sup> qui propose en premier le concept sous la forme des représentations collectives. Moscovici puis Jodelet, présentent les représentations sociales en insistant sur le caractère interactif de la représentation.

D'autres champs de la médecine s'intéressent aux représentations sociales des pathologies pour juger de leur impact sur leur prise en charge. Asthme, cancer, épilepsie ont suscité différents travaux. On y retrouve une problématique similaire à celle de la psychiatrie dans l'article de F. Larra en 1996 : *Image et représentation du cancer, du mythe à la réalité*<sup>17</sup>.

Le terme de cancer dépasse le champ de la médecine. Il est utilisé à des fins péjoratives comme cancer social...Le cancer possède une charge mythique importante d'incurabilité renforcée par l'évocation de l'étiologie cancéreuse du décès, alors que des patients guérissent sans que ne soit jamais prononcé le terme de cancer. Les médecins généralistes évitent les hospitalisations dans les centres de cancérologie, craignant l'impact de cette annonce sur le patient et l'entourage. L'influence des représentations intervient dans la prise en charge. Les professionnels sont aussi concernés. On pourrait appliquer ce schéma à de nombreuses pathologies d'autant plus qu'elles sont chroniques ou à pronostic réservé. **C'est le poids des représentations qui modifie la prise en charge.**

## B. DE LA REPRÉSENTATION SOCIALE À L'ATTITUDE

Les attitudes sont souvent déterminées par les représentations sociales, parfois même en édisant le savoir scientifique. Dans de nombreux domaines de santé publique, on a très vite compris qu'il ne suffit pas simplement d'informer pour entraîner des changements de comportement. Dans les campagnes de lutte contre le tabac, tant que le scientifique s'est adressé à la population pour l'informer des risques de maladie, montrer des poumons détériorés...l'impact est resté modéré. Ce n'est qu'en modifiant les représentations sociales du fumeur, que les attitudes ont pu être modifiées. On se rappellera la publicité qui reprenait l'emblème du cow-boy Marlboro en le détournant.

Les travaux sur les conduites d'alcoolisation ont particulièrement bien étudié ce domaine de la relation entre représentation sociale et attitude. L. Gaussoit<sup>18</sup> affirme que les représentations sociales de l'alcoolisme et de l'alcoolique participent à la construction sociale de la norme du "bien boire". Ce sont ces représentations qui alimentent les discours et les pratiques. Ces images négatives stigmatisées construisent le "bien boire" et aident à se maintenir dans un mode de consommation "raisonnable".

En psychiatrie, les attitudes qui peuvent être étudiées sont non seulement celles du patient et de son entourage (c'est à dire les façons de recourir au système de soin) mais également l'attitude de la société envers les malades mentaux : quelle est leur place dans la société ? Comment sont-ils représentés ?

## C. REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR L'ÉVALUATION DES REPRÉSENTATIONS DE LA "FOLIE", DE LA "MALADIE MENTALE" ET DE LA "DÉPRESSION"

**En France**, outre les travaux de Jodelet sur la folie et les représentations sociales, on peut citer aussi ceux de Boiral et Brouat<sup>19-20</sup>, et du groupe de professionnels missionné au milieu des années 90 par le Ministère français de la santé, pour analyser l'image de la psychiatrie<sup>21-22</sup>. Mais nous n'avons pas retrouvé d'études françaises référencées menées en population générale sur de grands échantillons utilisant des questionnaires structurés.

Différents auteurs ont étudié les attitudes du public envers les malades mentaux<sup>23-24-25-26-27</sup>. Certaines études décrivent l'impact de l'installation de malades mentaux dans une ville<sup>28-29-30</sup>.

Une échelle d'évaluation la " Community Attitude to the mentally ill " CAMI scale, développée par Taylor et Dear<sup>31</sup>, explore trois domaines : peur et exclusion, contrôle social et bienveillance. Elle est régulièrement employée par les auteurs comme base de leurs travaux.

Un questionnaire semi-structuré a été mis au point par Angemeyer et coll.<sup>32</sup> pour évaluer les représentations par rapport aux traitements des maladies mentales, des vignettes cliniques ont été utilisées dans une enquête nationale australienne sur le système de croyances du grand public sur la dépression et la schizophrénie et leurs traitements<sup>33-34-35</sup>. Cette enquête montre les limites de l'utilisation de vignettes " pré-formatées " car le sexe du cas décrit par la vignette influence grandement la perception des facteurs de risque.

Ces études se proposent d'identifier certains facteurs favorisant le rejet des malades mentaux afin de mieux diriger les interventions éducatives en population générale. Brockinton<sup>36</sup> (1993) retrouve **une relation entre tolérance et âge, éducation et proximité avec les malades mentaux**. Cette proximité est communément admise. Le fait de connaître directement ou indirectement un malade mental permet une meilleure tolérance. Wolff (1996) signale que les personnes les plus rejetantes sont les sujets qui ont des enfants à leur charge et les personnes qui ont un faible niveau d'éducation. Il ne retrouve pas de déterminant social.

Hayward et Bright<sup>37</sup> (1997) effectuent une revue de la littérature sur la stigmatisation des malades mentaux. **Ils sont décrits dans la population comme dangereux, imprévisibles, il est difficile de parler avec eux, eux seuls sont responsables, ils pourraient s'en sortir par eux même, ils répondent peu aux traitements.**

Des enquêtes nationales ont été conduites aux Etats-Unis sur ce sujet, dans les années 50, 70 et 90, selon la même méthodologie<sup>38</sup>. Dans les années 50 le public américain attribuait à la maladie mentale une dimension honteuse et en manifestait une compréhension non scientifique. Les personnes interrogées n'étaient pas capables d'identifier les malades mentaux à partir des vignettes présentées. La maladie mentale était associée à une grande **stigmatisation sociale**, particulièrement liée à la crainte de comportements imprévisibles et violents. En 1996, l'enquête révélait que les américains avaient progressé vers une meilleure connaissance de la maladie mentale. Mais ce progrès n'avait en rien désamorcé le climat de honte et de rejet dans la société. En fait, le public attribuait à la maladie mentale une fréquence beaucoup plus grande de conduites violentes. La perception générale selon laquelle les malades mentaux sont susceptibles d'être dangereux était plus affirmée qu'auparavant. Ainsi, **la stigmatisation continuait d'être très forte, malgré une meilleure compréhension des troubles.**

Certains se sont intéressés à l'un des **véhicules présumés de ces représentations des malades mentaux** : les médias. Day<sup>39</sup> (1986) dans les journaux canadiens, Dudley<sup>40</sup> (1994) dans des fictions australiennes et Wilson<sup>41-42</sup> (1999, 2000) étudient la représentation télévisuelle des malades mentaux. Tous notent une vision péjorative des représentations. Mais on sait peu de choses sur ce qui anime, motive ces attitudes. Pourquoi telle réaction ou telle attitude est-elle communément tenue par la population ? Les attitudes sont fréquemment étudiées sans qu'on en détermine les fondements.

De nombreuses personnes développant une dépression ne se l'avouent pas et hésitent à demander de l'aide<sup>43</sup>. **La maladie mentale est vécue comme honteuse et ne favorise pas l'accès aux soins.** L'image de la psychiatrie est grevée par la représentation des pathologies qu'elle soigne mais également par la représentation de la prise en charge qu'elle propose, y compris la représentation du psychiatre et des traitements. Ainsi, près des deux tiers des personnes ayant besoin d'un traitement pour des troubles mentaux reconnus ne le cherchent pas...<sup>44</sup>

Khon<sup>45</sup> (2000) dans une étude effectuée en République Dominicaine, à partir de vignettes cliniques, signale **qu'entre la dépression, la dépendance alcoolique, l'hyperactivité de l'enfant et la psychose seule cette dernière est reconnue comme une maladie mentale.** Une autre étude similaire au Nigeria conduite par Erinosh<sup>46</sup> (1978) montre que **seule la description de schizophrénie paranoïde est reconnue comme une maladie mentale** alors que d'autres vignettes de pathologie (schizophrénie simple, anxiété, névrose/dépression, dépendance alcoolique) sont décrites comme timides, énervées, bizarres, agitées, ivrognes. Une étude similaire qui serait effectuée en France montrerait probablement une certaine méconnaissance des troubles psychiatriques.

**Il existe au moins trois facteurs limitants à la mise en route de soins :**

- **la capacité à reconnaître qu'il se passe quelque chose de l'ordre d'un trouble, d'une maladie,**
- **la capacité à repérer ce trouble dans le champ psychiatrique, c'est à dire reconnaître son caractère de pathologie mentale,**
- **et le stigmate entourant le fait de recevoir des soins dans ce domaine**

Par ailleurs, c'est aussi le milieu médical qu'il faut éduquer<sup>47-72</sup>. En effet, la profession médicale est également sous le joug des représentations. Il existe une réticence de certains médecins généralistes à adresser des patients au psychiatre. Comment l'annoncer ? Souvent c'est en urgence, lorsqu'il n'y a plus d'autres alternatives, que le patient est reçu.

Les représentations sociales sont des outils de santé publique car elles intéressent la collectivité. On parle d'éducation de la population. Mais que doit-on lui apprendre ? Changer, oui, mais changer quoi ? C'est peut-être dans ces domaines de la communication de masse, dans les stratégies de communication, dans les politiques de santé que les représentations sociales peuvent le plus être utiles.

Ainsi, comme le suggère le dernier rapport américain sur la santé mentale<sup>48</sup>, les perceptions péjoratives de la pathologie mentale peuvent être atténuées par l'information. Seule une évolution des mentalités dans le public permettra de restreindre le temps passé entre l'affirmation de la souffrance et une réponse adaptée. " Des approches globales pour réduire la stigmatisation impliquent des programmes comportant des représentants des usagers, l'éducation du public et le contact avec les personnes présentant des troubles mentaux ".

**Le premier but de l'étude des représentations sociales est de reconnaître, d'utiliser les représentations, afin d'améliorer le travail de prise en charge thérapeutique et de favoriser la bonne utilisation du système de soin. Cette bonne attitude est celle du patient mais aussi celle de son entourage et surtout celle des professionnels.**

#### **D. MÉTHODOLOGIE DE DÉVELOPPEMENT D'INSTRUMENTS D'ÉVALUATION**

Crisp et coll.<sup>49</sup> signalent, dans une étude préliminaire, que pour eux les termes de dépression sévère, d'attaque de panique, de schizophrénie, de démence, de dépendance, étaient compris de façon satisfaisante par la population générale. Leur interrogatoire s'est effectué de façon directe.

Nous pensons au contraire que le vocabulaire médical est souvent en désaccord avec celui du patient ou de l'entourage. Nous ne parlons pas tout à fait le même langage. Kovess évoque cet écart dans une étude sur les représentations de la dépression<sup>50</sup>. En effet, nombreux sont les patients qui se qualifient de dépressif. Combien de fois n'a-t-on pas été confronté à des psychotiques délirants qui évoquent leur " dépression " ?

Comment, alors, interroger les populations si nous n'utilisons pas le même langage ? Toute la difficulté, lorsque l'on veut étudier les représentations en psychiatrie, est donc de déterminer une méthodologie permettant une approche de ces représentations.

Différentes modalités ont été proposées pour contourner cette inadéquation des langages. Certains proposent des cas cliniques sous forme de vignettes (cf. Jorm et al.). Celles-ci sont présentées afin de déterminer l'attitude des populations envers le malade mental. Dans ces études, on remonte d'un cas particulier vers le général, d'une image d'une pathologie psychiatrique déterminée par les professionnels vers l'attitude publique face à ce cas exposé.

Wilson<sup>40</sup> dans son article sur la représentation télévisuelle de la maladie mentale à travers les émissions pour enfants a été confronté à la même problématique : comment choisir les termes significatifs ? Ceux qui ont trait à la maladie mentale ? Faut-il ou non considérer les références au fou ? Les termes utilisés dépassent souvent le simple champ de la maladie mentale.

Il existe différentes représentations sociales qui gravitent autour de la psychiatrie. **Le but ici n'est pas de partir de la psychiatrie vers la représentation sociale mais de la représentation sociale vers la psychiatrie.** En effet, nombre de ces représentations dépassent le champ de la simple psychiatrie. Les représentations sociales n'ont pas de fondement purement médical. Elles sont un phénomène très complexe. Elles sont influencées par de nombreux facteurs : culture, histoire, science, médiatisation... Leurs origines sont multiples. L'élaboration du questionnaire tente donc de suivre ce chemin.

## E. DÉVELOPPEMENT DU QUESTIONNAIRE " SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE "

Le questionnaire sur les représentations devait nous permettre d'explorer les représentations de la "folie", de la "maladie mentale", du "fou", du "malade mental " et modes d'aides et de soins, dans diverses cultures. Il devait être simple de passation et d'exploitation et, dans la mesure du possible, applicable dans tous les cadres culturels des sites de l'étude.

L'analyse de la littérature nous a permis de constater qu'il n'existait pas à ce jour de questionnaire de langue française ; nous avons donc choisi de développer un **questionnaire spécifique pour cette enquête**, en suivant une méthodologie de développement multicentrique et international, éprouvée par l'OMS<sup>51-52</sup>, dont les principales étapes sont présentées dans le **tableau 1**.

Les travaux cités plus haut ont guidé la réflexion préparatoire à l'élaboration du questionnaire, ainsi que des éléments de réflexion plus spécifiques aux cultures de l'Océan indien<sup>53-54-55</sup>. Le développement du questionnaire a été mené par l'équipe de recherche multidisciplinaire. Il a été ensuite enrichi en consultation avec des anthropologues (essentiellement Gilles Bibeau<sup>56</sup> et Jean Benoist). Cette consultation s'est déroulée en plusieurs étapes, au long de la mise au point des recherches :

- amorce du projet dans le cadre de travaux sur les îles de l'océan indien ;
- interprétation des résultats de premiers questionnaires d'essai passés sur des échantillons restreints, puis mise au point des questionnaires définitifs ;
- examen des résultats des divers sites à mesure qu'ils parvenaient ;
- essais de synthèses et de dégagement de comparaisons lors de rencontres.

Ces étapes ont été parfois assez difficiles pour tous les acteurs. La distance conceptuelle et méthodologique initiale entre les anthropologues et les chercheurs issus du champ psychiatrique s'est révélée souvent si grande que des insatisfactions, voire des tensions ont pu se manifester. Les anthropologues ont eu le plus grand mal à faire cadrer leur approche avec celle d'un questionnaire qui fragmentait les questions qu'ils ont pour méthode d'aborder de façon plus globale, par une démarche en profondeur de type clinique.

Cependant, il était évident qu'une telle démarche s'imposait en raison de la rigidité imposée par la nature de l'étude de prévalence par le questionnaire épidémiologique. La consultation des anthropologues n'a donc nullement porté sur l'opportunité de cette forme d'approche, mais sur

les modalités de son exécution, afin de lui permettre d'atteindre les meilleurs résultats possibles : formulation des questions, introduction éventuelle de nouvelles questions, puis plus tard interprétation des résultats.

Le questionnaire final comprend une cinquantaine de questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées, qui permettent d'explorer les représentations liées à la folie, la maladie mentale et la dépression, aux types d'aides et de soins possibles (médicaux, religieux, magico-religieux et autres), à la tolérance de la société et au rôle de la famille.

## **F. VALIDATION**

L'acceptabilité des questions a été vérifiée à chaque étape de développement, en passant le questionnaire à une dizaine de personnes tout venant. Un test de fidélité inter-juge a été mené auprès de tous les enquêteurs par cotation d'un entretien vidéo d'enquête, à l'issue de la période de formation. Ce test a montré que plus de 90% des cotations étaient identiques entre les enquêteurs ; les différences de cotation étant attribuables à la hiérarchisation des codages dans les questions semi-ouvertes.

## TABLEAU 1 : DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL DU QUESTIONNAIRE SUR LES REPRESENTATIONS

1. **Propositions de 20 questions ouvertes** par les équipes de chaque site (France et Océan indien), recueillies auprès de personnes tout venant. Les questions respectaient des critères (vocabulaire et syntaxe simples).
2. **Mise en commun des questions** de tous les sites (environ 120 questions en tout)
3. **Sélection de 20 questions par le Comité Scientifique** (élimination des doublons, des questions trop longues, trop complexes, des doubles négatives, puis classement par vote).
4. **PRE-TEST** : passation du pré-questionnaire de 20 questions ouvertes à 15 personnes par site (population générale + partenaires administratifs, sociaux et politiques)
5. **Analyse de contenu** des réponses aux questions ouvertes, permettant de formuler une première proposition de structure de l'instrument (principaux domaines explorés, typologie de réponses)
6. **Transformation des questions ouvertes en questions fermées** (travail en ateliers internationaux par thèmes : " folie " / " fou ", connaissance des soins, recours aux soins). Il s'agissait, en tenant compte des réponses données par les sujets au moment du pré-test (analyse de contenu), de reformuler les questions et les modalités de réponse y correspondant, en tenant compte de la proposition de structure (principaux domaines) de l'instrument et de la diversité culturelle.
7. **Revue d'experts** (psychiatres, psychologues, anthropologues et sociologues). L'avis d'experts membres du RESAME a été sollicité et leurs commentaires ont été pris en compte dans l'élaboration du questionnaire pilote.
8. **Questionnaire pilote** : N questions fermées (tronc commun international) + n questions nationales + recueil des commentaires libres des enquêteurs et des enquêtés
9. **Traduction et adaptation du questionnaire pilote** pour les sites des Comores, Guadeloupe, Madagascar et Maurice, ajout éventuel de questions nationales spécifiques au site.
10. **ÉTUDE PILOTE** : passation du questionnaire pilote à 100 personnes/site (50% d'hommes et 50% de femmes entre 25 et 50 ans), afin de tester son acceptabilité. Recueil des commentaires des enquêteurs et des enquêtés sur le questionnaire.
11. **Analyse des résultats**, test des propriétés psychométriques (analyse factorielle, régression multiple), validation des domaines
12. **Elaboration du questionnaire d'enquête définitif**, à partir de l'analyse des propriétés psychométriques et celle des commentaires enquêtés/enquêteurs recueillis pendant l'étude pilote. Le choix et la formulation de chaque question ont été validés lors d'ateliers internationaux
13. **Traduction et adaptation** du questionnaire définitif.
14. **Test de fidélité inter juges** : cotation simultanée par plusieurs enquêteurs d'un même entretien filmé.

### 3. AXE EPIDEMIOLOGIQUE : LE QUESTIONNAIRE DIAGNOSTIQUE

#### A. CHOIX DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire de diagnostic psychiatrique devait être court, simple de passation, validé, et permettre d'établir des estimations diagnostiques selon les critères de la CIM-10, dans les différents sites.

Plusieurs instruments ont été développés au cours des vingt dernières années, essentiellement par des équipes anglo-saxonnes, pour permettre l'exploration des troubles mentaux et le recueil de données épidémiologiques à grande échelle. Ces instruments ont pour caractéristiques communes d'être des **questionnaires diagnostiques structurés**, dont la construction est fondée sur des critères diagnostiques définis dans la classification internationale des maladies<sup>57</sup> de l'OMS (CIM neuvième ou dixième édition) ou dans le DSM<sup>58</sup> (version III, III-R ou IV) et qui peuvent être administrés par des enquêteurs non cliniciens mais formés à la passation. Les diagnostics sont obtenus par l'utilisation d'algorithmes intégrés.

L'évolution s'est faite vers une plus grande simplification des procédures d'exploration, afin de réduire les biais liés à une passation certes exhaustive mais trop longue pour l'enquête. Les premiers questionnaires pouvaient durer jusqu'à trois heures, nous arrivons maintenant, avec la dernière génération de questionnaires, à un temps de passation d'environ 20-30 minutes. Nous citons pour exemple les principaux instruments de cette famille et explicitons notre choix du MINI.

Le **DIS**<sup>59</sup> (Diagnostic Interview Schedule) utilisé pour l'enquête ECA<sup>60</sup> au début des années 80, couvre les principaux diagnostics de l'axe 1 du DSM-III. Chaque symptôme lorsqu'il est signalé présent par le sujet, est vérifié par une série de questions complémentaires (origine physique ou psychique, lié à l'utilisation d'alcool, de drogue...) et on en évalue ensuite sa sévérité (gêne occasionnée, recours thérapeutique...). Cet instrument a été validé en population générale. Une version auto-questionnaire, le **DISSA**<sup>61</sup> (Diagnostic Interview Schedule Self Administred), a été développée par une équipe canadienne et validée en population générale.

Le **CIDI**<sup>62</sup> (Composite International Diagnostic Interview) développé par l'OMS, résulte de la fusion du DIS et du PSE<sup>63</sup> (Present State Examination). Validé en population générale il permet de produire des diagnostics CIM-10 et DSM-III-R et IV mais reste lourd de passation (arbre de décision pour l'exploration de l'étiologie des symptômes cotés présents, comme pour le DIS).

Le **CIDIS**<sup>64</sup> (Composite International Diagnostic Interview Simplified) développé par V. Kovess, a bénéficié des apports du DISSA et du CIDI, après adaptation permet maintenant des diagnostics DSM-IV et CIM-10, utilisé lors de deux enquêtes en population générale : Enquête Santé des franciliens<sup>65</sup> et Enquête santé en Basse-Normandie<sup>66</sup>. Relativement plus simple que les précédents car sans arbre de décision étiologique, il n'est pas validé en population générale. Il a également été utilisé dans deux enquêtes sur la santé mentale des personnes S.D.F, avec toutes les limites de ce type d'instrument pour ces populations<sup>67</sup>.

Le **MINI**<sup>68-69</sup>, développé par une équipe franco-américaine (Lecrubier et Sheehan) fait partie de la dernière génération des instruments diagnostiques standardisés. Inspiré de ces prédécesseurs, il est de passation simple (questions Oui/Non) et courte (20 minutes en moyenne). Il permet de produire des diagnostics CIM-10 et DSM-IV. La fiabilité et la validité du MINI ont été explorées chez des patients psychiatriques et des non patients par rapport au CIDI. Les coefficients de Kappa se sont montrés bons (entre 0.43 et 0.68) ou très bons (> 0.75) pour la plupart des diagnostics sauf la phobie simple et l'anxiété généralisée. D'autre part, une autre étude de validation a eu lieu chez des consultants de médecine générale, comparant les diagnostics générés par des médecins généralistes et des médecins psychiatres<sup>70</sup>. Enfin, une étude en population générale<sup>71</sup> a permis de recueillir des éléments de validité concernant les sections sur les troubles thymiques. La section troubles thymiques a été utilisée dans l'enquête santé et protection sociale menée en 1997 par le CREDES<sup>72</sup>.

**A l'heure actuelle, nous ne disposons pas d'un instrument diagnostique standardisé fiable et valide pour toutes les pathologies psychiatriques. La plupart détecte correctement les troubles dépressifs et certains troubles anxieux, mais de nombreux problèmes persistent en particulier pour les troubles psychotiques, le trouble panique et l'anxiété généralisée.** Dans ce contexte, notre choix s'est porté sur le MINI car il est d'utilisation relativement simple tout en ayant une validité acceptable. Selon Y. Lecrubier (l'un des concepteurs de l'instrument), le gain en qualité de l'information du CIDI par rapport au MINI est de 5% environ, pour une durée de passation triple et une plus grande complexité des questions<sup>73</sup>. Toutefois, ce choix par défaut ne doit pas nous exempter d'une grande prudence dans l'analyse des résultats obtenus par cet outil de recueil.

## **B. PRÉSENTATION DU MINI**

La version du MINI que nous avons retenue permet d'explorer les troubles actuels suivants : **troubles de l'humeur** (épisode dépressif majeur, dysthymie, épisode maniaque (vie entière)), **troubles anxieux** : (agoraphobie, trouble panique, phobie sociale, TOC, anxiété généralisée, état de stress post traumatique), **troubles de l'alimentation** (anorexie et boulimie), **troubles liés à l'usage d'alcool et de drogues, symptômes psychotiques**.

**Précisons que cette version du MINI ne permet pas d'explorer tous les critères nécessaires au diagnostic de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques, mais renseigne seulement sur quelques symptômes psychotiques.**

Des questions complémentaires ont été rajoutées à la fin du MINI afin d'explorer l'impact des troubles côtés positifs sur la vie quotidienne et d'explorer l'utilisation d'aide ou de soin (médecine générale, psychiatrie, médecines douces, pratiques religieuse ou magico-religieuse).

L'enquête pilote nous a permis de valider l'utilisation du MINI par des non cliniciens (par comparaison avec des cliniciens). Les résultats de cette enquête seront présentés par ailleurs<sup>74</sup>.

### **Précisions méthodologiques**

La question de l'aptitude des questionnaires diagnostiques standardisés à détecter de manière fiable et valide les troubles psychotiques est récurrente depuis que les premières équipes anglo-saxonnes ont commencé à s'intéresser à une évaluation diagnostique standardisable en psychiatrie. En effet, si l'évaluation standardisée fiable de la présence de troubles de type névrotique pose déjà problème, celle des troubles de type psychotique est presque insoluble.

Rappelons pour mémoire que la grande enquête américaine ECA<sup>a</sup>, qui utilisait le DIS passé par des enquêteurs non cliniciens, a abouti à une incidence annuelle de schizophrénie, corrigée pour l'âge, de 1 à 7,1 /1000, soit un **taux près de 25 fois supérieur au taux moyen obtenu dans d'autres enquêtes utilisant l'approche diagnostique standard**. Un sous-échantillon de 810 sujets a été soumis à une contre-évaluation par des psychiatres (Anthony et al, 1985) qui a mis en évidence un taux élevé de faux positifs et de faux négatifs. Seulement 16% des cas diagnostiqués par des examinateurs non qualifiés à l'aide du DIS ont été confirmés par les psychiatres et inversement, seulement 21% des cas diagnostiqués par les psychiatres avaient été détectés par le DIS<sup>75</sup>.

La validité du MINI soulève, de manière plus générale, la question de la validation de ce type d'instruments qui sont souvent validés les uns par rapport aux autres (le CIDI par rapport au DIS, le MINI par rapport au CIDI), sans qu'il n'y ait vraiment un "gold standard" reconnu comme tel. D'autre part, ces instruments sont validés sur des (petits) échantillons issus de populations psychiatriquées, des "cas", ce qui rend leur sensibilité suspecte lorsque l'on s'intéresse à des personnes issues de la population générale.

**Le MINI pose donc les mêmes problèmes de fiabilité et de validité que tous les instruments diagnostiques structurés utilisés par des non cliniciens, concernant l'évaluation des troubles psychotiques.**

Lors de la phase pilote de l'enquête, nous avons obtenu des données de prévalence aberrantes pour les troubles psychotiques. Après analyse nous avons trouvé plusieurs explications :

- les questions sont formulées de telle manière qu'elles forcent la surinclusion ; sur les 7 questions de dépistage, tout un chacun peut répondre au moins une fois OUI. Or un seul OUI suffit pour qualifier positif à cette section.
- nombre d'enquêteurs ne discriminaient pas correctement les vrais des faux positifs (et pour cause puisqu'ils n'étaient pas cliniciens !).
- à ces deux raisons s'ajoutèrent les interprétations culturelles des questions<sup>b</sup>. Par exemple, pour une personne de confession islamique, il apparaissait banal " d'avoir l'impression que quelqu'un contrôle ses pensées et ses actes " ; en l'occurrence Allah, qui décide de toute chose.

Aussi, afin de réduire les biais induits par la conception même du questionnaire et par le recours à des enquêteurs non cliniciens, avons-nous développé une **méthodologie complémentaire** pour cette partie du questionnaire, à savoir :

- quelle que soit la pertinence de la réponse, l'enquêteur notait systématiquement un **exemple détaillé** donné par le sujet en cas de réponse positive à une des questions de la section psychose,
- une série de **questions complémentaires** au MINI concernant les conséquences psychosociales des troubles et le recours aux soins était ensuite posée, pour tout trouble coté positif,

---

<sup>a</sup> Epidemiological Catchment Area Study (voir plus loin)

<sup>b</sup> Nous touchons là aux limites de la supposée applicabilité transculturelle de ce type d'instrument, basés sur des classifications "validées" internationalement.

- à l'aide de l'exemple détaillé, des informations complémentaires et du sentiment de l'enquêteur vis-à-vis de l'exemple recueilli, un clinicien (psychiatre ou psychologue) évaluait les vrais et faux positifs, chaque soir, en compagnie des enquêteurs.

Cette méthode a été testée de manière empirique durant la phase pilote, dans les sites des Comores et de Maurice et a montré son efficacité à réduire le nombre de faux positifs (l'estimation de présence de troubles psychotiques est passée de 32% à 5%).

**Une enquête de fiabilité** a ensuite été menée sur 106 patients tout venant, suivis par une équipe de secteur psychiatrique française, permettant de comparer la présence d'un trouble psychotique (actuel ou vie entière), telle qu'évaluée par un clinicien A et telle qu'évaluée par un enquêteur passant le MINI et vérifiée en cas de cotation positive par un clinicien B (avec la méthode décrite ci-dessus).

**Les kappas obtenus varient, pour la CIM-10, entre 0.79 (épisode psychotique isolé actuel) et 0.83 (épisode psychotique vie entière). Ce qui constitue d'excellents résultats.**

Des précautions ont donc été prises pour réduire au maximum les erreurs systématiques inhérentes au type d'instrument utilisé et à l'objet même de l'évaluation. Toutefois, si nous pouvons, grâce à cette méthodologie complémentaire contrôler les faux positifs et la fiabilité des vrais positifs, rien ne peut nous prémunir des faux négatifs, c'est-à-dire, une personne qui, souffrant de troubles psychotiques, répondrait négativement à toutes les questions de cette section...

#### 4. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Un dernier questionnaire permet le recueil des données sociodémographiques des sujets interrogés, à savoir les variables suivantes : sexe, âge ou année de naissance (dans certains pays de l'Océan indien cette donnée reste relativement approximative), situation maritale, niveau d'étude atteint, qualification professionnelle, situation professionnelle, communauté culturelle de référence.

#### 5. ANONYMAT

Cette enquête est anonyme. Les sujets sollicités répondent après avoir reçu une information sur les objectifs et les conditions de l'enquête et après avoir donné leur consentement pour participation. Le protocole de recherche a été soumis pour avis au Comité consultatif de la CNIL. Cette instance n'a pas jugé nécessaire d'engager la procédure complète auprès de la CNIL.

#### 6. METHODOLOGIE DE TRADUCTION

Tous les sites engagés dans cette enquête font partie de pays francophones ; toutefois le taux de diffusion et de maîtrise de la langue française peut varier à l'intérieur d'un même pays. A chacune des étapes de travail, la **méthodologie de traduction** suivante a été utilisée :

- **Recensement de tout matériel traduit existant** dans le domaine de la santé mentale, dans le site participant à l'enquête.

- **Traduction du français vers la langue cible** par au moins deux traducteurs indépendants (non impliqués dans l'enquête, mais ayant une certaine connaissance du domaine de la santé)
- **Première réunion de consensus** entre les traducteurs et l'équipe de recherche, analyse des différences de traduction question par question et recherche de consensus. A ce stade du travail, un recours à des compétences externes peut être utile (linguiste, ethnologue). Le souci étant toutefois de garder un niveau de vocabulaire accessible au plus grand nombre.
- **Test d'acceptabilité et de compréhension** auprès d'au moins **5 personnes** de niveau socioculturel faible et moyen.
- **Deuxième réunion de consensus** afin d'analyser les résultats du test et d'élaborer une version finale du matériel d'enquête.
- **Rapport de traduction** envoyé à la coordination de l'enquête.

## 7. ENQUETEURS

Le principe de la recherche-action est d'impliquer à chaque étape de la recherche des partenaires identifiés comme des relais potentiels des actions. Ainsi nous a-t-il semblé important de nous assurer, pour le travail de recueil de données, le concours d'acteurs ou de futurs acteurs de la santé mentale. Pour cela nous avons fait appel à la fois aux personnels de santé des différentes équipes impliquées dans la recherche (agents de santé primaires, infirmiers, médecins, internes en psychiatrie, psychologues, travailleurs sociaux) et des étudiants en médecine, en soins infirmiers ou en sociologie.

- **Concernant le personnel de santé** (spécialisé ou non), l'enquête a été l'occasion d'une sensibilisation au travail et à la méthodologie de recherche en psychiatrie. Cela a également été une opportunité de réflexion sur les représentations liées à la maladie mentale que chacun véhicule et leurs effets sur les pratiques professionnelles<sup>76</sup>.
- **Concernant les étudiants**, l'objectif était d'engager une réflexion sur la place de la santé mentale dans la société, de permettre de mieux connaître les différentes pathologies et les modalités de recours thérapeutiques. Nous sommes là dans une perspective de promotion et de prévention de la santé mentale. Ce travail s'est fait en étroite collaboration avec les responsables enseignants des organismes sollicités.

**Dans chaque site français**, les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), les facultés de sociologie et les écoles de travailleurs sociaux ont été sollicités, au dernier trimestre 1997, pour intégrer la recherche au programme scolaire 1998-99 des étudiants de deuxième et troisième année. Des cours de nosologie psychiatrique et de sensibilisation à la santé mentale et à la recherche en psychiatrie ont été proposés. Après avoir reçu une formation de 3 jours, les étudiants ont ensuite récolté les données sur le terrain ; certains ont intégré cette expérience dans leur travail de fin d'étude. Sur certains sites, les DDASS ont soutenu et favorisé la formalisation de cette collaboration au niveau local.

**Aux Comores**, les enquêteurs ont été recrutés parmi les personnes ayant participé à l'enquête Démographie Santé (infirmiers diplômés d'état, démographes ou statisticiens) ou tout autre enquête similaire. Ils ont été encadrés par les responsables locaux de l'enquête, issus de l'Ecole Nationale de Santé.

**A Madagascar**, les enquêteurs étaient des médecins généralistes au chômage. Tandis qu'à **Maurice**, les enquêteurs étaient les responsables locaux de l'enquête et une vingtaine de personnes recrutées parmi le personnel de l'Institut National de la Santé et de l'Hôpital Brown Sequard.

## 8. FORMATION DES ENQUETEURS

Afin d'assurer l'harmonisation de la formation de base de tous les enquêteurs et des équipes locales de recherche (notamment en ce qui concerne la passation du MINI) la formation était assurée par un représentant du Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) ou par un des 6 formateurs formés par le CCOMS. Chaque enquêteur disposait d'un **guide pour la cotation des questionnaires** regroupant des recommandations détaillées pour le remplissage et le codage des 3 questionnaires d'enquête.

La session de formation se déroulait sur trois jours selon le programme suivant :

- sensibilisation aux problèmes de santé mentale
- présentation de la recherche (objectifs et moyens)
- règles générales de toute enquête (anonymat, confidentialité, respect des consignes...)
- formation à la passation des 3 questionnaires d'enquête (théorie et jeux de rôles)
- remplissage par chaque enquêteur d'un questionnaire test auprès d'une personne tout venant
- contrôle du questionnaire test
- test de fidélité inter-juge (vidéo)
- organisation du travail de terrain

## 9. ECHANTILLONNAGE

### A. TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

Plusieurs éléments interviennent dans la détermination de la taille de l'échantillon : le taux de prévalence attendu des troubles psychiatriques en population générale, le niveau de détail souhaité pour l'analyse des données et le risque d'erreur fixé (risque alpha).

Les chiffres récents de l'OMS<sup>77</sup> donnent une prévalence globale en population générale de 9.4% pour les **troubles dépressifs majeurs unipolaires** (8,3% pour les hommes et 10.5% pour les femmes); 0,5% pour la **schizophrénie** et 2,7% pour l'**anxiété généralisée** (2.4% chez les hommes et 3% chez les femmes, la prévalence atteignant 4.4% pour la région Afrique).

Au début des années 80, dans l'**enquête américaine Epidemiological Catchment Area (ECA)**<sup>78-79</sup>, les prévalences observées, sur l'année entière, se déclinait comme suit : dépression majeure de 4% à 7% ; phobies entre 7 et 9% ; troubles anxieux avec attaque de panique 1,5% ; troubles obsessionnels 2% et schizophrénie 2%.

La **National Comorbidity Survey**<sup>80</sup>, plus récente, a trouvé aux USA des taux de prévalence des troubles psychiatriques un peu plus élevés, à savoir, sur les 12 derniers mois : épisode dépressif majeur 10,3%, troubles liés à l'utilisation d'alcool ou de drogues 11,3%, anxiété généralisée 3,1%, troubles phobiques 8% et schizophrénie 0,5 %.

**En France**, en 1987, l'enquête menée par Lépine<sup>81</sup> et coll. en région parisienne trouve, sur l'année écoulée, un taux de dépression de 3,4% pour les hommes et 6% pour les femmes, pour les phobies respectivement 7,9% et 16%, pour l'anxiété généralisée 3,7% et 6,5%. Trois ans plus tard, l'enquête **Santé des franciliens**<sup>82</sup>, énonce des taux similaires, avec pour la dépression, sur les six derniers mois 3,3% chez les hommes et 8,2% chez les femmes. Par contre, le taux de phobies et d'anxiété généralisée sont assez différents puisqu'ils n'atteignent respectivement "que" 3,5% et 6,2% sur toute la vie. Deux enquêtes menées sur des échantillons nationaux en 1995 et 1997 avec le MINI<sup>c</sup>, trouvent des taux plus élevés pour la dépression: enquête DEPRESS<sup>83</sup> 9,1% (dépression majeure), sur les six derniers mois, enquête CREDES<sup>84</sup>, 12% (épisode dépressif), sur l'année écoulée. (cf. Tableau 2)

Comme les données ci-dessus le montrent, les taux de prévalence des troubles psychiatriques en population générale varient d'une source à l'autre. Ceci s'explique par de nombreux facteurs<sup>85</sup> :

- difficulté de trouver une définition consensuelle du trouble
- variation des classifications des troubles entre les différentes enquêtes (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, CIM-9 puis CIM-10)
- difficulté de la définition d'un "cas" en psychiatrie (distinction entre le normal et le pathologique). Nous nous accordons cependant à donner une définition épidémiologique simple de ce terme : "sujet qui répond aux critères d'au moins un trouble d'une classification standardisée critérisée"
- variation dans la méthode de recueil de l'information
- complexité des questions posées
- validité psychométrique des instruments utilisés
- essence même du trouble exploré
- cadre temporel de référence retenu (actuel, six derniers mois, vie entière)

Ces réserves faites, nous pouvons dire que la prévalence au cours des 12 derniers mois des troubles que nous explorons dans cette enquête varierait de 0,5% (schizophrénie) à 20,2% (épisode dépressif majeur). Afin d'obtenir un nombre suffisant de sujets par type de pathologie explorée avec un risque alpha à 5%, il nous fallait inclure au minimum 900 sujets par site, pour atteindre le niveau de précision nécessaire au moment de l'analyse.

---

<sup>c</sup> L'enquête CREDES a utilisé le MINI en auto-questionnaire, dans le cadre de l'enquête Santé et protection sociale 1996-1997.

**TABLEAU 2 : LES ENQUETES SANTE MENTALE EN POPULATION GENERALE EN FRANCE**

TITRE ENQUETE	Anxiété et dépression en pop générale		Santé des franciliens	DEPRES	Santé des bas-normands	Enquête santé et protection sociale
TYPE ENQUETE	Locale (1 ville région parisienne)		Régionale (Ile de France)	Européenne et Nationale pour la France	Régionale (Basse Normandie)	Nationale
DATE	1987		1991	1995	1997	1996-1997
AUTEURS	Lépine, Lelouch		Kovess, Poincard, Gysens	Lépine, Gastpar, Mendlewicz, Tylee	Kovess	CREDES : Le Pape, Lecomte
INSTRUMENT	CIDI (anx et dép)		CIDIS	MINI (dépression)	CIDIS	MINI (dépression)
CLASSIFICATION	DSM III-R		DSM III-R	DSM IV	DSM IV	CIM 10
TYPE ENQUETEURS	Psychologues cliniciens		Non cliniciens	Non cliniciens	Non cliniciens	Auto-administré
NOMBRE DE SUJETS	1746		2260	15000	1445	10000
PERIODE DX	Un an		Six mois	Six mois	n.a.	Actuel
	H	F				
DEPRESSION MAJEURE*	3,4	6	3,1	9,1	6,9	12
PHOBIES	7,9	16	2	1,4	-	-
PANIQUE	0,5	1,9	0,4	0,4	-	-
ANX GEN.	3,7	6,6	2,8	n.a.	-	-

\* sauf enquête CREDES (épisode dépressif)

## B. TIRAGE DE L'ÉCHANTILLON

**Aux Comores, à Maurice, en Guadeloupe et à la Réunion**, l'enquête s'est déroulée sur l'ensemble du territoire insulaire. A **Madagascar**, dont le territoire est plus vaste que celui des autres îles, un site représentant les hauts plateaux (la région de Antananarivo) et un site représentant la côte (la région de Mahajanga) ont participé à l'enquête.

**Pour les sites métropolitains**, la zone géographique choisie pour le tirage de l'échantillon était celle délimitée par les **secteurs psychiatriques** impliqués dans l'enquête. Plusieurs raisons justifient ce choix : l'offre de soins varie beaucoup d'une région à l'autre et, à l'intérieur d'une même région, d'un secteur à l'autre ; les membres des équipes de secteur psychiatrique sont très engagés dans le suivi et la réalisation de l'enquête, ils participent en partie au recueil de données, un des objectifs de l'enquête est que les équipes appréhendent mieux les problèmes spécifiques à la population qu'elles peuvent être amenées à traiter ; les données de description de l'offre de soins sont disponibles par secteur et permettent une comparaison inter-secteur.

**Afin de constituer un échantillon représentatif de la population de la zone géographique concernée, nous avons choisi des méthodes d'échantillonnage adaptées aux contraintes de terrain.**

**A Madagascar, aux Comores et à Maurice**, l'échantillon a été constitué par un **sondage en grappe à deux degrés**. Cette méthode a été validée dans de précédentes enquêtes (enquête Démographie - Santé aux Comores<sup>86</sup>, à Madagascar<sup>87</sup> et à Maurice<sup>88</sup>). Il s'agit de constituer des zones géographiques de dénombrement, puis de tirer au sort 'n' zones, puis 'n' ménages dans ces zones. Les enquêteurs se rendent ensuite sur place pour interroger une personne du ménage, choisie au hasard.

**Dans les sites français**, la méthode du sondage en grappe à deux degrés n'était pas adaptée, pour des raisons de faisabilité et de coût. En conséquence nous avons utilisé la **méthode des quotas**<sup>89</sup>. Cette méthode consiste à **construire un échantillon qui soit un modèle réduit de la population étudiée**. Le principe de la méthode est de choisir quelques caractéristiques dont on connaît la distribution dans la population étudiée et de donner à chaque enquêteur un **plan de travail** qui lui impose le respect des différentes proportions. En conséquence :

- La composition communale de chaque secteur psychiatrique a été communiquée **aux services statistiques des délégations régionales de l'INSEE**, qui ont été sollicités pour calculer les quotas de chaque site.
- Les quotas ainsi réalisés sont basés sur la structure de la population de ces zones issue du recensement de la population de 1990, selon les caractéristiques suivantes : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle (CSP) des individus.
- Au niveau de chacun des sites, l'échantillon est représentatif de la population par rapport aux caractéristiques ci-dessus énumérées.
- Chaque enquêteur dispose d'une feuille de quotas adaptée, qui lui impose le maintien de certaines proportions au sein de ses interviews.

- Les enquêteurs respectent, dans la mesure du possible, les précautions suivantes :
  - ✓ ne pas effectuer plus d'un entretien par rue
  - ✓ changer d'îlot ou de quartier après chaque sortie d'enquête
  - ✓ varier le moment de recherche des entretiens (journée, soirée, week-end)
- Afin de s'assurer que ces précautions étaient respectées, les enquêteurs rencontraient systématiquement en fin de journée les personnes chargées de l'encadrement de l'enquête (infirmiers, psychologues, médecins...) pour faire le point.

La méthode des quotas suppose également d'être attentif **aux caractéristiques des personnes qui refusent l'enquête**. Ainsi, les enquêteurs ont comptabilisé le nombre de refus et renseigné, dans la mesure du possible, l'âge, le sexe et la CSP des personnes, ainsi que la raison de leur refus.

## VII. PRE-ENQUETE (1995-1996)

### 1. OBJECTIFS DE LA PRE-ENQUETE

Il s'agissait essentiellement d'effectuer, dans chaque site, un travail préparatoire de motivation des équipes soignantes impliquées dans la recherche, de prise de contact avec les décideurs locaux, de définition d'une base de travail consensuelle entre la Métropole et l'Océan indien, de mise en place de la coordination multicentrique, de choix méthodologique et de test des instruments retenus.

Un travail bibliographique a été mené sur les données socio-démographiques existantes :

- Description des caractéristiques socio-démographiques des populations (âge, sexe, catégories socioprofessionnelles, lieu d'habitation, cultures de référence, etc.)<sup>90</sup>
- Description des structures familiales, des références religieuses et du système de santé (traditionnel et médico-psychologique)<sup>91</sup>.
- Travail bibliographique spécifique sur les représentations de la "folie" et du "fou" dans des cultures différentes<sup>92</sup>.

### 2. RESULTATS

Cette pré-enquête s'est terminée en 1996 par une réunion de coordination d'une durée de 4 jours, qui a permis de réaliser le programme suivant :

- Présentation de la méthodologie de l'enquête.
- Interventions d'anthropologues relatives au contexte socioculturel de l'étude.
- Présentation par chaque site de son secteur géographique (description - équipements - moyens techniques - attentes)

- Travail d'analyse des résultats de la passation du questionnaire de pré-enquête (questions ouvertes, cf. Tableau 1).
- Première élaboration en commun du questionnaire pilote, à affiner au regard des particularités locales de chaque site.
- Recommandations pour le travail de traduction, afin que le questionnaire puisse être entendu par les populations concernées.
- Formation de formateurs pour la passation du MINI.
- Mise au point du calendrier de recherche et des modalités pratiques de l'enquête pilote.

Cette réunion de coordination était articulée avec le congrès : "Santé mentale, santé publique : cinquante ans de départementalisation", organisé par l'APSMO<sup>d</sup>.

## VIII. ETUDE PILOTE

### 1. OBJECTIFS DE L'ETUDE PILOTE

L'enquête pilote avait pour but de **tester la méthodologie** d'enquête retenue et en particulier sa faisabilité générale, l'acceptabilité des questionnaires, la validité interne du questionnaire sur les représentations, le contenu de formation des enquêteurs et le mode d'organisation de chaque site.

### 2. MOYENS

Pour ce faire, les 3 questionnaires d'enquête ont été passés à **100 personnes dans chacun des 7 sites**, selon le schéma suivant :

- **Formation** d'enquêteurs à la passation des questionnaires (étudiants en sociologie, en psychologie et personnel soignant spécialisé ou non),
- **Supervision** des enquêteurs par un senior,
- **Recrutement** aléatoire des enquêtés dans des lieux publics (centres commerciaux, administrations, centres culturels, bibliothèques, jardins publics...) ou à leur domicile,
- **Pour chaque site** : 50% d'hommes et 50% de femmes entre 25 et 50 ans,
- **Recueil systématique des commentaires** spontanés des enquêteurs et enquêtés concernant l'acceptabilité et la compréhension des questionnaires,
- **Contrôle de la qualité** des questionnaires remplis, par le responsable d'enquête local
- **Saisie informatique** des réponses

---

<sup>d</sup> Association pour la promotion de la santé mentale dans l'Océan indien

- **Contrôle de la saisie** (en ressaisissant un questionnaire tiré au sort sur dix)
- Rédaction dans chaque site d'un **rapport sur l'étude pilote**.
- **Analyse globale et site par site** des données, au DIRM<sup>e</sup> de l'EPSM Lille Métropole, sous le logiciel SPSS.

### 3. RESULTATS

L'enquête pilote s'est déroulée correctement dans les 7 sites ; 748 questionnaires ont été recueillis. La synthèse de l'enquête pilote a été faite au cours d'une réunion de coordination internationale à Lille.

Cette deuxième réunion de coordination a été précédée d'un congrès organisé par l'ASEP<sup>a</sup> sur le thème : "**L'ethnopsychiatrie en questions**". L'état d'avancement de l'enquête y a été présenté par les participants internationaux, lors d'un atelier épidémiologique d'une demi-journée.

L'échantillon n'étant pas représentatif, il n'est pas possible d'en inférer de résultats ; l'objectif était essentiellement de tester la méthodologie<sup>93</sup>. Signalons tout de même les principaux axes de réflexion induits par l'enquête pilote et qui ont orienté notre travail d'ajustement des différents questionnaires :

- la place du **concept de dépression** dans le champ de la folie et de la maladie mentale
- le rôle de la  **croyance religieuse** dans les représentations sur la maladie mentale et la folie
- le rôle des **recours religieux et magico-religieux**, parallèlement aux soins médicaux

La  **méthodologie de l'enquête principale** a été révisée, adaptée et finalisée à la lumière des résultats de l'enquête pilote (validation des modalités d'échantillonnage, mise au point d'une méthodologie commune de traduction des questionnaires, renforcement du programme de formation des enquêteurs).

**Le questionnaire sur les représentations** a été modifié, à partir de l'analyse qualitative des commentaires enquêteurs/enquêtés, de l'analyse des qualités psychométriques de l'instrument pilote et des commentaires des experts. La structure du questionnaire a été validée et la formulation des questions révisée. Des questions ouvertes (réponse libre) ont été rajoutées en début et fin de questionnaire, et des questions semi-ouvertes (précodage) en alternance avec des questions fermées.

Les modalités d'évaluation **de la fiabilité** des résultats recueillis par des **enquêteurs non cliniciens** ont été définies. Ainsi, pour réduire les biais induits par le recours à des enquêteurs non cliniciens, nous avons développé une  **méthodologie complémentaire** consistant d'une part, à explorer pour chaque trouble coté positif, les conséquences psychosociales (relations sociales et familiales, travail, activités quotidiennes) et le recours aux soins ou à toute forme d'aide (médecine occidentale, médecine douce, pratiques religieuses ou magico-religieuses...), d'autre part, à faire valider le MINI par un clinicien, à la fin de chaque journée de recueil sur le terrain.

<sup>e</sup> Département d'Information et de Recherche Médicale

Afin de tester la fiabilité de cette méthodologie complémentaire développée empiriquement, nous avons comparé, pour un même sujet, l'évaluation diagnostique MINI faite par un enquêteur non-clinicien et validée par un clinicien avec l'évaluation diagnostique d'un autre clinicien. Le taux de concordance entre évaluation diagnostique MINI validée par un clinicien et évaluation diagnostique clinicien seul a été calculé grâce à la méthode des kappas. Les résultats complets seront exposés par ailleurs, mais on peut signaler que l'introduction du jugement clinique permet de réduire le nombre de faux positifs générés par le MINI.

## IX. PHASE PRINCIPALE

Ce travail de pré-enquête et d'enquête pilote effectué pendant 18 mois (oct. 96 - déc. 97) a permis :

- La **constitution d'équipes de recherche** efficaces (professionnels de santé et de santé mentale, statisticiens... )
- Une réelle **sensibilisation des partenaires** et élus locaux, régionaux et nationaux (importance de la notion de recherche-action)
- Une **collaboration**, régulièrement étoffée, des statisticiens (INSEE ), directeurs de la santé (DRASS), responsables d'écoles de formation (soins infirmiers, travailleurs sociaux, éducateurs...), chercheurs d'autres disciplines (droit, sociologie, anthropologie...)

Des partenariats se sont formalisés :

### Organisation Mondiale de la Santé

- L'**OMS Genève** a inscrit cette enquête au Programme 'Nations pour la santé mentale' dirigé par le Dr Benedetto SARACENO.
- Le **Centre Collaborateur OMS de Paris** assure la supervision méthodologique de l'enquête.
- Aux Comores, le **bureau local de l'OMS** a financé l'étude pilote et s'est engagé à financer la totalité de la phase principale et à apporter son soutien logistique.
- A Madagascar le **bureau local de l'OMS** s'est engagé à soutenir financièrement la phase principale.

### Secrétariat d'Etat français à la coopération

Les médecins en mission de coopération dans les 3 sites de l'Océan Indien concernés se sont investis très concrètement dans le travail. Sans leur participation, l'enquête aurait été impossible dans ces sites.

### Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère français de la santé (DREES)

Le Ministère de la santé s'est particulièrement impliqué dans l'enquête en assurant l'analyse de la totalité des données de la première phase d'enquête. Une personne de la DREES a été affectée à l'enquête et a rejoint le groupe de coordination. La DREES assure le financement de la coordination de la deuxième phase d'enquête permettant de constituer un échantillon français représentatif nationalement.

### **Les centres hospitaliers**

La recherche a été inscrite au programme d'établissement de l'EPSM Lille Métropole, l'EPS Léon Gregory à Thuir, l'EPS Paul Guiraud à Villejuif, le CHU St Jacques à Nantes, le CHS de St Paul de La Réunion, le CHS Edouard Toulouse et le CH de Montéran à St Claude en Guadeloupe.

### **La Faculté d'ethnologie de Lille I**

Participation active d'étudiants pour la phase pilote et de deux étudiants encadrants. Une étudiante en DEA de sociologie (sous la direction du Pr Richard Pottier) est associée étroitement à l'enquête, dont elle a fait son terrain de stage (Ile Maurice).

### **La Faculté d'anthropologie d'Aix-Marseille (Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie)**

Le Pr Jean Benoist a rejoint le comité scientifique de l'enquête et a proposé d'associer des étudiants de thèse sur un travail anthropologique qualitatif, complémentaire à l'approche quantitative proposée par l'enquête. Ce travail a eu lieu en Guadeloupe pendant la phase principale d'enquête<sup>94</sup>.

### **L'Université McGill (Montréal)**

Le Pr Gilles Bibeau a apporté son soutien épistémologique et méthodologique à l'enquête en proposant des articulations avec le programme de coopération internationale en santé mentale qu'il coordonne (Programme INECOM<sup>95</sup>).

De façon complémentaire, se sont développés des échanges entre les sites :

### **Les regroupements de l'ensemble des acteurs**

- à la Réunion en décembre 1996 en marge du congrès " 50 ans de départementalisation à la Réunion "
- à Lille en janvier 1998 en marge du congrès "L'ethnopsychiatrie en questions"
- à la Réunion, en mai 1998, en marge du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française.

### **Les actions spéciales :**

- conférences sur la santé mentale à Madagascar à Lille, Nantes et Paris.
- visites des structures de psychiatrie à Madagascar, La Réunion, l'Ile Maurice, Lille, Nantes.
- des formateurs méthodologistes ont participé à l'enquête pilote à Madagascar en juillet 97, à l'Ile Maurice en novembre 97, aux Comores en octobre 97 ; ils ont été détachés sur Lille, Nantes et Evry ; sur la Réunion, des réunions de mise en commun ont été effectuées, entre la coordination internationale et les acteurs de terrain.
- les échanges d'infirmiers, psychologues et médecins ainsi qu'ethnologues ont eu lieu lors de la mise en place de l'enquête.
- un médecin généraliste malgache a été reçu en stage pendant 6 mois à l'EPSM Lille Métropole.

- des étudiants infirmiers réunionnais à l'EPSM Lille Métropole en juillet 1998.
- un psychiatre malgache a été en stage en 2000-2001 à Lille.
- des rencontres et sensibilisations des ministres et décideurs du pays ont été réalisées à Madagascar (octobre 1996, novembre 1998), Maurice (juin 1997) et aux Comores (octobre 1997, novembre 1998).

La **phase principale de recueil des données** s'est déroulée de septembre 1998 à décembre 1999, dans les sites suivants : Comores (île de la Grande Comore), Madagascar (Antananarivo, Mahajanga), Ile Maurice, France (Nantes, Nord de Marseille, Sud des Hauts de Seine, La Réunion, La Guadeloupe, Lille, Pyrénées Orientales, Tourcoing et Vallée de la Lys). Dans chaque site environ 900 questionnaires ont été recueillis. La deuxième partie de ce rapport présente l'analyse complète des données globales.

## X. ANALYSE DES DONNEES

Le DIRM de l'EPSM Lille-Métropole a fourni à chaque site le masque de saisie des données sous Epi-Info, accompagné d'un guide de codage pour tous les questionnaires. Les questionnaires ont été contrôlés et saisis en double saisie par les sites eux-mêmes et les données envoyées au DIRM pour vérification. Les analyses préliminaires ont été faites sous le logiciel SPSS.

L'analyse des réponses libres aux questions ouvertes a été réalisée grâce au logiciel ALCESTE<sup>96-97</sup>.

L'analyse des données globales est réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère français de la santé, grâce au logiciel SAS.

## DEUXIEME PARTIE : RESULTATS

### XI. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

**TABLEAU 3 : NOMBRE DE SUJETS INTERROGES PAR SITE**

Site	Représentativité du site	Nombre de questionnaires recueillis
Grandes Comores (Comores)	Les Comores	918
Antananarivo (Madagascar)	La province d'Antananarivo	899
Mahajanga (Madagascar)	La province de Mahajanga	900
Ile Maurice	L'île	899
Ile de la Guadeloupe (DOM)	Guadeloupe + Les saintes + Marie Galante	855
Ile de la Réunion (DOM)	L'île	909
Marseille (France)	Les quartiers Nord de Marseille	893
Pyrénées Orientales (France)	Le département	885
Nantes (France)	La ville de Nantes	413
Sud des Hauts de Seine (France)	Meudon, Chaville, Malakoff et Montrouge	900
Vallée de la Lys (France)	Armentières, Nieppe, Houplines Bondues, Bousbecque, Comines, Deulemont, Halluin, Linselles, Quesnoy sur Deule, Roncq, Warneton et Wervicq sud	902
Lille-Hellemmes (France)	Hellemmes, Faches-Thuménil, Ronchin, Lesquin Mons en Baroeul et Lezennes	608
Tourcoing (France)	La ville de Tourcoing	901
<b>TOTAL</b>		<b>10.882</b>

Selon les cas, un site peut représenter l'étendue géographique d'un secteur de psychiatrie (en France métropolitaine, par exemple), une région géographique déterminée (la région d'Antananarivo, la ville de Nantes, le département des Pyrénées orientales, par exemple) ou un territoire insulaire (Maurice, Guadeloupe, Comores).

**Quatorze sites** ont réalisé l'enquête :

- Douze sites ont recueilli entre 855 et 918 questionnaires.
- Le site d'**Hellemmes** n'en compte que 608, suite à la défection d'une équipe de recherche prévue au CHRU de Lille.
- Le site de **Nantes** n'en totalise que 413, par manque de ressources locales (CHU St Jacques) pour constituer l'échantillon complet.
- A noter que le site d'**Evry**, n'a pu mener l'enquête à terme, du fait de problèmes institutionnels.

**Au total**, 10.882 personnes ont accepté de participer à l'enquête et ont répondu complètement aux trois questionnaires.

## 1. L'ANALYSE DES REFUS

L'**analyse des refus** nous permet de savoir si les non-répondants présentent des particularités par rapport aux répondants. La méthodologie d'enquête prévoyait le recueil d'un certain nombre de caractéristiques pour décrire les non-répondants (sexe, âge, CSP et motif du refus) au moyen d'une feuille de refus, à remplir au fur et à mesure pour toute personne refusant l'enquête, après explications données par l'enquêteur.

Le tableau 4 nous donne quelques renseignements par rapport au taux de refus.

- Pour certains sites, toutes les feuilles de refus sont manquantes (elles n'ont pas été remplies par les enquêteurs ou non collectées par les encadrants ou non transmises à la coordination internationale pour saisie). C'est le cas des sites des **Comores**, de **Mahajangha**, d'**Antananarivo**, **Lille-Hellemmes** et **Nantes**. Nous ne pouvons que le déplorer.
- L'analyse sur les données disponibles nous montre que 13% (59/322) des enquêteurs ont rendu des feuilles de refus. Le pourcentage de refus recensé par site varie de 0,1 à 10%.
- Les raisons invoquées pour refuser sont essentiellement le manque de temps (44%). Les refus liés au thème de l'enquête (la santé mentale) sont peu fréquents (4% des refus)

La deuxième phase de recueil de données met particulièrement l'accent, au moment de la formation des enquêteurs et des encadrants, sur la nécessité impérieuse de remplir correctement les feuilles de refus. D'autre part, un comptage des personnes " approchées " est également réalisé (personne abordée mais refusant tout de suite). La question des refus demeure toutefois assez paradoxale dans ce genre d'enquête. En effet, nous tentons de recueillir l'avis de personnes sur un sujet fortement marqué de tabous, de peurs (c'est le sujet même de l'enquête) et nombre de refus peuvent être imputés au manque de temps alors qu'il s'agit d'un refus lié au thème même de l'enquête (" Une enquête sur la santé mentale ? Mais je ne suis pas fou ! ").

**TABLEAU 4 : RECAPITULATIF FEUILLES DE REFUS**

SITES	Nombre de quest. recueillis	Nombre d'enquêteurs	Nombre d'enquêteurs ayant rencontré des refus	Pourcentage d'enquêteurs ayant rencontré des refus	Nombre de refus par site	Pourcentage de refus par site	MOTIFS DE REFUS					
							Manque de temps	Refuse toute enquête	Refus Santé Mentale	Pas d'intérêt	Pas d'explication	Arrêt en cours de passation
Comores	918	11	NA	NA	NA	NA	-	-	-	-	-	-
Antananarivo	899	30	NA	NA	NA	NA	-	-	-	-	-	-
Mahajanga	900	30	NA	NA	NA	NA	-	-	-	-	-	-
Maurice	899	20	NA	NA	50	5,3%	-	-	-	-	-	-
Réunion	909	37	18	49%	81	8%	29	20	6	15	19	4
Guadeloupe	855	27	6	22%	9	1%	4	1	-	1	-	5
Marseille	893	61	4	6,6%	10	1%	3	-	-	1	2	4
Pyrénées-orientales	885	63	9	14%	26	2,8%	15	6	3	2	2	1
Nantes	413	17	NA	NA	NA	NA	-	-	-	-	-	-
Sud hauts de Seine	900	19	4	21%	4	0,4%	2	1	-	-	-	1
Vallée de la Lys	902	32	17	53%	110	10%	76	11	3	5	12	4
Lille-Hellemmes	608	49	NA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tourcoing	901	63	1	1,5%	1	0,1%	-	-	-	-	-	1
<b>TOTAL exploitable</b>	<b>7 144</b>	<b>322</b>	<b>59</b>	<b>13%</b>	<b>291</b>	<b>0,1-10%</b>	<b>129</b>	<b>39</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>35</b>	<b>20</b>
<b>TOTAUX GENERAUX</b>	<b>10 882</b>	<b>459</b>										

2. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

**TABLEAU 5 : CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON**

	Sexe		Age moyen	Marié ou Concubin	Bac et +	A un emploi	Revenu mensuel familial <5.500ff
	H	F					
<b>Comores</b>	52	48	33,3	55%	7%	52%	-*
<b>Antananarivo</b>	50	50	37,5	72%	18%	80%	-*
<b>Mahajanga</b>	50	50	35,6	69%	12%	77%	-*
<b>Maurice</b>	50	50	37,9	63%	20%	53%	-*
<b>Réunion</b>	48	52	39,6	62%	38%	35%	43%
<b>Guadeloupe</b>	47	53	40,8	44%	50%	56%	34%
<b>Marseille</b>	48	52	44,6	54%	46%	48%	20%
<b>Pyrénées Orientales</b>	46	54	49,3	60%	45%	48%	18%
<b>Nantes</b>	50	50	41,9	50%	64%	59%	23%
<b>Sud hauts de Seine</b>	93	107	45	56%	64,5%	71%	9,5%
<b>Vallée de la Lys</b>	48	52	44,7	62%	42%	62%	18%
<b>Lille-Hellemmes</b>	49	51	42,2	52%	61%	57%	17%
<b>Tourcoing</b>	47	53	42,4	49%	50%	56%	23%

**TABLEAU 5 (suite): CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON**

	<b>Croyant</b>	<b>Dont pratiquant</b>	<b>A changé de pays</b>	<b>A fait une psychothérapie</b>	<b>A pris des médicaments pour les nerfs</b>	<b>Est déjà entré dans un hôpital psychiatrique</b>
<b>Comores</b>	100%	99%	1%	0%	6%	4%
<b>Antananarivo</b>	97%	67%	0%	1%	12%	9%
<b>Mahajanga</b>	87%	67%	0%	3%	9%	20%
<b>Maurice</b>	98%	96%	0,5%	5%	10%	37%
<b>Réunion</b>	80%	51%	8%	8%	27%	36%
<b>Guadeloupe</b>	90%	57%	7%	6%	26%	38%
<b>Marseille</b>	66%	24%	10%	11%	35%	36%
<b>Pyrénées Orientales</b>	55%	20%	6%	5%	32%	35%
<b>Nantes</b>	61%	22%	2%	11%	34%	43%
<b>Sud hauts de Seine</b>	60%	29,5%	9%	14,5%	35,5%	39,5%
<b>Vallée de la Lys</b>	72%	28%	3%	8%	36%	47%
<b>Lille-Hellemmes</b>	60%	28%	6%	11%	39%	44%
<b>Tourcoing</b>	65%	25%	4%	8,5%	34%	36%

**TABLEAU 6 : CARACTERISTIQUES DES SITES**

	Superficie <sup>1</sup>	Population <sup>2</sup>	Taux de natalité	Taux de mortalité	Espérance de vie à la naissance		PNB / habitant	PIB p.p.a. 1998
	(en milliers de km <sup>2</sup> )	(en millions)	(pour 1000 habitants)	(pour 1000 habitants)	hommes	femmes	(en dollars US)	(en milliards de dollars 1990)
<b>Comores</b>	2	0,56	38	10	57	62	400	
<b>Madagascar</b>	587	14,4	44	14	51	53	250	11,3
<b>Maurice</b>	2	1,17	17	7	66	74	3 870	16,5
<b>Réunion</b>	2,5	0,71	20	5	70	79		6,4
<b>Guadeloupe</b>	1,7	0,44	17	6	73	80		5,4
<b>Martinique</b>	1,1	0,4	15	6	75	82		5
<b>France (métropolitaine)</b>	552	59,1	12	9	74	82	26 300	1 133,2

<sup>1</sup> Il s'agit ici de la "superficie des terres", soit la "superficie totale" moins les "eaux intérieures", c'est-à-dire les principaux cours d'eau et les lacs

<sup>2</sup> Estimations fondées sur un recensement récent, sur des données nationales officielles ou sur des projections de l'ONU, du Bureau of the census, etc.

## A. SEXE

- La répartition homme/femme est équilibrée à **Maurice**, Madagascar et sur le site de **Nantes**. Elle est légèrement déséquilibrée en faveur des hommes aux **Comores** et en faveur des femmes dans les sites français métropolitains et d'outre-mer. Les pays occidentaux montrent une espérance de vie plus importante pour les femmes que pour les hommes.

## B. ÂGE

- L'âge moyen est plus élevé dans les sites de France métropolitaine (de 41,9 à **Nantes** à 49,3 dans les **Pyrénées Orientales**) que dans les DOM (39,6 à La **Réunion** et 40,8 à la **Guadeloupe**) et que dans les sites de l'Océan indien (**Maurice** 37,9, Madagascar 35,5 et **Comores** 33,3).
- On retrouve les classiques différences d'espérance de vie entre les pays en voie de développement et les pays industrialisés.

## C. NIVEAU DE SCOLARITÉ

QUEL NIVEAU D'ETUDE AVEZ-VOUS ATTEINT ? ..... cf. ANNEXE

Concernant le niveau de scolarité des personnes qui ont participé à l'enquête, on retrouve le même gradient entre les différents sites que pour l'âge.

- Ainsi, 43% des personnes interrogées aux **Comores** non jamais été scolarisées. Il en est de même pour 11,25% des personnes interrogées à **Mahajanga**, 5% à **Antananarivo**, 4,2% à la **Réunion** et 3,7% à **Maurice**.
- En France métropolitaine, cette proportion varie de 2,5% à **Marseille** à 0,24% dans le site du **Sud des Hauts de Seine**.
- Le taux de personnes interrogées ayant un niveau d'études supérieures s'étale de 2% aux **Comores** à 42% au **Sud des Hauts de Seine**.

## D. NIVEAU D'ACTIVITÉ

AVEZ VOUS UN EMPLOI ACTUELLEMENT ? ..... CF. ANNEXE

SI OUI, QUEL EST VOTRE EMPLOI ? SI NON, QUELLE EST VOTRE SITUATION ? ..... CF. ANNEXE

Sont comptabilisées ici les personnes ayant une activité professionnelle au moment de l'enquête. Il est nécessaire de noter que pour des raisons méthodologiques les chômeurs ne sont pas considérés comme des actifs. Ils appartiennent donc à la même catégorie que les retraités, les étudiants et les personnes au foyer.

Concernant le niveau d'activité des personnes interrogées, il existe des différences importantes entre les sites enquêtés.

- Agriculteurs et artisans représentent 60% des actifs à Madagascar, 30% aux **Comores**.
- Les cadres et les professions intermédiaires sont fortement représentés (30%) sur le site du **Sud des Hauts de Seine**.
- Les ouvriers sont présents à 25% sur le site de la **Vallée de la Lys** et à 27% sur le site de **Maurice**.
- Le nombre de chômeurs en **Guadeloupe** est à discuter dans la mesure où beaucoup d'insulaires touchent le RMI et travaillent illégalement ("les djobeurs").

- Les retraités sont majoritaires (28,4%) dans les **Pyrénées Orientales**. Ils sont quasiment absents dans les sites de l'Océan Indien (où il n'y a pas de retraite).

## E. SITUATION FAMILIALE

QUELLE EST VOTRE SITUATION FAMILIALE ? .....CF. ANNEXE

- Sur l'ensemble des sites, un peu plus d'une personne sur deux vit maritalement (mariage ou concubinage) avec deux extrêmes :
  - ✓ à Madagascar, 70% des personnes interrogées sont mariées ou concubines.
  - ✓ en **Guadeloupe** 44% sont dans cette situation. Ce taux plus faible peut s'expliquer par une pratique courante dite de "concubinage de nuit".
- Chez les personnes interrogées, le taux de célibataires est compris entre 18 et 38%. Il est corrélé, sur la majorité des sites, au taux des 18-29 ans, à l'exception de la **Guadeloupe** (43%) et de Madagascar (**Antananarivo** 19,24%), ce qui est cohérent avec les données précédentes.
- Le taux de personnes séparées ou divorcées se situe entre 5 et 9%, à l'exception de :
  - ✓ **Marseille** (11,5%) et **Sud des Hauts de Seine** (12,6%) d'une part,
  - ✓ **Maurice** (2,7%), d'autre part.
- Les veufs sont peu nombreux aux **Comores** et à Madagascar (+/- 1,5%). Ils le sont un peu plus dans les DOM (+/-5%) alors que ce taux atteint 7 à 15% dans les sites métropolitains. Ceci est à mettre en relation avec l'espérance de vie et le différentiel de taux de mortalité homme/femme.

## F. NIVEAU DE VIE (DISPONIBLE SEULEMENT POUR LES SITES FRANÇAIS)

QUEL EST, A PEU PRES, VOTRE REVENU FAMILIAL MENSUEL (RFM)? .....CF. ANNEXE

Le RFM pour les sites des **Comores**, de Madagascar et de **Maurice** est particulièrement difficile à calculer du fait que les personnes interrogées déclarent comme RFM la somme de tous les revenus de la famille, celle-ci atteignant parfois 10 membres. La comparaison avec les autres sites n'est pour le moment pas pertinente.

Le niveau de vie est très variable en fonction des sites :

- Il est faible dans les DOM où 42% des personnes interrogées déclarent un revenu familial mensuel (RFM) inférieur à 5.500 FF.
- 60 à 65% des personnes interrogées sur les sites métropolitains déclarent avoir un RFM entre 5.500 et 16.500 FF.
- Il est beaucoup plus élevé dans le **Sud des Hauts de Seine** où 25-42% des personnes ayant participé à l'enquête déclarent un revenu familial mensuel supérieur à 16.500FF ce qui ne concerne que 13% à 17 % des participants pour les autres sites français.

## G. CROYANCE ET PRATIQUE RELIGIEUSE

ETES VOUS CROYANT(E) ? .....CF. ANNEXE

PRATIQUÉZ-VOUS ? .....CF. ANNEXE

- De 80% (**Réunion**) à 100% (**Comores**) des personnes interrogées se déclarent croyantes dans les sites de l'Océan Indien. Ce taux s'élève à 90% en **Guadeloupe**.
- Dans les sites métropolitains cette proportion baisse à 60%, sauf dans :
  - ✓ les **Pyrénées Orientales** où elle représente 55% des personnes interrogées,
  - ✓ la **Vallée de la Lys** où elle atteint 72%.
- Si la pratique religieuse reste importante aux **Comores**, à Madagascar et à **Maurice** (67% à 99%), à peu près 55% des personnes interrogées dans les DOM et environ un quart (20 à 30%) des personnes interrogées sur les sites métropolitains disent qu'elles sont pratiquantes.

## H. MIGRATION

AVEZ VOUS CHANGÉ DE PAYS ? .....CF. ANNEXE

- Dans les sites de **Guadeloupe**, de la **Réunion**, du **Sud des Hauts de Seine** et de **Marseille**, on remarque chez les personnes interrogées une forte proportion de migrants (respectivement 7, 8, 9 et 10%)
- En revanche, aux **Comores**, à Madagascar et à **Maurice**, la migration est quasiment nulle.
- En France une personne sur 4 est d'origine étrangère ou a un ascendant d'origine étrangère au premier degré (données nationales).

D'autres données se rapportant plus précisément à notre enquête qualifient également les répondants.

## I. CONSOMMATION DÉCLARÉE DE MÉDICAMENTS POUR LES NERFS

AVEZ-VOUS DÉJÀ PRIS UN MÉDICAMENT POUR LES NERFS, LA TÊTE (TRANQUILLISANTS, SOMNIFÈRES, ANTIDÉPRESSEURS, AUTRES...) ...CF. ANNEXE

SI OUI, POUR QUELS PROBLÈMES ? .....CF. ANNEXE

QUELS MÉDICAMENTS ? .....CF. ANNEXE

- En France métropolitaine, 32 à 40% des personnes interrogées déclarent avoir déjà pris un "médicament pour les nerfs" (*tranquillisants, somnifères, antidépresseurs, autres...*), 26% en **Guadeloupe** et à la **Réunion**.
- Ce taux est plus faible, dans les sites de l'Océan Indien :
  - ✓ autour de 10% à Madagascar et à **Maurice**,
  - ✓ 6% aux **Comores**.
- Dans plus de 80% des cas, les répondants expliquent avoir pris ces médicaments pour des "problèmes psychologiques".
- A **Maurice**, 11% des personnes interrogées disent avoir pris ces médicaments pour des problèmes d'addiction (alcool ou drogues).
- Ces médicaments étaient essentiellement des anxiolytiques :
  - ✓ dans 30% des cas pour les sites de l'Océan indien (**Comores, Réunion, Madagascar**),
  - ✓ entre 43% (**Lille-Hellemmes**) et 56% (**Guadeloupe**) pour les sites français (métropole et DOM).
- Les anxiolytiques sont suivis, dans les sites métropolitains, par les antidépresseurs :
  - ✓ de 14,7% dans les **Pyrénées Orientales** à 29% à **Nantes**,
- Dans les sites de l'Océan Indien et en **Guadeloupe**, les anxiolytiques sont suivis par les hypnotiques :
  - ✓ de 15% à la **Réunion** à 25% aux **Comores**, sauf à **Antananarivo** où les anti-épileptiques arrivent en second.
- Les remèdes traditionnels et l'homéopathie sont cités de manière marginale. Ce qui est normal dans la mesure où on ne répondra pas en termes de "remèdes traditionnels" à une question sur les "médicaments", qui sont plutôt associés au domaine biomédical.

## J. PSYCHOTHÉRAPIE

AVEZ-VOUS DÉJÀ SUIVI UNE PSYCHOTHÉRAPIE ? .....CF. ANNEXE

- Dans les sites français, 5 à 13% des personnes interrogées déclarent avoir déjà suivi une "psychothérapie". Il s'agit ici évidemment de ce que les personnes interrogées considèrent être une psychothérapie. Aucune définition de la psychothérapie n'était proposée par les enquêteurs.
- 5,3% des habitants de **Maurice** qui ont répondu aux questionnaires indiquent avoir déjà suivi une "psychothérapie".
- Moins de 3% des personnes interrogées à Madagascar et aux **Comores** répondent positivement à cette question.

## K. CONNAISSANCE PERSONNELLE DES STRUCTURES D'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE

ETES-VOUS DÉJÀ ENTRÉ DANS UN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE OU UN SERVICE DE PSYCHIATRIE ? .....CF. ANNEXE

- Dans tous les sites français et à **Maurice**, plus du tiers des personnes interrogées déclarent être déjà entrées dans un hôpital ou un service de psychiatrie.
- Aux **Comores**, où aucune structure psychiatrique n'existe sur le territoire, ce taux chute à 4%.
- A Madagascar, où le nombre de structures est réduit (un seul hôpital psychiatrique dans la région d'**Antananarivo**), le nombre de participants qui déclarent être déjà entré dans un hôpital psychiatrique ou un service de psychiatrie atteint 8% à **Mahajanga** et 20% à **Antananarivo**.

## XII. SYNTHÈSE DES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON.

### 1. CRITÈRES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Dans ces pays que tout sépare tant en terme de mortalité, d'espérance de vie, de vie, de niveau de vie, de médicalisation, les différences sont bien sûr significatives entre sites.

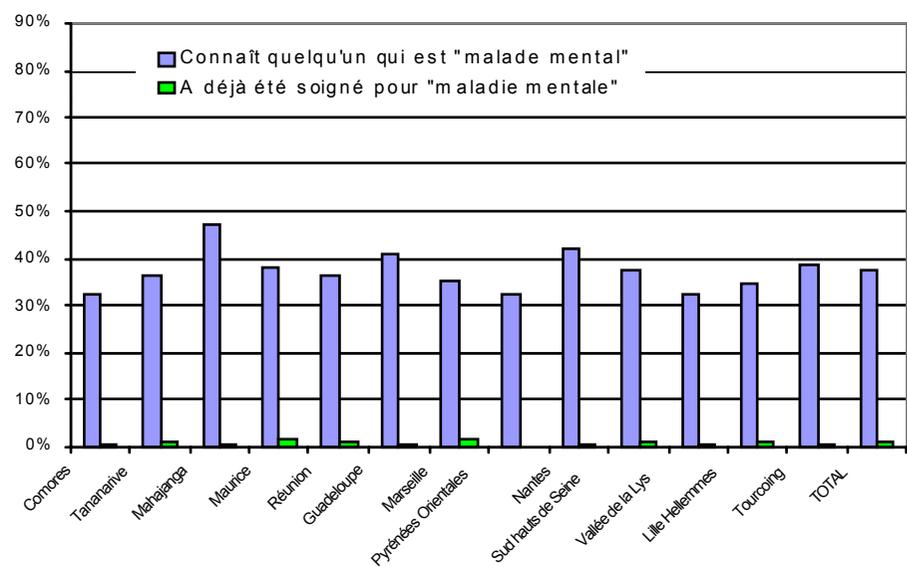
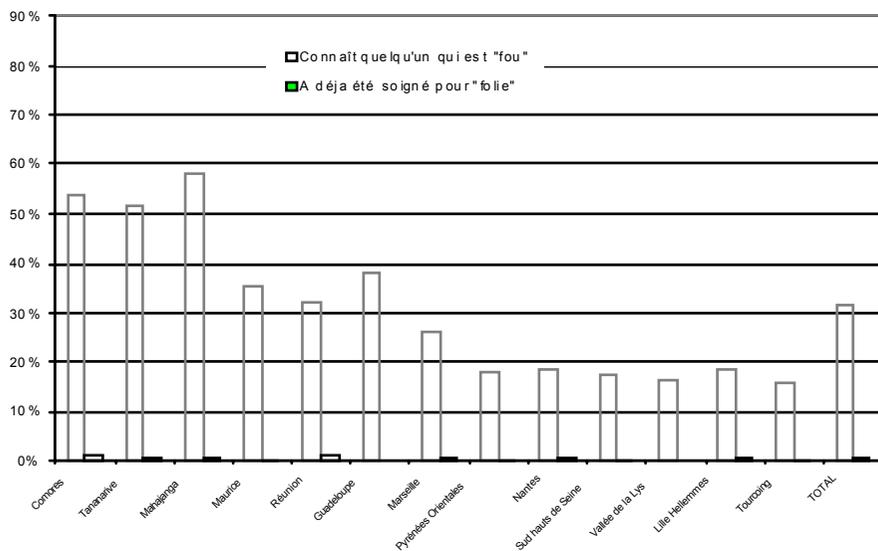
- Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses en France et dans les DOM, à égalité avec les hommes dans les pays de l'Océan Indien, proportionnellement moins nombreuses aux **Comores**.
- L'âge moyen, montre une gradation de l'Océan Indien vers la France, en toute logique avec les variations de l'espérance de vie.
- Le taux de personnes mariées ou en concubinage est élevé à Madagascar, important à **Maurice** et à la **Réunion**.
- Le niveau d'éducation est directement corrélé avec le niveau social et la présence des facultés.
- Les situations de l'emploi sont très différentes suivant les pays. A Madagascar, beaucoup de personnes travaillent, sans limite d'âge car il n'y a pas de retraite. Dans le **Sud des Hauts de Seine** il y a peu de chômage, plus dans les **Pyrénées Orientales**, en **Guadeloupe** et à la **Réunion**.
- Le revenu familial rime avec emploi et niveau d'éducation.
- La croyance en une religion et sa pratique sont réellement plus fortes dans l'Océan Indien, moins dans les DOM et encore moins en France métropolitaine. Le fait d'être croyant est quand même majoritaire.
- Les personnes ayant changé de pays sont nombreuses à **Marseille** et dans le **Sud des Hauts de Seine**, moins à la **Réunion** et en **Guadeloupe**, très faibles dans les pays de l'Océan Indien (nous n'avons pas évalué l'émigration).
- Le fait d'avoir déjà fait une "psychothérapie" ou pris des "médicaments pour les nerfs", de même que le fait d'être déjà entré dans un hôpital psychiatrique sont inversement proportionnels à la croyance et au fait d'être pratiquant, mais aussi au niveau de vie des pays et à l'offre de soins et de structures.
- Enfin l'hôpital psychiatrique est "populaire" et connu universellement, même là où il n'y a pas ou peu de psychiatres.
- On sera étonné aussi du fait que tous les interrogés aient une opinion concernant la santé mentale et on le comprend aisément en prenant connaissance des tableaux suivants. Nous croiserons par la suite les caractéristiques socio-démographiques, les représentations et les troubles trouvés au MINI, afin d'appréhender leur mutuelle interférence.

## 2 PREMIERES INDICATIONS SUR LES REPRESENTATIONS

- Ce sont des populations qui ont une certaine connaissance empirique des troubles mentaux et qui se sentent concernées par le sujet, à un titre ou à un autre (cf. consommation déclarée de "médicaments pour les nerfs" ou de soins pour raisons psychologiques).
- **Si parmi les participants personne ne se considère " fou "**, ils sont 56 à 58% aux **Comores** et à Madagascar à connaître un "fou" dans leur entourage. C'est la figure la plus communément décrite aux **Comores** et à Madagascar, bien avant le "malade mental" ou le "dépressif". C'est également le cas pour 32 à 38% à des répondants à **Maurice** et dans les DOM ainsi que pour 25 à 29% des personnes interrogées en France métropolitaine. *On peut donc dire qu'il existe un gradient de personnes qui connaissent un «fou», de l'Océan indien vers les sites métropolitains. La plupart du temps il s'agit d'un proche (ami, famille plus que voisins ou collègues).*
- De même, parmi les répondants presque personne ne se déclare " malade mental " (de 0,25 à 1,7%). Cependant, en France métropolitaine et dans les DOM les personnes interrogées sont plus nombreuses (32 à 42%) à déclarer connaître un "malade mental" que celles déclarant connaître un "fou". A **Maurice** les personnes qui indiquent connaître un "malade mental" sont aussi nombreuses que celles qui déclarent connaître un "fou". En revanche, elles sont moins nombreuses (33 à 47%) aux **Comores** et à Madagascar. *Il s'agit un peu plus de voisins et de collègues, que dans le cas précédent (pour le " fou ").*
- Parmi les personnes qui constituent l'échantillon, déclarent avoir été soignés pour "dépression" :
  - ✓ 11 à 23% des sujets métropolitains
  - ✓ 8 à 11% des participants dans les DOM
  - ✓ moins de 4% des personnes interrogées dans les sites de l'Océan Indien.
- Les personnes interrogées sont plus nombreuses en France Métropolitaine et dans les DOM (respectivement 75-84% et 55-57%) à connaître une personne dépressive dans leur entourage, qu'un "fou" ou un "malade mental".

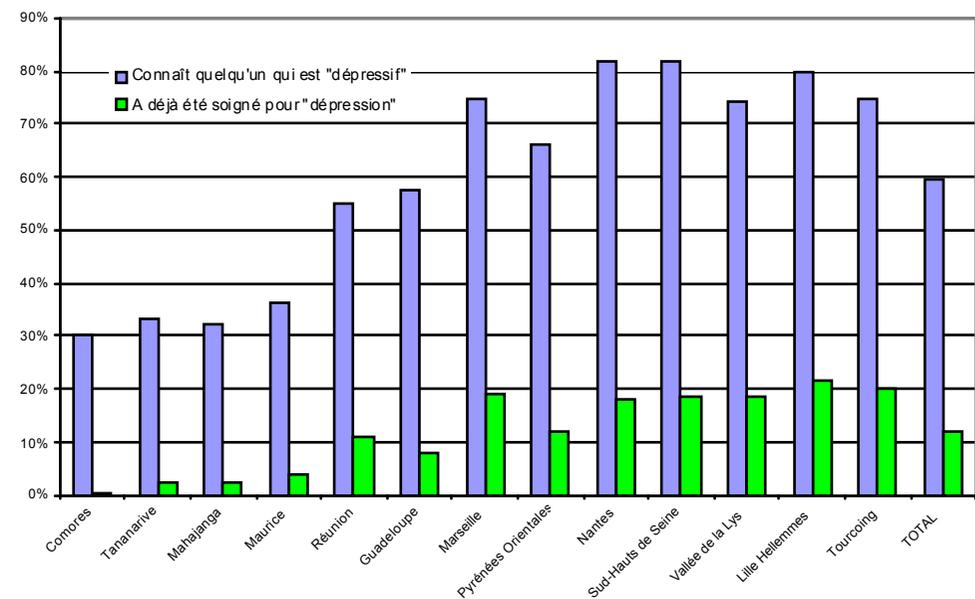
Cette proportion est inversée aux **Comores**, à Madagascar et à **Maurice**, où elles ne sont que 31 à 36% à connaître une personne dépressive. *Il s'agit avant tout de proches (famille, ami) et moins de voisins ou de collègues.*
- On le verra tout au long de cette enquête, les notions de "fou", de "malade mental" et de "dépressif" sont tout à fait analogues aux **Comores**. Les notions de "malade mental" et de "dépressif" sont peu connues à Madagascar. En France, il semble que la notion de "dépressif" vienne remplacer celle de "fou". La notion de "dépression" n'a pas encore envahi conceptuellement les sites de l'Océan Indien.

**On pourrait faire l'analyse suivante : plus on s'occidentalise, plus la "folie" devient "maladie mentale" (en rapport avec le développement du système de soins) et/ou "dépression", par intériorisation et "intimisation". Il est réellement impossible de se représenter soi-même comme "fou". Par contre, la médicalisation ("maladie mentale") et surtout l'intériorisation ("dépression") deviennent des concepts plus acceptables pour les populations, en particulier dans les sites occidentalisés.**

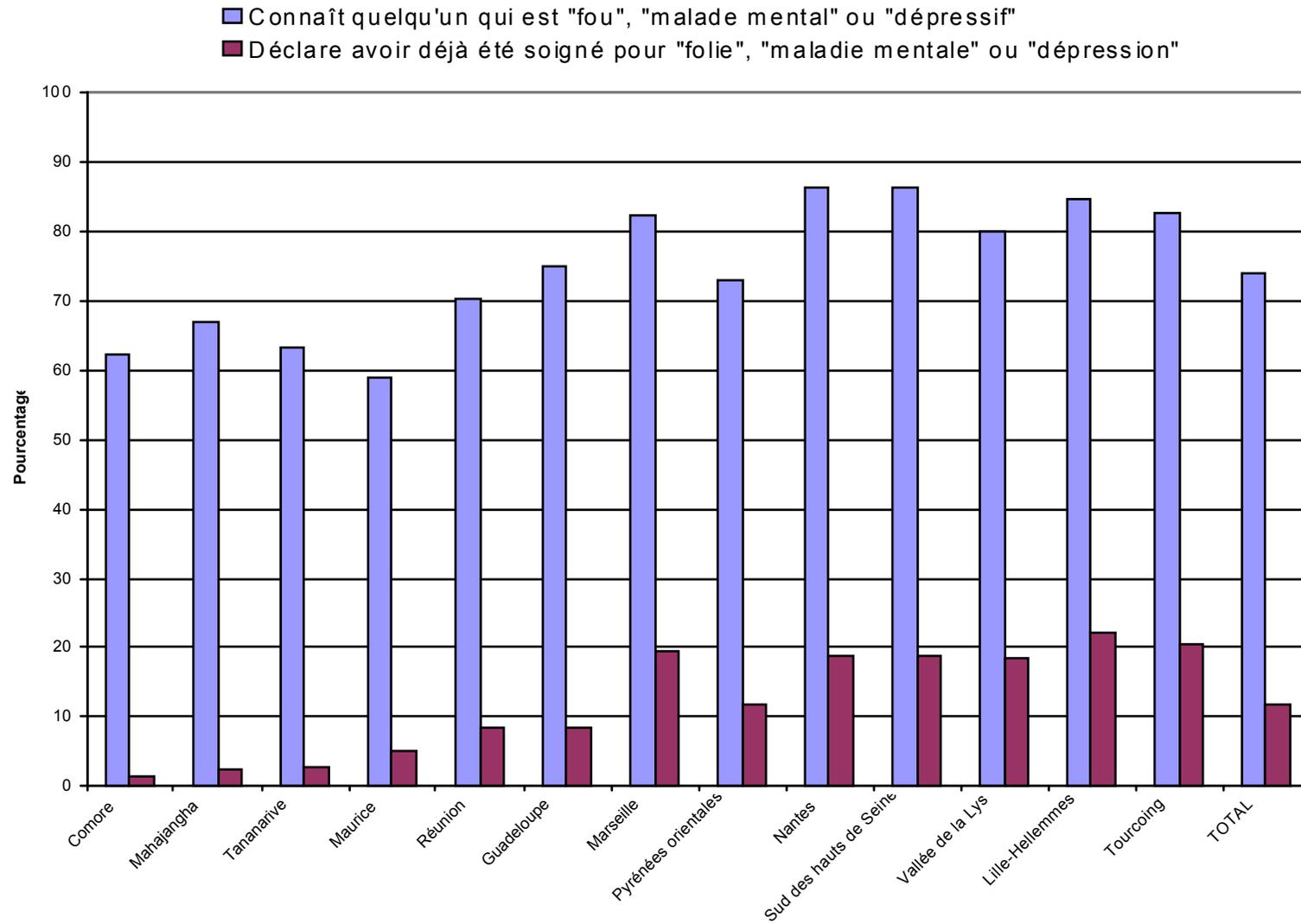


**GRAPHIQUES 1-2 - 3**  
**REPRESENTATION DE SOI ET DES AUTRES**

- ➔ La représentation de soi diffère de la représentation de l'autre
- ➔ Le concept de "folie" est plus opérant aux **Comores** et à Madagascar que dans les sites français
- ➔ Le concept de "dépression" est plus opérant dans les sites français que dans les pays de l'Océan Indien



**GRAPHIQUE 4 : REPRESENTATION DE SOI ET DES AUTRES - CUMUL**





### XIII. AXE SOCIO ANTHROPOLOGIQUE

#### 1. REPRESENTATIONS LIEES AU " FOU ", AU " MALADE MENTAL " ET AU " DEPRESSIF "<sup>1</sup>

##### A. PREMIERES IMPRESSIONS : ANALYSE DES QUESTIONS OUVERTES

- Trois questions ouvertes sont posées d'emblée en première intention, elles débutent le questionnaire et donnent une impression "brute" de la représentation. " Selon vous, qu'est-ce qu'un fou ? ", " Selon vous, qu'est-ce qu'un malade mental ? " et " Selon vous, qu'est-ce qu'un dépressif ? ". Afin d'éviter les effets de contamination systématique des réponses les unes sur les autres, (ex : " un malade mental ce n'est pas comme un fou "), l'ordre de passation des questions est déterminé aléatoirement, par le numéro d'identification du sujet (au total, six combinaisons sont possibles).
- Les réponses spontanées des enquêtés sont notées mot à mot par les enquêteurs. Ces réponses ont été analysées grâce au logiciel ALCESTE, qui permet un comptage des occurrences et une analyse de leur contexte d'apparition. Une des questions de départ de l'enquête était de savoir dans quelle mesure les représentations du " fou ", du " malade mental " et du " dépressif " sont différenciées, dans des contextes socioculturels et économiques différents. L'analyse de ces réponses spontanées apporte un éclairage sur la question.

##### a. Méthode d'analyse "ALCESTE"

- ALCESTE (Analyse lexicale par contexte de segment de texte) est un logiciel développé par une équipe du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) avec le soutien de l'Agence nationale pour la valorisation de la recherche (ANVAR). Il dégage des polarités dans l'usage des mots. Ces polarités sont prises comme autant de faits bruts sur lesquels appuyer l'interprétation. Le logiciel est habituellement utilisé pour l'analyse d'entretiens, de questions ouvertes, d'enquêtes socio-économiques, de recueils ou de textes divers. Cette technique est même employée par certains pour l'analyse du discours clinique.
- ALCESTE n'est pas un simple compteur de mots de vocabulaire. Il effectue un travail de regroupement des différents groupes thématiques. La création de classes thématiques par le logiciel ne reflète pas seulement une idée globale du thème abordé, mais elle permet aussi de dégager les différents axes thématiques sous lesquels sont abordées les questions posées. Ces axes sont ensuite corrélés aux groupes proposés ; dans notre cas il s'agit des sites d'enquête.
- Ce traitement informatique permet donc de montrer qu'il existe une certaine cohésion des représentations sociales dans certains sites donnés. Rappelons que chaque site n'est représentatif que pour lui-même, il n'existe pas de représentativité globale (en particulier pour les sites de France métropolitaine). Cette représentativité sera atteinte une fois la deuxième phase d'enquête réalisée.
- Le logiciel permet donc de démontrer à nouveau, le lien entre la culture et les représentations sociales. Nous verrons que le regroupement thématique suit d'abord un découpage culturel plus ou moins grossier.

<sup>1</sup> A chaque fois que des termes apparaissent entre guillemets dans le texte, ils réfèrent aux variables du questionnaire en tant que telles.

- L'analyse des données textuelles ou statistiques textuelles est la méthodologie qui vise à découvrir l'information essentielle contenue dans un texte. Elle est issue des travaux de J.P. Benzécri. L'analyse descendante hiérarchique telle qu'elle est effectuée dans ALCESTE, se base sur les travaux de Max Reinert. Nous ne possédons pas UN signifiant pour exprimer une idée. La communication n'est pas immédiate. C'est-à-dire que pour donner une information j'utilise une association de signifiants à travers un énoncé. Mais aucun n'atteint jamais son but réel. Il s'en approche de façon asymptotique. L'association de différentes informations entre elles forme le discours. Selon Reinert, ce dis/cours est donc formé de ruptures (dis) et de continuités (cours). La continuité est la répétition qui permet d'atteindre la représentation souhaitée. A travers la répétition, il existe donc une tentative de représentation (telle que l'on peut le concevoir en psychanalyse). Dans ce discours, la rupture se situe au niveau du passage d'une idée à l'autre. Cette lecture peut se faire à différents niveaux de discours. La méthodologie Alceste se base sur cette conception. L'un des problèmes méthodologiques est de saisir cette rupture. Elle ne se situe pas forcément après un point, une virgule ou même une fin de paragraphe. De plus, l'existence de différents niveaux de lecture de la continuité rend le problème actuellement irrésolu. Deux découpages distincts sont donc effectués à travers le texte. C'est la comparaison de ces deux découpages qui détermine les classes stables.
- Le logiciel travaille sur trois unités : les mots, les unités de contexte (UC) et le corpus (texte global étudié). Alceste segmente le corpus en unités contextuelles. Il étudie ensuite la distribution des mots dans ces UC. L'analyse se fait grâce à des tableaux de contingence (présence/absence). Une comparaison permet de regrouper les UC comprenant un maximum de formes communes. On effectue une première division, puis ainsi de suite, en évoluant vers un nombre de classes défini. A partir de ces tableaux de contingence sont calculés des  $\chi^2$  d'association qui définissent en quelle proportion les items sont attachés à une classe de façon aléatoire. Plus le  $\chi^2$  est élevé plus la probabilité d'être un hasard est faible. Les  $\chi^2$  ne sont par reportés à une probabilité quantifiée, ce qui n'aurait aucun sens dans ce type de travail. Les chiffres sont donnés à titre indicatif, comme repères de la liaison item/classe.

## b. Problèmes rencontrés

- **La traduction** : Alceste ne travaille qu'en Français, ce sont donc des traductions qui sont étudiées pour les sites **Comores**, Madagascar, **Maurice**, dans certains cas **Réunion** et **Guadeloupe** (le questionnaire était passé en Français avec possibilité de " passer " au créole). La traduction a été faite par un nombre réduit de traducteurs (la plupart du temps un seul par site) ; ceci réduit le champ de vocabulaire et conséquemment augmente la précision de regroupement du logiciel. Certains mots ne sont probablement pas ceux utilisés par le tout-venant enquêté : " existentiel ", " psychoaffectif "... ils sont notés dans certains sites où la traduction a été nécessaire.
- **Cause ou conséquence** : Pour certains items, la forme des réponses nous empêche de déterminer si ce qui est évoqué est une cause ou une conséquence du trouble évoqué. Les relations de cause à effet ne sont pas repérées dans l'analyse textuelle. Seule la réintroduction systématique de tous les termes nous a permis, à certains moments, de repérer des relations de cause à effet ou de nous interroger sur cette relation. Les représentations sociales sont des connaissances en elles-mêmes. Elles sont relevées de toute obligation logique. La représentation sociale peut considérer simultanément l'existence d'un objet comme cause ou comme conséquence.
- **Vocabulaire** : L'interprétation de certains mots de vocabulaire pose problème, car nous ne savons pas ce qu'ils recourent exactement. Il s'agit essentiellement de termes scientifiques, concernant les fonctions intellectuelles, l'intelligence, la mémoire, l'inconscient, la conscience. Le terme de conscience par exemple signifie souvent " être capable de prendre conscience de ses actes, d'en mesurer la portée ".

### c. Selon vous, qu'est ce qu'un fou ?

On peut distinguer trois groupes cohérents d'occurrences (cf. Tableaux 7 et 10) :

#### 1. France métropolitaine – Guadeloupe - Réunion : "monde", "norme", "réalité", "folie"

Ce qui prédomine, c'est la perte du référentiel commun.

- Il est inadapté au **monde**<sup>2</sup>, à la **réalité**, à la **société**. Son rapport au **monde** est différent. Il a perdu la **notion**, le sens de la **réalité**, du **réel**, il manque de **repères**. Il est **déconnecté**, **disjoncté** (dis joint). Il **voit** le **monde** différemment. Les notions de **norme**, de **société**, situent le "fou" également dans une dimension sociale. Il s'agit de la place de l'individu dans son environnement. Il est en **marge** de la société, il est à **part**. Il n'est pas **intégré**. Il est **différent**. Son **comportement**, sa façon **d'agir** sont anormaux, hors **norme**. Il ne **rentre** pas dans la **norme**.

Ce thème est prépondérant pour les sites métropolitains. Le "fou" est donc ici quelqu'un qui est en dehors de tous les systèmes référentiels communs.

- La réalité du "fou" n'est pas la nôtre. Le "fou" c'est celui qui vit dans un autre monde tout à fait détaché du nôtre. Il est hors de la société, car il n'est pas dans le même monde que les autres. Il n'a pas le même référentiel. Le "fou" est au-delà des cadres et des limites.
- Notre hypothèse est que le "fou", ne correspond à aucun des schémas qui régissent l'individu. Il échappe à l'entendement, aux lois ; tant aux lois humaines qu'aux lois de la nature. Il échappe aux lois de la psychologie, voire de la physique. On ne peut rien dire du "fou". On ne peut rien comprendre du "fou", il ne correspond pas à nos schémas de pensée. Autant il est incapable de s'adapter à notre monde (il est dans un autre monde), autant notre monde et ses règles ne peuvent s'adapter au "fou". Le "fou" n'est pas compréhensible. Il échappe à toute connaissance. La seule loi concernant le "fou" est qu'il n'est concerné par aucune (légale, morale, psychologique, physique).

C'est le **paradoxe de la représentation du "fou"** : on affirme que l'on ne peut rien affirmer. C'est la représentation de l'irreprésentable.

- C'est pour cela que le "fou" est toujours un autre que l'on ne connaît pas. Si l'on arrive à le connaître, alors ce ne peut être un "fou". Tout geste qui ne peut être compris, qui n'est pas perçu comme secondaire à une réflexion devient donc un geste fou. La réflexion "t'es fou ou quoi !", les moments de folie, tout cela caractérise ce qui n'a pu obtenir un sens attribué par le sujet ou l'entourage.
- Si un patient dit qu'il devient fou, c'est souvent dans le cadre d'une anxiété aiguë. Cette peur sans objet est par définition dénuée de tout sens pour le sujet. La folie c'est donc la perte de sens.

**La notion de danger est importante.**

- La dangerosité apparaît essentiellement à travers son imprévisibilité. Les notions de **réaction**, de **moments** de folie sont importantes. Le "fou" est perçu comme dangereux car inadapté, donc imprévisible. Ces termes renvoient également à la folie passagère. Le "fou" semble être tout de même moins dans la transgression que dans l'incompréhensibilité de son mode de fonctionnement.
- Le "fou" a un **problème**, un **déséquilibre**, une **maladie**. Les notions médicales ne font qu'une furtive apparition. Le "fou" a une atteinte de ses **facultés** mentales. Il **perd** la tête, la raison, ses capacités (il n'**arrive** plus ou pas). Il est **déraisonnable** dans les actes et la pensée. Il ne se **maîtrise** plus. Il est **irresponsable**.

<sup>2</sup> Dans cette partie, les mots en gras dans le texte sont ceux repérés et analysés par ALCESTE

## Le sujet "fou" est atteint principalement dans sa dimension sociale.

### 2. Comores et Maurice : "fatigue", "mémoire", "sain", "esprit"

Les deux sites des **Comores** et de Maurice se réunissent autour d'une représentation du "fou" qui se définit par l'altération des fonctions et des manifestations de la folie.

- Il existe un **dysfonctionnement**, une **défaillance**, une **absence**, un **manque**, un **handicap** tant **physique** que mental. Il existe quelque chose qui **affecte** son état. Il n'est pas **sain**. Les termes semblent chercher à définir ce qui est atteint dans les fonctions : la **mémoire**, l'**intelligence**, l'**esprit**, le **moral**, la **tête**, le **cerveau**. Ces fonctions, ces organes ne sont pas **bons**. C'est l'altération des fonctions qui prime dans la représentation. Il n'est pas bien dans sa **tête**, il ne peut plus **raisonner**. Il ne **comprend** pas. Les fonctions évoquées ne doivent pas être considérées comme celles définies en médecine, mais comme une représentation de celles-ci.
- Une tentative d'explication se dégage : la **fatigue** (*mentale, de la tête*). Ce concept doit être pris de façon plus globale que la simple fatigue. Il s'agit d'un engourdissement. Dans ce cas, cette **fatigue** mentale fait aussi partie du dysfonctionnement et n'est plus seulement la cause du problème. Cette fatigue peut avoir différentes origines : le **souci**, la prise de toxiques (**boire** de l'**alcool**, se **droguer**, **fumer** du **Zamal** (cannabis)). Ces éléments sont considérés comme une cause, mais on ne peut pas non plus exclure la présentation de ceux-ci comme la conséquence de la folie. Les deux cas coexistent dans les réponses, et souvent on ne peut le déterminer.
- Le rapport à la norme apparaît ; il n'est pas **normal**. Toutefois cette norme n'est pas remplacée dans un contexte social, mais dans un contexte de déficience. C'est probablement une norme physiologique.

C'est dans la **parole** que l'on perçoit le "fou".

- Il **parle** seul ou n'importe comment ; il est **bavard**.

Mais c'est également dans ce qu'il **fait** qu'il est reconnu. Tout cela est marqué par le sceau de l'**absurdité**.

- Il est **incompréhensible** et il est sujet à des **changements**. C'est en particulier la violence qui transparaît à travers tout cela. Le "fou" est quelqu'un de **violent** verbalement (**insulter**) ou **physiquement** (**battre**). Il est **brutal**, il **lance** des **pierres**. Il fait des **dégâts**.

## Il s'agit d'une atteinte de l'homme dans ses fonctions cognitives.

### 3. Madagascar : "nu", "incapable", "promener", "excentrique".

Les termes sont plus descriptifs d'un état concret du sujet, de sa présentation et de ses actions.

- Le "fou" est **nu**, **dénuqué**, il "ne **porte** plus de **vêtement**", il se **déshabille**, il se **promène nu**, il s'habille de façon **excentrique**. Il est **sale**. Les thèmes de la nudité et de l'habillement sont les thèmes prédominants.

C'est aussi son comportement qui le distingue.

- Il **fait** des actes **incongrus**. Il **mange**, **ramasse** des **saletés**, des **ordures**. On note la forte connotation morale que l'on retrouve également à travers les différents termes. Le "fou" peut être **agressif**, présenter des états d'**agitation** verbale et/ou comportementale.

- Le "fou" est un sujet qui n'a plus **honte**, il n'a plus de **pudeur**, il est **inconscient** de son **état**, il n'a plus d'**autocritique** : il se **déshabille** en **public**. Il est **incapable** de **discerner** le bien et le mal. Il **ignore** ce qui est **vrai**, les autres et les usages. Il est réfractaire aux **conseils**. Il n'est pas **maître** de lui-même. On retient également la perte de contact avec son entourage.
- Il n'a plus d'attache, il est **marginal**. Il **erre** dans la rue, il est **vagabond**. On retrouve des notions de normes implicites : **excentrique**, **marginal**, **antisocial**.
- Le sujet décrit semble être **un animal, retourné à l'état de nature**.

On distingue ensuite une série de termes évoquant une **déficience**.

- Les fonctions **psychiques**, le **psychisme** et le mental sont **détériorés**, **altérés**.
- Le trouble se situe au niveau de la **raison** : il est **irraisonnable**, **insensé**, **irréfléchi**, il **ignore**, il est **incapable**.
- Il n'est pas **maître** de lui-même, il est **inconscient** de son **état**. Il est **toqué**.

**C'est sa qualité d'humain qui est discutée. Il semble exister un retour à la nature animale de l'homme. Tout cela est empreint d'une connotation morale péjorative.**

**En plus des particularités décrites ci-dessus, à la représentation du "fou" est associé un concept global d'inaptitude, d'insuffisance, d'incapacité ou de défaillance qui est retrouvé dans tous les groupes. Chaque groupe possède pourtant sa spécificité :**

- **A Maurice et aux Comores, la déficience est la plus caractéristique de la représentation du "fou". Il s'agit essentiellement d'une déficience des fonctions, d'un affaiblissement.**
- **A Madagascar, il s'agit d'une déficience de la raison, de la morale.**
- **Dans les sites français (métropole et DOM), d'un défaut de contrôle de soi, de conscience de soi.**

**TABLEAU 7 : ANALYSE ALCESTE “ SELON VOUS, QU'EST CE QU'UN FOU ? ”**

CLASSE 1			CLASSE 2			CLASSE 3		
SITES			SITES			SITES		
Sud des Hauts de Seine Tourcoing Pyrénées Orientales Vallée de la Lys Marseille Nantes Lille-Hellemmes Guadeloupe Réunion			Comores Maurice			Mahajanga Antananarivo		
Formes réduites	Khi 2	Occurrence	Formes réduites	Khi 2	Occurrence	Formes réduites	Khi 2	Occurrence
monde	104.18	166	fatigue	219.39	55	nu	669.56	142
norme	97.59	160	mémoire	197.48	71	incapable	352.47	98
réalité	84.64	153	sain	194.16	54	promener	308.09	70
folie	77.01	96	esprit	119.30	116	excentrique	242.85	61
société	75.63	189	comprendre	114.14	66	vagabond	238.98	54
danger	70.72	160	parole	72.21	23	manger	236.28	56
faculté	50.53	117	intelligence	65.61	29	errer	229.66	52
différent	43.95	102	affecte	56.63	16	honte	217.68	52
repère	32.43	40	tête	52.72	163	inconscient	180.14	75
notion	24.76	55	souci	50.43	21	vêtement	179.81	45

#### d. Selon vous, qu'est ce qu'un malade mental ?

Trois nouveaux groupes de représentations bien différenciés peuvent être décrits (cf. Tableaux 8 et 10) :

##### 1. France métropolitaine - DOM : "trouble", "psychologique", "atteint", "maladie".

Il existe une médicalisation importante du vocabulaire.

- Le "malade mental" est **atteint** de, **souffre** de quelque chose. Il présente un **problème**, un **trouble**, un **déséquilibre**, un **dérèglement**, une **perturbation**, un **dysfonctionnement**, une **maladie**, une **pathologie**. Tout cela est **lié** à des **troubles d'ordre psychologique, psychiatrique**, au **niveau du cerveau (cérébral)** de la **tête**, du **psychisme**.
- Des noms de maladie, des origines médicales sont cités : **dépressif**, **névrose**, **psychopathe**, **neurologique**, **psychiatrique**. Les intervenants sont ciblés : le **psychiatre**, le **psychologue**.
- Le "malade mental" peut ou doit être **soigné** dans un hôpital **psychiatrique**.
- La notion de déficience intellectuelle apparaît à travers le **handicap**, l'**atteinte des facultés**, des **capacités** mentales, intellectuelles. On retrouve la notion de la congénitalité : l'**origine génétique**, la "survenue à la **naissance**".
- La "maladie mentale" est à l'interface entre le **psychique** et le **physique**.

Le "malade mental" **souffre** essentiellement d'une **pathologie** mentale.

- Ce n'est pas la **souffrance** au sens de douleur morale à laquelle il est fait référence, mais à l'atteinte par une maladie.

Le "malade mental" **vit** dans son **propre monde**.

- Il ne **voit** pas la **réalité** comme les autres. Il perd le contact avec la **réalité**. Il n'a plus de **repère**, il est **déconnecté**. Il est à **part**. Il ne **réagit** pas comme les autres, il ne peut être comme tout le **monde**. Il n'est pas **adapté** au **monde**, à la **société**. Il ne peut **vivre** dans la **société** et ne peut s'y adapter. Il **perd** la tête, il lui manque une **case**. Il n'est pas **clair** dans sa tête. La tête **bloque**. Quelque chose ou rien ne **va** dans sa tête. Il **n'arrive** pas à raisonner, à penser. Il ne sait pas répondre aux **questions**. Il **dit** n'importe quoi. Il est dans l'**incapacité** de **vivre** seul, il n'est pas **autonome**.

On cherche à déterminer la cause de son mal.

- Cela **vient** d'une forte **dépression**, d'un événement de **vie**, de la **jeunesse**, du rapport aux **parents**. Cela peut être également en relation avec une **trisomie**. Des **affections** (maladies) sont supposées.
- La "maladie mentale" est souvent notée comme une dépression qui s'est aggravée. Le malade est également comparé au "**dépressif**". Il ne se **sent** pas bien dans sa **peau**. Il **voit** tout en **noir**. Il se pose trop de **questions**. On retrouve ici l'idée de souffrance qui est quasi-absente pour le "fou".

**Il existe un sens à la "maladie mentale". Ce n'est pas seulement un état de fait, une façon d'être. La "maladie mentale" est à l'interface entre le physique et le psychique. Elle est aussi en continuité avec la folie.**

2. *Madagascar – Comores* : "incapable", "parler", "toqué", "parole".

- Le "malade mental" se situe d'abord à travers son discours : **parler, dire, parole, discours**. C'est dans son expression verbale que le sujet "malade mental" est reconnu. Il **parle** seul, il **délie**. Il **rit** de façon immotivée.

Et de façon moindre dans ses **actes** (ce qu'il **fait**).

- Il est **nu**, il ne porte plus de **vêtements**, **s'habille** mal, salement. Il **erre**, c'est un **vagabond** qui n'a plus **honte**. Le "malade mental" montre une **agressivité** essentiellement envers les autres. Il est **hyper** excitable.
- Le discours et les actes sont qualifiés d'**insensés, bizarres, anormaux**. On retrouve une notion de norme dans l'**excentricité, le marginal, l'anormal**.

Le terme de "**folie**" est repris, soit dégradé, soit égal.

- On remarquera que régulièrement ces termes interviennent minorés : il n'est pas encore **nu**, il **s'habille** encore.
- Il est fréquemment reconnu **capable** de **saisir** la différence entre le bien et le mal, le sale et le propre. La comparaison se fait régulièrement au "fou". Il existe une proximité même si elle est parfois déniée. Le "fou" reste un élément de comparaison important.

L'**esprit** du "malade mental" est atteint quantitativement ou qualitativement.

- Il existe une **détérioration**, une **altération** de son **état** mental, psychique. Il est en déficit de capacité (**incapable**), en déficit de sens (**insensé**), de **conscience** (**inconscient**).
- Il est **inapte** à toutes les fonctions intellectuelles (penser, réfléchir, comprendre). Il est **incapable** de s'assumer. Il manque de **raison**. Il n'est pas **maître** de lui, il est **inconscient** de ses **actes**, de son **état**. C'est quelqu'un de **distract**.

**A Madagascar, le "malade mental" est donc avant tout perçu comme un autre fou mais qui n'est plus capable de saisir la morale. Son comportement est moins marqué par la transgression morale, mais son discours est incohérent. Aux Comores cette notion de "malade mental" reste peu individualisée.**

3. *Maurice* : "fatigue", "affect", "stress", "alcool"

- La **fatigue mentale** est à la fois l'état dans lequel le sujet se trouve mais aussi la cause de son état. L'état est **affecté**, il existe un **dysfonctionnement** : Il ne peut **raisonner**. Il ne peut prendre des **décisions**.
- Ce sont les **nerfs**, le système **nerveux**, la **tête**, le **mental**, le **moral** (plus rarement) qui sont atteints. Il n'est pas bien dans sa **tête**. Il n'est pas **sain** d'esprit.
- Il n'est pas **stable**. Il fait des **crises**. Il est **nerveux**. Il est **triste**.
- Des causes sont évoquées : le **stress**, des **soucis**, des **échecs**. Il **existe** une relation au médical. Il **suit** ou doit **suivre** un **traitement**.

**La "maladie mentale" est ici perçue comme une fatigue mentale signe d'une nervosité, en relation avec des événements de vie, et qui reste médicalement curable.**

**Dans tous les sites, on note un glissement entre le "fou" et le "malade mental".**

**Avant de savoir ce qu'est un "malade mental" on sait ce qu'est un "fou". Cette représentation est évidente. La représentation du "fou" est une représentation naturelle : elle n'a pas besoin de la science pour exister. Elle fait référence à des notions fortes comme la différence et la crainte de l'autre. Il faut avoir accès à des notions bien précises avant d'effectuer une distinction entre "fou" et "malade mental". La représentation sociale du "malade mental" passe par celle du "fou".**

**Contrairement au "fou", le "malade mental" ne se situe plus dans l' "être" mais dans l' "avoir" (le "fou" EST fou, le "malade mental" A une "maladie mentale").**

- Cette idée Jodelet l'avait déjà repérée dans son travail. Alors qu'elle étudie une communauté de malades mentaux (elle ne sépare pas la notion de malade de celle de "fou"), elle conduit que : *"la maladie mentale se situe dans l'ordre de l'être, elle ne s'articule pas au sujet par l'avoir mais par l'être : Ils n'ont pas de maladie ils sont malades. Ils sont différents"*. Il ne s'agit pas d'une contradiction avec notre propos.
- Comme nous l'avons souligné plus haut, lorsque Jodelet parle de maladie mentale, elle n'évoque pas un différentiel entre le "fou" et le "malade mental" ; elle signale que dans les représentations sociales à propos des patients hébergés, leur état est plus envisagé comme une façon d'ETRE au monde que comme une maladie. Si la méthodologie de notre enquête s'appuie pour partie sur ce différentiel "fou" / "malade mental", nous retrouvons tout de même au travers de nos analyses, un distinguo entre l'ETRE et l'AVOIR. Il se trouve que, globalement, cette notion d'ETRE est plus liée à l'archétype du "fou" qu'à celui du "malade mental".

**TABLEAU 8 : ANALYSE ALCESTE “ SELON VOUS, QU'EST CE QU'UN MALADE MENTAL ? ”**

CLASSE 1			CLASSE 2			CLASSE 3		
SITES			SITES			SITES		
Sud des Hauts de Seine Tourcoing Vallée de la Lys Pyrénées Orientales Marseille Nantes Lille-Hellemmes Guadeloupe Réunion			Comores Mahajanga Antananarivo			Maurice		
Formes réduites	Khi 2	Occurrence	Formes réduites	Khi 2	Occurrence	Formes réduites	Khi 2	Occurrence
troubler	205.90	235	incapable	187.28	77	fatigue	101.34	97
psychologique	160.09	230	parler	187.11	95	affect	304.65	34
atteint	144.53	166	toqué	145.16	49	stress	173.82	23
maladie	126.38	289	parole	143.81	47	alcool	146.23	22
niveau	124.58	119	acte	137.76	94	raisonner	140.84	45
problème	113.07	356	discours	129.52	51	nerf	123.02	24
psychique	86.33	164	insensé	117.25	43	fonctionner	115.09	26
psychiatrique	67.65	70	inconscient	108.41	50	boire	113.39	13
souffrir	67.21	116	excentrique	87.90	29	mental	85.00	117
cerveau	63.50	210	nu	81.75	27	tête	84.95	92

## e. Selon vous, qu'est ce qu'un dépressif ?

Ici, quatre groupes se dégagent (cf. Tableaux 9 et 10) :

1. *Maurice* : "fatigue", "souci", "désolé", "affecté".

Les causes de la "dépression" sont :

- sociales,
- extérieures à l'individu,
- généralement dues à son environnement social (travail, chômage, famille).

Ces causes génèrent une tension qui se résout par crise et colère. Cela donne la "dépression", telle qu'elle est décrite classiquement dans ces pays.

2. *Madagascar* : "vie", "triste", "souci", "victime", "accablé".

Dans une première analyse nous avons remarqué un nombre important de non-réponses dans les deux sites de Madagascar sous forme de : "je ne sais pas", "jamais entendu parler". Certains ont même répondu qu'il s'agissait de cyclone, de tempête, de phénomènes météorologiques ou encore d'une maladie en rapport avec la météo. (on voit ici l'influence des catastrophes météorologiques à Madagascar).

Devant cela nous avons recensé les non-réponses : elles sont au nombre de 50% des réponses de Madagascar, soit environ 900 non-réponses. Dans la logique de l'analyse cela pose problème. Le logiciel recherche les différents thèmes abordés pour un sujet donné. Il faut qu'il y ait une unité de sens à la question. Pour nous, il s'agit des représentations sociales du "dépressif". Le "je ne sais pas" n'en est pas une. Cette réponse est une impossibilité pour le sujet interrogé d'évoquer une association. Ce qui est différent de dire "un fou ça n'existe pas" comme nous avons pu le rencontrer dans la première question. Le sujet interrogé se positionne alors sur la non-existence de ce concept.

Le "dépressif" est **victime d'événements de vie**.

- Il a connu des **malheurs**, des **soucis**, des **déceptions**, des **chocs**, des **conflits**, qualifiés de **psychologique**, de **psychoaffectif**. Le verbe **devenir** signale le changement d'état. Sous le poids des événements de vie. Le "dépressif" subit les événements : il est **victime**, **accablé**.

Le "dépressif" est tout le **temps triste**, c'est un **mélancolique chronique**.

- Il est désespéré, **accablé**. Il se **décourage** facilement. Il est **incapable** de **supporter** le rythme de la **vie**.
- Il est **irritable** (**hyper** excitable, **hyper** émotif).

**En définitive, si peu de personnes se représentent la "dépression", quand elle est représentée, la "dépression" est bien individualisée des deux autres concepts.**

3. Comores : "acte", "intelligence", "parole", "sot",

La représentation du "dépressif" pour les Comores se distingue des autres sites.

- Le "dépressif" est identifié par ses **actes**, ses **comportements**, ses **gestes**, mais aussi ses **paroles** (**parler**). Le "malade mental" est **anormal** (pas **normal**) **différent**, **bizarre**, il n'a pas de **sens**. Le "dépressif" fait le **contraire** des autres. Il est **sale** et s'**habille** de **vêtements sales**. Il **menace** de tuer.
- Mais il est également **déficient** (**défaillant**, **affaibli**, **diminution**, **déficit**). Certaines fonctions ne sont pas **bonnes**. Cela est valable essentiellement pour l'**intelligence** (**intellectuel**, **sot**, **bête**). Il a **perdu** (**manque**, **absent**) : sa **raison** (**raisonner**), sa **mémoire**, sa **conscience**, la **connaissance**.
- L'état **physique** et **psychique** est atteint (**cerveau**, **esprit**). Il est **dérangé**.

**Le "dépressif" est comparé au "fou" souvent pour l'en différencier, mais il reste très proche du "fou" et du "malade mental"**

4. France métropolitaine - DOM : "voir", "noir", "triste", "vie".

Le "dépressif" est décrit en partie comme pourrait le faire un manuel de psychiatrie.

La psychologie dépressive.

- Le "dépressif" a une vision négative de la **vie**, de l'**avenir**. Il **voit** en **noir**, il **broie** du **noir**, il a des **idées noires**. Il ne considère que le **côté négatif** des choses.
- Il est **négatif** (**pessimisme**). Le "dépressif" manque de **confiance** en lui-même, il ne voit plus **d'espoir**. Il n'a plus **goût** à rien. Il n'a plus le **goût** de **vivre**, il a **envie** de rien.
- Il est **suicidaire**.

L'humeur est triste.

- Le "dépressif" est triste, il pleure tout le temps.
- Il ne va pas bien, il se sent mal dans sa peau, il est déprimé, il est malheureux.
- Il a un profond mal de vivre, une profonde tristesse.

Le "dépressif" n'**arrive** pas à **surmonter**, **affronter** les problèmes de la **vie**. Il ne sait pas **réagir**, et se **laisse aller**. Sa vie est **vide**.

**On constate, dans les sites français, les effets de la vulgarisation médiatique autour de la "dépression", dont la représentation tend à englober toute souffrance psychologique, allant au-delà de la stricte définition issue de la sémiologie psychiatrique.**

**La représentation du "dépressif" varie selon les cultures. La liaison est directe entre le travail médiatique et la représentation sociale. Des Comores, où le "dépressif" n'est pas individualisé, à la France où la représentation du "dépressif" permet au patient présentant un trouble de ne pas subir les représentations négatives du "fou" ou du "malade mental".**

**TABLEAU 9: ANALYSE ALCESTE : "SELON VOUS, QU'EST-CE QU'UN DÉPRESSIF ?"**

CLASSE 1			CLASSE 2			CLASSE 3			CLASSE 4		
SITES			SITES			SITES			SITES		
Maurice			Mahajanga Antananarivo			Comores			Pyrénées Orientales		
									Sud des Hauts de Seine		
									Nantes		
									Tourcoing		
									Vallée de la Lys		
									Marseille		
									Lille-Hellemmes		
									Guadeloupe		
						Réunion					
Formes réduites	Khi 2	Occurrence	Formes réduites	Khi 2	Occurrence	Formes réduites	Khi 2	Occurrence	Formes réduites	Khi 2	Occurrence
fatigue	458.67	100	vie	41.67	87	acte	314.31	45	noir	450.22	401
souci	376.37	86	triste	38.42	63	intelligence	285.11	37	voir	401.18	369
désoler	331.03	30	souci	33.34	55	parole	213.18	28	triste	165.96	335
affecté	289.37	33	victime	30.83	51	sot	206.79	26	vie	165.68	496
mental	263.83	100	accablé	28.95	48	anormal	192.75	33	pleurer	111.63	161
dégoûter	141.98	14	malheur	24.60	41	esprit	184.62	39	négatif	96.85	112
fait	117.08	86	temps	21.15	47	raison	162.23	52	broyer	78.45	69
stress	114.66	57	psychologique	20.32	42	déranger	148.79	21	idée	70.31	95
négliger	98.99	9	mélancolique	20.29	34	mémoire	141.34	22	aller.	70.14	112
frustrer	67.23	8	choc	18.46	31	vêtement	125.65	17	goût	65.96	146

### Le "fou"

- Les conceptions sont bien différentes suivant la culture et l'image du "fou" peut donc se focaliser sur des comportements sociaux d'êtres humains très différents les uns des autres. Quoique les notions de danger et de violence restent ancrées dans les représentations, elles sont référées à des explications culturelles non homogènes.

### Le "malade mental"

- Pour le "malade mental", les choses sont plus simples en apparence. En France et dans les DOM, le médical et l'explication du médical prédominent. Les mots deviennent donc plus précis. Le neurologique reprend le dessus. L'explication tient de la réalité ambiante.
- A Madagascar et aux Comores, les signes de la "maladie mentale" se différencient peu de la "folie". Le "malade mental" est avant tout un autre fou, mais qui n'est plus capable de saisir la morale, son comportement est moins marqué par la transgression morale, mais son discours est incohérent.
- A Maurice, l'étiologie est de nature soit interne soit externe (fatigue, stress ou alcool).
- Les représentations issues des DOM et de France métropolitaine sont assez proches. La médicalisation rend le "fou" moins fou, plus explicable, si ce n'est soignable.

### Le "dépressif"

- La représentation du "dépressif" renvoie en France à un concept proche de la définition sémiologique des manuels de psychiatrie. Ceci est évidemment à relier au travail de vulgarisation effectué depuis quelques années par les médias écrits et audiovisuels. En France, on note donc une mise à distance conceptuelle de la "folie" et son remplacement assez net par la "maladie mentale" et encore plus par la "dépression". Toutefois, on peut douter de sa complète adéquation avec le concept psychiatrique de dépression. On pourrait dire qu'il devient psychiatriquement correct, de faire une dépression.
- A Maurice la représentation du "dépressif" qui émerge, montre que ce pays connaît le concept de "dépression". A Madagascar c'est plus trouble ; la moitié des personnes ne pouvait pas répondre aux questions. Aux Comores, elle est peu différenciée de celles du "fou" et du "malade mental". Cette non différenciation ne pouvant sans doute pas se résumer à un problème de traduction.

Pour résumer, on pourra dire que le "fou" EST (fou), le "malade mental" A (une maladie) et le "dépressif" FAIT (une dépression). On comprend dès lors que la guérison est plus facilement envisageable pour le "dépressif".

**TABLEAU 10 : VARIATIONS CULTURELLES DES REPRESENTATIONS**  
*(à partir des  $Khi^2$  calculés par ALCESTE)*

	<i>France (Métropole + DOM)</i>	<i>Maurice</i>	<i>Comores</i>	<i>Madagascar</i>
" FOU "	MONDE NORME REALITE FOLIE	FATIGUE MEMOIRE SAIN ESPRIT		NU INCAPABLE PROMENER EXCENTRIQUE
" MALADE MENTAL "	TROUBLE PSYCHOLOGIQUE ATTEINT MALADIE	FATIGUE AFFECT STRESS ALCOOL		INCAPABLE PARLER TOQUE PAROLE
" DEPRESSIF "	NOIR VOIR TRISTE VIE	FATIGUE SOUCI DESOLE AFFECTÉ	ACTE INTELLIGENCE PAROLE SOT	VIE TRISTE SOUCI VICTIME

## f. Discussion

L'analyse des réponses aux questions ouvertes montre de très nettes différences de conception intersites.

Pour la **France**, la représentation reste classique et homogène d'un site à l'autre :

- le "fou" n'est pas représentable ; il est imprévisible donc dangereux.
- le "malade mental" se situe dans un registre de troubles, de maladie.
- le "dépressif" voit tout en noir.

Pour les **DOM**, les représentations :

- se situent dans le même groupe que la France métropolitaine pour la "maladie mentale" (La **Guadeloupe** pour le " fou ")
- mais, se distinguent nettement pour la représentation du "dépressif" où l'aspect social extérieur de crise est plus marqué.

Les différences intersites sont plus manifestes dans la représentation du "fou" :

- la raison aux **Comores et à Maurice**,

et de la "maladie mentale" :

- la maladie dans les mots, le dire, le parler pour Madagascar et **Comores**,
- les causes biologiques (prise de toxiques ou d'alcool) ou neurologiques pour **Maurice**.

- **Les analyses des questions ouvertes sur ce thème convergent avec ce qui peut être noté dans des enquêtes qualitatives intensives.** Retenons en particulier la valeur symptomatique forte de la nudité à **Madagascar** ou encore la façon dont les qualificatifs appliqués au "dépressif" permettent de regrouper les "îles créoles " (**Guadeloupe, Maurice et Réunion**) en y traduisant les conditions sociales de la détresse psychologique que les travaux anthropologiques ont décrites (travaux en cours de R.Massé).
- Pour la "dépression" les représentations semblent plus confuses aux **Comores**. Les différences entre "fou" / "malade mental" / "dépressif" ne sont pas marquées comme dans les autres sites. Ces résultats seront à confirmer lors de l'analyse des questions suivantes. Cependant, on peut d'ores et déjà souligner les problèmes de sémantique rencontrés dans la formulation et la traduction des questions et s'interroger finalement sur le "degré de pénétration" du concept de troubles dans ces sociétés. Les taux de prévalence de ces troubles dans la population seront aussi à mettre en perspective.
- A la lecture de ces premiers résultats issus de réponse spontanées, on peut également se demander si la création d'hôpitaux psychiatriques en Occident il y a 200 ans, corollaire à la prison pour le fou ou l'insensé, n'a pas marqué les mentalités de toute une époque (fou = danger). Historiquement, la France est la mère de tous les asiles psychiatriques. Avec ses alliés européens, elle a exporté son modèle de soins dans le monde entier. Nous verrons par la suite que les réponses données à la "folie" intègrent peu ou prou les notions de soins et d'enfermement à l'hôpital psychiatrique. Même si les pays sans asile psychiatrique ont une autre représentation du "fou", qui n'est pas décrit spontanément comme dangereux, nous modulerons ce jugement par la suite. Rappelons que **Maurice** a été psychiatisée sur le modèle anglais. Ceci n'empêche pas **Maurice** d'avoir des représentations proches des **DOM**, des **Comores** ou de Madagascar suivant le cas ou encore d'avoir une représentation qui lui est propre, en particulier concernant la "dépression". L'ensemble de ces données sera analysé par chaque site et chaque chercheur.

## B. REPRESENTATIONS PLUS DETAILLEES

Les questions semi-ouvertes et fermées suivantes tentent de cerner les représentations des populations concernant la "folie", la "maladie mentale", la "dépression". On ne s'étonnera pas de retrouver une logique thématique identique à celle que nous avons pu analyser dans les questions ouvertes. Néanmoins, ces questions ont le mérite de mieux cerner les différents aspects de la représentation dans les composantes suivantes :

- comportements et conduites,
- dangerosité,
- causes attribuées,
- responsabilité,
- souffrance,
- exclusion,
- rôle de la famille et des proches.

### a. Comportements et conduites (cf. TABLEAUX 11 à 17)

- Pour la majorité des personnes interrogées, un "fou", un "malade mental" ou un "dépressif" se reconnaît "à première vue" essentiellement à son comportement, à son apparence et / ou à ce qu'il dit. De quels comportements, de quelles conduites s'agit-il ? L'analyse des 12 questions 1a à 1r du questionnaire d'enquête nous apporte quelques éléments de réponse. Elle permet de donner un contenu moins subjectif (plus détaillé) que la représentation brute issue des questions ouvertes.
- Nous avons repris dans ces questions les 12 items mis en évidence par la recherche INECOM<sup>3</sup>, coordonnée par l'anthropologue Gilles Bibeau, et visant la définition des troubles mentaux dans des sites culturels différents. Il s'agit de douze comportements ou conduites qui, pour un individu lambda, peuvent évoquer un trouble de la sphère mentale. Dans notre enquête, pour chacun de ces comportements, la personne interrogée doit indiquer si ce comportement relève, selon lui, d'un "fou", d'un "malade mental", d'un "dépressif" ou d'aucun des trois. Gardons bien à l'esprit au fil de la lecture de l'analyse, que pour chaque comportement ou conduite, quatre réponses s'offrent au sujet (" fou ", " malade mental ", " dépressif " ou " aucun des trois "). La moyenne des réponses se situe donc à 25% (et non à 50%).
- Pour chacun de ces comportements ou conduites, le sujet doit ensuite indiquer s'il les considère comme " normal ou anormal ", " dangereux ou peu dangereux ". (Ici la moyenne se situe bien à 50%).
- L'intentionnalité des questions est évidente. Nous ne reviendrons pas sur le biais en soi qu'est de se présenter en tant qu'enquêteur de l'OMS et d'enquêter sur la Santé Mentale de la population. Ceci peut en effet induire des réponses de type "biomédical". La représentation est forcée, certes, mais le biais est systématique dans tous les sites. Tout au plus peut-on lui accorder un poids plus lourd aux **Comores** et à Madagascar – quoique ceci doit être confirmé par les acteurs de terrain.

<sup>3</sup> INECOM " The International Network for Cultural Epidemiology and Community Mental Health" Summer 1993, Montreal WHO Collaborating Centre, Douglas Hospital, Montreal

**EXTRAIT DU QUESTIONNAIRE SUR LES REPRESENTATIONS**

**1** **COCHEZ UNE SEULE REPONSE PAR QUESTION EN A - B - C**

**A**

**B**

**C**

Selon vous, quelqu'un qui :		A				B		C	
		Fou,	malade mental	dépressif	aucun des trois	normal	anormal	dangereux	peu dangereux
1a	- pleure souvent, et qui est la plupart du temps triste est :	<input type="checkbox"/>							
1b	- tente de se suicider est :	<input type="checkbox"/>							
1c	- prend régulièrement des drogues (cannabis, héroïne, cocaïne, etc...) est :	<input type="checkbox"/>							
1d	- boit régulièrement des boissons alcoolisées est :	<input type="checkbox"/>							
1e	- bat régulièrement son mari ou sa femme ou ses enfants est :	<input type="checkbox"/>							
1f	- est violent envers les autres et les objets est :	<input type="checkbox"/>							
1g	- est violent envers lui-même est :	<input type="checkbox"/>							
1h	- délire, hallucine est :	<input type="checkbox"/>							
1i	- est déficient intellectuel, attardé est :	<input type="checkbox"/>							

1 **COCHEZ UNE SEULE REPONSE PAR QUESTION EN A - B - C**

**A**

**B**

**C**

Selon vous, quelqu'un qui :		Fou,	malade mental	dépressif	aucun des trois	normal	anormal	dangereux	peu dangereux
1j	- fait des crises, des convulsions est : (chute, tremblements, bave, évanouissement,...)	<input type="checkbox"/>							
1k	- a un comportement bizarre est :	<input type="checkbox"/>							
1l	- a un discours bizarre, sans aucun sens est :	<input type="checkbox"/>							
1m	- est négligé, souvent sale est :	<input type="checkbox"/>							
1n	- est isolé, en retrait, cherche à être seul est :	<input type="checkbox"/>							
1o	- est anxieux est :	<input type="checkbox"/>							
1p	- commet un viol est :	<input type="checkbox"/>							
1q	- commet un inceste est :	<input type="checkbox"/>							
1r	- commet un meurtre est :	<input type="checkbox"/>							

## 1. Le "fou"

Les actes transgressifs sont avant tout associés au "fou" (cf. Tableau 11) :

- un meurtre (31-59%),
- un viol (28-50%),
- un inceste (26-54%)

sauf à **Maurice** et en **Guadeloupe** (17-36% pour chacun des items).

Cette acception est en revanche particulièrement forte à Madagascar et aux **Comores**.

Les réponses des personnes interrogées sur les sites de Madagascar englobent bien des comportements gênants dans les concepts de "folie" :

- drogue,
- discours bizarre,
- violence envers soi même,
- être sale et négligé.

Ces résultats rejoignent l'analyse des questions ouvertes.

Notons que le délire et l'hallucination ne sont pas considérés comme relevant essentiellement du " fou ", sauf à la **Réunion** (37%).

A **Maurice**, les personnes interrogées considèrent principalement le "fou" comme quelqu'un qui hallucine (31%) ou qui est violent (34%).

Bien que des tendances nettes se remarquent, il n'y a pas de **consensus international sur le sujet**.

Lorsque dans le questionnaire nous proposons un acte transgressif, il est posé comme fait brut. C'est à dire en l'absence de tout sens accessible. C'est l'acte d'un "fou".

## 2. Le "malade mental"

La représentation du "malade mental" est composite (cf. Tableau 12).

Est considéré comme "malade mental" quelqu'un qui :

- délire, hallucine (37-60%) - sauf aux **Comores** (24%)
- commet un inceste (36-56%) -surtout en France métropolitaine (41-56%)
- commet un viol (31-58%) - surtout en France métropolitaine (40-58%).

De même, est qualifié de "malade mental" quelqu'un qui :

- est déficient intellectuellement ou attardé (47-64%) - sauf aux **Comores** (19%),
- est violent envers lui-même ou les autres (35-51%) - particulièrement en France métropolitaine (39-50%),
- bat régulièrement son mari, sa femme ou ses enfants (31-49%)
- a un discours bizarre (32-50%) - un peu moins à la **Réunion** (27%).

**Viol et inceste** sont considérés comme relevant plus du "malade mental" (7 sites > 30% et 4 sites > 50%) que du "fou" (7 sites > 30% et 1 site > 50%). Il en est de même pour la violence envers les autres et envers lui-même, battre son conjoint, ses enfants ...

**Faire des crises de convulsion** (48-49%) ou avoir un comportement bizarre (39-42%) sont des comportements considérés comme relevant de la "maladie mentale" à **Maurice** et **Mahajanga**. A **Mahajanga** est également considéré comme "malade mental" celui qui est isolé (33%), anxieux (30 %) ou pleure souvent (31 %).

**Tenter de se suicider** n'est manifestement pas considéré comme relevant de la "maladie mentale" en **France** métropolitaine (6-11%), de même que :

- boire (5-9%)
- être négligé (3-7%)
- être isolé, en retrait (1-5%)
- être anxieux (1-4%).

Délire, déficience, discours bizarre, inceste, viol, violence envers soi et/ou autrui sont le fait de la "maladie mentale".

- **On pourrait dire que les représentations renvoient ici à la "maladie mentale" comme folie médicalisée. Le "malade mental" est porteur d'un trouble biologique qui explique ses comportements antisociaux. On est frappé de la convergence de cette analyse issue du dépouillement de questionnaires avec des travaux plus qualitatifs. Mentionnons en particulier une thèse d'anthropologie récente faite sur des observations dans le sud de la France dans laquelle l'auteur montre comment la pensée médicale, en créant le terme de maladie mentale " a créé une nouvelle attitude à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux " et arrive en conclusion à constater que "la médecine a créé une nouvelle place pour le "malade mental" dans l'imaginaire social. Mais ce serait certainement une erreur de croire que la médecine a modifié la place que tient le fou dans notre imaginaire"<sup>98</sup>.**
- **Nous ne retrouvons pas cela chez le "fou", dont l'étiologie n'est guère probante et dont les manifestations ostentatoires restent mal expliquées. La transgression des tabous (meurtre essentiellement) reste son fait majeur. Le "malade mental" transgresse des tabous plus intimes qu'externes, moins visibles de prime abord (viol, inceste, violence familiale).**

### 3. Le "dépressif"

Ici nous changeons radicalement de lieu et d'analyse (cf. Tableau 13).

Les comportements suivants représentent massivement le "dépressif". Quelqu'un qui :

- pleure souvent - surtout en France métropolitaine (85-91%), dans les DOM et à **Maurice** (71-76%) – moins à Madagascar (38-39%),
- tente de se suicider – particulièrement en France métropolitaine (76-84%) ; dans les DOM et à **Maurice** (61-72%) – moins à Madagascar (36-38%)
- est isolé (45-66%) - un peu moins à Madagascar (28-29%).
- Le "dépressif" représente aussi à moindre titre l'anxiété (sauf à **Mahajanga**). On verra qu'à **Mahajanga** les troubles anxieux sont extrêmement forts dans la population).
- Aux **Comores** on observe une inversion des réponses par rapport aux autres sites. A part le meurtre, les items généralement classés du côté du malade ou du "fou" se retrouvent ici attachés au "dépressif". Notre hypothèse est que le mot "dépressif" inexistant en langue comorienne a été traduit par une expression proche de celle du "malade mental". (Nous touchons là le problème de la validité de la traduction de l'instrument, qu'il nous a été très difficile de contrôler, pour des raisons logistiques).

Il y a un début de **consensus international** à propos de la "dépression" comme une **mise en retrait** de l'individu de la société et de la vie. Les pourcentages sont relativement forts sur les items clés : "quelqu'un qui pleure souvent", "quelqu'un qui tente de se suicider", "quelqu'un qui est isolé en retrait qui cherche à être seul". On voit bien l'intégration progressive du concept de "dépression" dans le paysage sémantique de l'Océan indien. Si pour la France, les jeux sont faits, les pays tels que Madagascar, **Maurice** et les **Comores** "résistent" à ce concept.

### 4. Aucun des trois (ni "fou", ni "malade mental", ni "dépressif")

- Être sale, boire, faire des crises, avoir un comportement bizarre, se droguer, être anxieux, déficient, en retrait sont des comportements n'étant pas identifiés comme relatif au "fou", au "malade mental" ou au "dépressif", surtout en **France** (cf. Tableau 14). **On peut se demander si l'on n'observe pas là une "dépathologisation" ou une "dépsychiatisation" de certains comportements en France.**
- Cette catégorie recueille les comportements qui possèdent une qualification propre : "alcoolique", "drogué", "épileptique" "anxieux" et les indissolubles dans les trois autres catégories : "sale".
- A noter : à **Maurice**, commettre un meurtre relève plus de cette catégorie par défaut. Quelqu'un qui commet un meurtre n'est considéré ni comme "fou", ni comme "malade mental", ni comme "dépressif" mais comme un meurtrier...

- Le "malade mental" et le "fou" sont ceux qui font peur ; ils sont représentés comme violents et dangereux. La figure du meurtrier " colle " à celle du "fou" ; la figure du "malade mental" à celle du danger domestique ; la figure du "dépressif" à celle du malheur ambiant.
- L'item " aucun des trois " coule de source lorsque l'on peut identifier une origine : drogue, alcool, convulsions voire anxiété. Plus le diagnostic étiologique est possible, moins on qualifiera le comportement comme relevant de la "folie" ou de la "maladie mentale".

**Les tableaux qui suivent indiquent le détail des réponses par site d'enquête.**

**Ils sont complétés par les tableaux situés en annexe.**

**Les graphiques montrent les variants et les invariants qui se dégagent dans les représentations du " fou ", du " malade mental "et du " dépressif "**

**TABLEAU 11 : COMPORTEMENTS ET CONDUITES ASSOCIES AU "FOU"**

"FOU"	Comores	MADAGASCAR		Maurice	Réunion	Guadeloupe	Marseille	Pyénées Orientales	Nantes	Sud hauts de seine	Vallée de la Lys	Lille- Hellemmes	Tourcoing
		Tananarive	Mahajanga										
Quelqu'un qui commet un meurtre	59	53	62	17	36	24	49	47	37	31	45	41	42
Quelqu'un qui commet un viol	31	44	50	17	35	27	47	45	33	30	40	32	40
Quelqu'un qui commet un inceste	38	51	54	19	36	26	45	42	30	27	39	31	37
Quelqu'un qui bat régulièrement son mari, sa femme ou ses enfants	14	27	40	9	26	19	36	36	24	22	33	26	30
Quelqu'un qui est violent envers les autres	8	31	30	26	30	34	33	34	28	20	31	28	27
Quelqu'un qui délire, hallucine	32	19	22	31	37	27	28	32	28	23	22	28	30
Quelqu'un qui est violent envers lui-même	18	38	35	34	28	30	26	28	20	17	25	22	21
Quelqu'un qui a un discours bizarre, sans aucun sens	27	38	36	29	31	22	22	23	26	19	17	19	22
Quelqu'un qui a un comportement bizarre	12	28	31	14	24	15	16	19	14	8	14	11	13
Quelqu'un qui prend régulièrement des drogues	8	39	39	3	16	12	9	10	5	5	10	7	8
Quelqu'un qui fait des crises, des convulsions	3	6	9	5	3	2	5	6	5	3	3	4	3
Quelqu'un qui tente de se suicider	31	20	20	5	5	6	6	4	2	2	4	4	3
Quelqu'un qui est déficient intellectuel, attardé	9	14	23	5	4	4	3	8	2	2	3	2	2
Quelqu'un qui boit régulièrement des boissons alcoolisées	7	18	23	1	6	3	3	5	2	2	3	2	2
Quelqu'un qui est négligé, souvent sale	13	39	26	12	6	6	3	2	2	2	2	3	1
Quelqu'un qui est isolé, en retrait, cherche à être seul	10	7	11	2	1	1	2	1	0	1	1	1	1
Quelqu'un qui est anxieux	5	6	5	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0
Quelqu'un qui pleure souvent	5	3	6	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0

plus de 50%

de 30 à 49 %

de 20 à 29 %

de 10 à 19 %

Moins de 10%

**TABLEAU 12 : COMPORTEMENTS ET CONDUITES ASSOCIES AU "MALADE MENTAL"**

"MALADE MENTAL"	Comores	MADAGASCAR		Maurice	Réunion	Guadeloupe	Marseille	Pyénées Orientales	Nantes	Sud hauts de Seine	Vallée de la Lys	Lille-Hellemmes	Tourcoing
		Tananarive	Mahajanga										
Quelqu'un qui délire, hallucine	24	38	54	46	37	46	47	54	47	56	52	46	47
Quelqu'un qui commet un inceste	27	28	28	36	39	43	41	45	53	54	44	50	47
Quelqu'un qui commet un viol	31	31	25	33	40	41	40	43	50	56	44	52	45
Quelqu'un qui est déficient intellectuel, attardé	19	52	54	64	53	47	47	47	46	48	53	48	50
Quelqu'un qui est violent envers lui-même	22	27	36	38	37	38	41	48	47	48	46	51	48
Quelqu'un qui est violent envers les autres	26	29	35	41	27	35	39	41	45	49	44	41	44
Quelqu'un qui bat régulièrement son mari, sa femme ou ses enfants	25	26	24	32	30	31	36	34	49	48	38	41	41
Quelqu'un qui a un discours bizarre, sans aucun sens	32	39	50	36	27	35	33	38	35	40	33	35	36
Quelqu'un qui commet un meurtre	16	20	20	23	23	20	22	30	32	37	28	29	29
Quelqu'un qui fait des crises, des convulsions	14	25	48	49	22	24	21	23	23	23	19	22	24
Quelqu'un qui a un comportement bizarre	25	37	39	42	22	21	17	20	16	17	19	16	19
Quelqu'un qui prend régulièrement des drogues	27	18	24	16	15	19	15	12	13	15	13	11	12
Quelqu'un qui tente de se suicider	23	26	27	21	14	12	10	9	6	8	9	11	8
Quelqu'un qui boit régulièrement des boissons alcoolisées	21	14	18	8	12	10	6	6	8	8	7	6	5
Quelqu'un qui est négligé, souvent sale	22	19	28	23	11	18	6	4	3	6	4	4	5
Quelqu'un qui est isolé, en retrait, cherche à être seul	22	16	33	11	8	6	5	4	1	4	3	3	2
Quelqu'un qui est anxieux	19	16	30	21	4	7	4	3	3	2	2	4	2
Quelqu'un qui pleure souvent	17	19	31	8	5	2	1	2	0	1	1	1	1

Plus de 50%

de 30 à 49 %

de 20 à 29 %

de 10 à 19 %

Moins de 10%

**TABLEAU 13 : COMPORTEMENTS ET CONDUITES ASSOCIES AU "DEPRESSIF"**

"DEPRESSIF"	Comores	MADAGASCAR		Maurice	Réunion	Guadeloupe	Marseille	Pyénées Orientales	Nantes	Sud hauts de Seine	Vallée de la Lys	Lille-Hellemmes	Tourcoing
		Tananarive	Mahajanga										
Quelqu'un qui pleure souvent	53	39	38	76	71	71	85	89	89	88	91	88	85
Quelqu'un qui tente de se suicider	38	36	38	61	71	72	76	77	82	84	80	78	82
Quelqu'un qui est isolé, en retrait, cherche à être seul	49	29	28	53	46	45	60	66	57	56	63	62	63
Quelqu'un qui est anxieux	49	29	19	49	41	40	37	38	29	40	41	40	41
Quelqu'un qui boit régulièrement des boissons alcoolisées	44	21	15	34	25	25	23	17	20	30	20	28	31
Quelqu'un qui est négligé, souvent sale	48	10	15	38	14	15	25	18	19	25	21	24	24
Quelqu'un qui est violent envers lui-même	46	12	13	21	25	23	26	16	22	24	19	17	23
Quelqu'un qui prend régulièrement des drogues	42	14	10	32	24	20	22	18	18	22	18	21	21
Quelqu'un qui est violent envers les autres	48	14	14	17	26	18	14	6	9	12	10	11	12
Quelqu'un qui a un comportement bizarre	48	13	10	17	13	15	13	8	8	10	12	13	12
Quelqu'un qui fait des crises, des convulsions	58	13	10	14	19	17	13	6	7	9	9	9	10
Quelqu'un qui délire, hallucine	29	12	12	13	11	15	13	5	5	9	12	10	9
Quelqu'un qui bat régulièrement son mari, sa femme ou ses enfants	48	17	14	24	21	22	12	6	6	11	6	9	8
Quelqu'un qui a un discours bizarre, sans aucun sens	37	9	8	12	7	7	9	5	4	7	8	6	8
Quelqu'un qui commet un meurtre	18	6	0	9	12	10	5	2	1	3	3	2	3
Quelqu'un qui est déficient intellectuel, attardé	54	8	8	7	3	3	2	1	0	1	2	2	2
Quelqu'un qui commet un inceste	29	5	5	6	4	3	1	1	0	1	1	1	1
Quelqu'un qui commet un viol	31	7	8	7	5	4	1	1	0	1	2	1	1

plus de 75%

de 50 à 74 %

de 25 à 49 %

De 10 à 24 %

Moins de 10 %

**TABLEAU 14 : COMPORTEMENTS ET CONDUITES ASSOCIES A "AUCUN DES TROIS"**

" AUCUN DES TROIS "	Comores	MADAGASCAR :		Maurice	Réunion	Guadeloupe	Marseille	Pyréneés orientales	Nantes	Sud hauts de Seine	Vallée de la Lys	Lille-Hellemmes	Tourcoing
		Tananarive	Mahajanga										
Quelqu'un qui est négligé, souvent sale	17	31	31	26	70	61	66	76	76	68	73	69	69
Quelqu'un qui boit régulièrement des boissons alcoolisées	28	47	44	57	57	62	68	73	71	60	70	63	62
Quelqu'un qui fait des crises, des convulsions	25	57	33	32	56	57	62	65	65	64	69	65	63
Quelqu'un qui a un comportement bizarre	15	21	19	28	42	50	55	53	62	66	56	60	55
Quelqu'un qui prend régulièrement des drogues	23	28	27	49	45	49	54	61	63	58	59	60	59
Quelqu'un qui est anxieux	26	49	46	28	54	52	58	59	68	59	56	54	57
Quelqu'un qui est déficient intellectuel, attardé	18	27	15	24	39	46	48	44	51	49	42	48	46
Quelqu'un qui a un discours bizarre, sans aucun sens	5	14	6	23	35	36	35	34	36	34	42	39	34
Quelqu'un qui est isolé, en retrait, cherche à être seul	19	48	28	33	45	48	33	30	41	39	33	33	34
Quelqu'un qui commet un meurtre	7	21	12	51	28	46	24	22	29	29	24	28	26
Quelqu'un qui bat régulièrement son mari, sa femme ou ses enfants	13	29	22	35	24	28	17	24	21	20	23	24	21
Quelqu'un qui est violent envers les autres	18	26	21	16	17	13	15	19	18	19	15	20	17
Quelqu'un qui commet un inceste	5	16	12	39	22	28	12	12	17	18	15	18	15
Quelqu'un qui commet un viol	7	18	17	43	20	28	11	11	17	14	14	16	15
Quelqu'un qui délire, hallucine	15	32	12	10	14	12	13	10	18	12	13	16	14
Quelqu'un qui pleure souvent	26	39	25	15	23	25	14	9	11	11	8	11	14
Quelqu'un qui est violent envers lui-même	13	24	16	7	9	9	7	8	11	10	10	10	8
Quelqu'un qui tente de se suicider	8	18	15	14	10	10	9	11	10	6	8	8	7

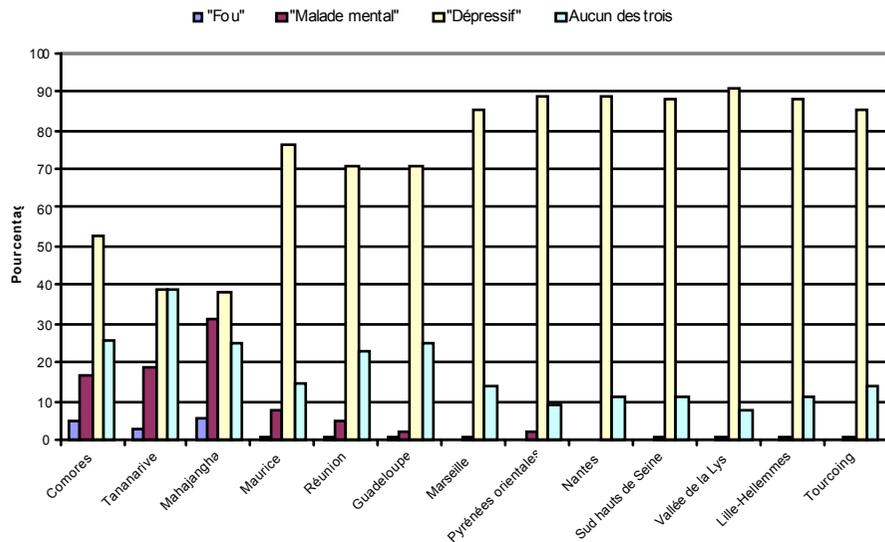
Plus de 50 %

De 25 à 49 %

De 10 à 24 %

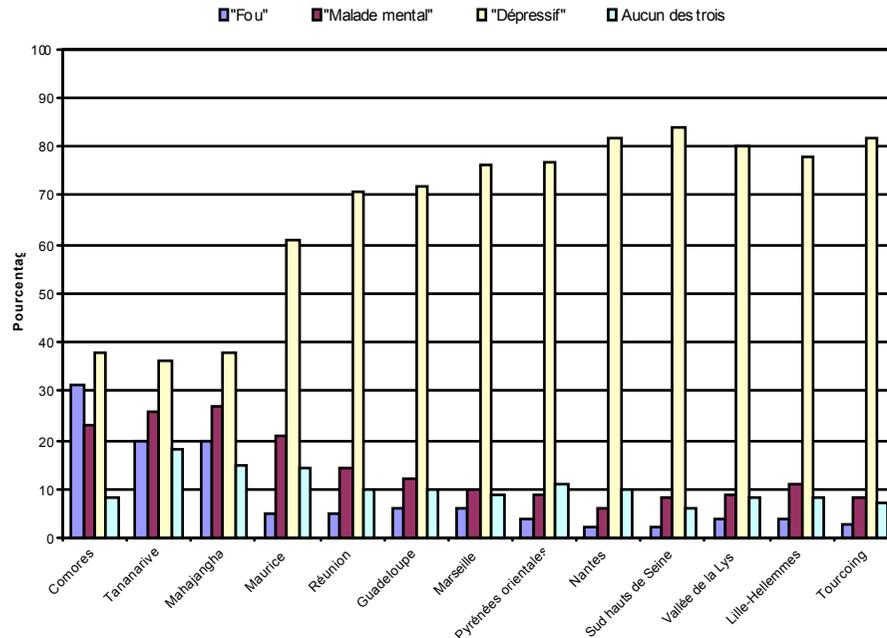
Moins de 10 %

Selon vous, quelqu'un qui pleure souvent, et qui est la plupart du temps triste est :



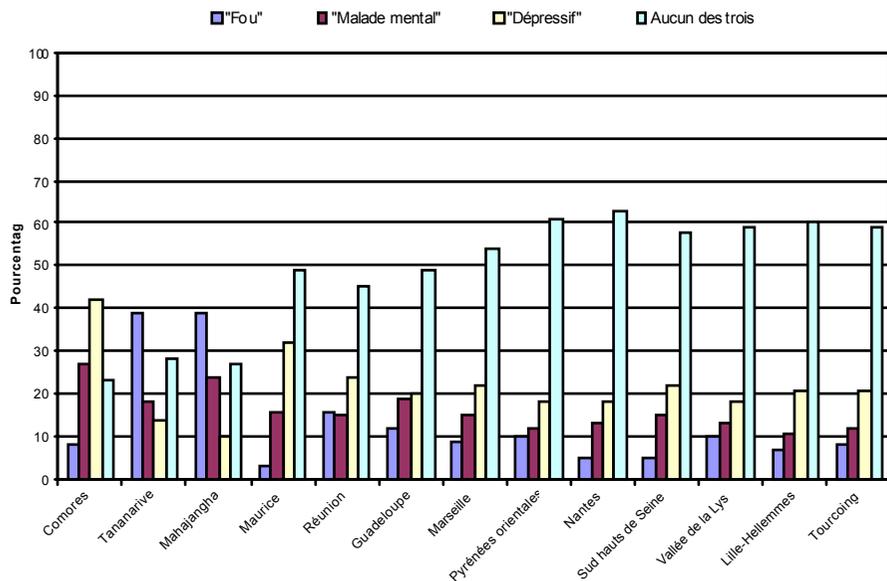
**GRAPHIQUE 5**

Selon vous, quelqu'un qui tente de se suicider est :



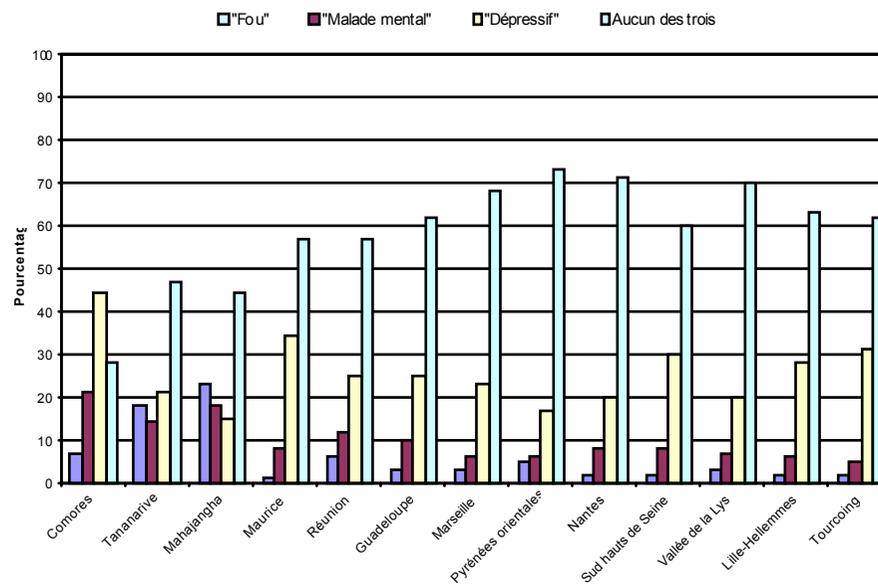
**GRAPHIQUE 6**

Selon vous, quelqu'un qui prend régulièrement des drogues est :



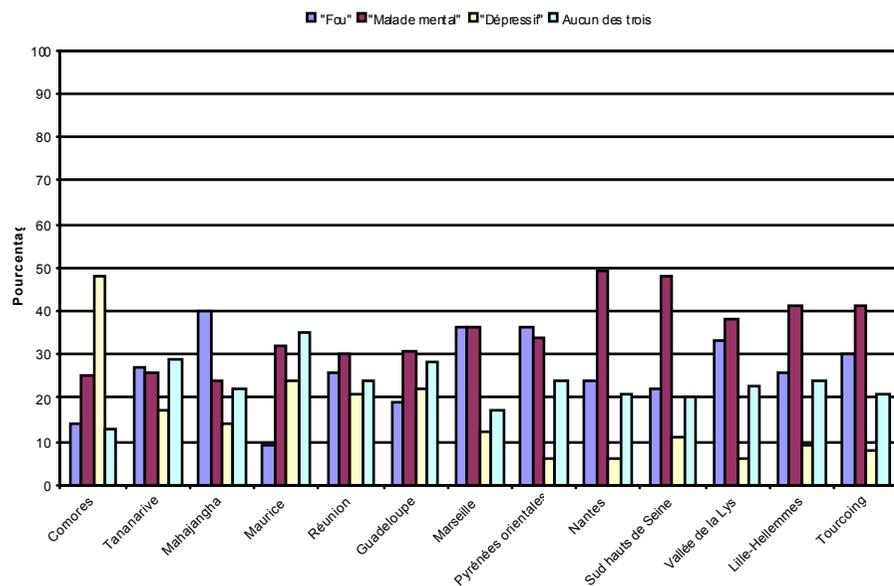
**GRAPHIQUE 7**

Selon vous, quelqu'un qui boit régulièrement des boissons alcoolisées est :



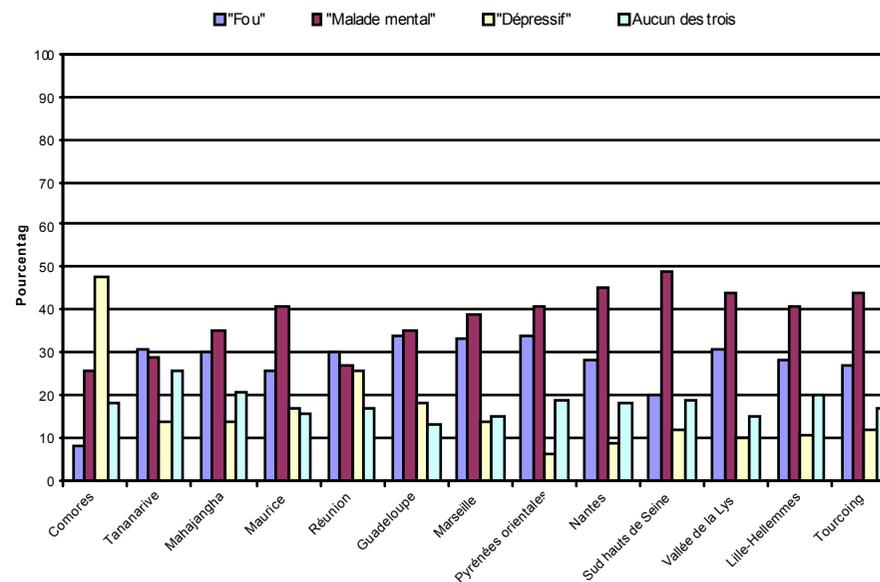
**GRAPHIQUE 8**

Selon vous, que lq'u'un qui bat régulièrement son mari, sa femme ou ses enfants est :



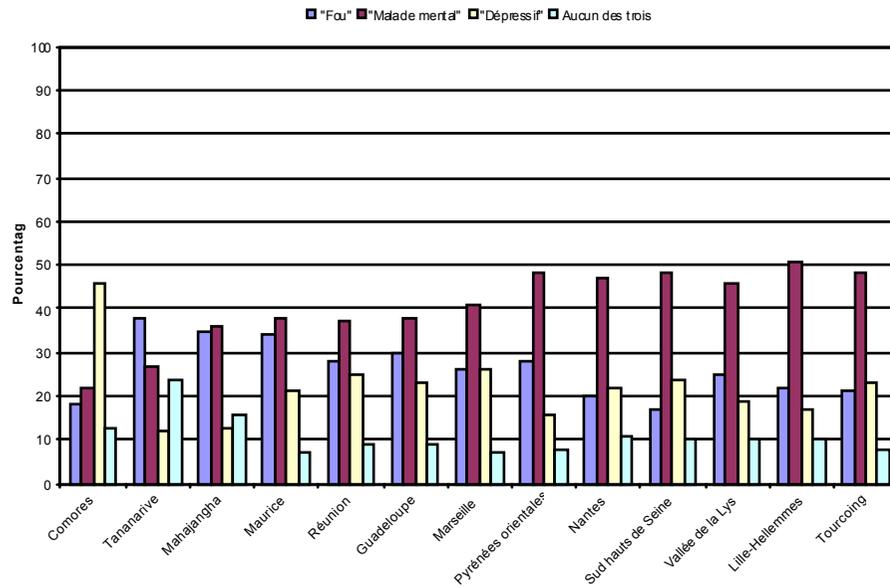
**GRAPHIQUE 9**

Selon vous, que lq'u'un qui est violent envers les autres et les objets est :



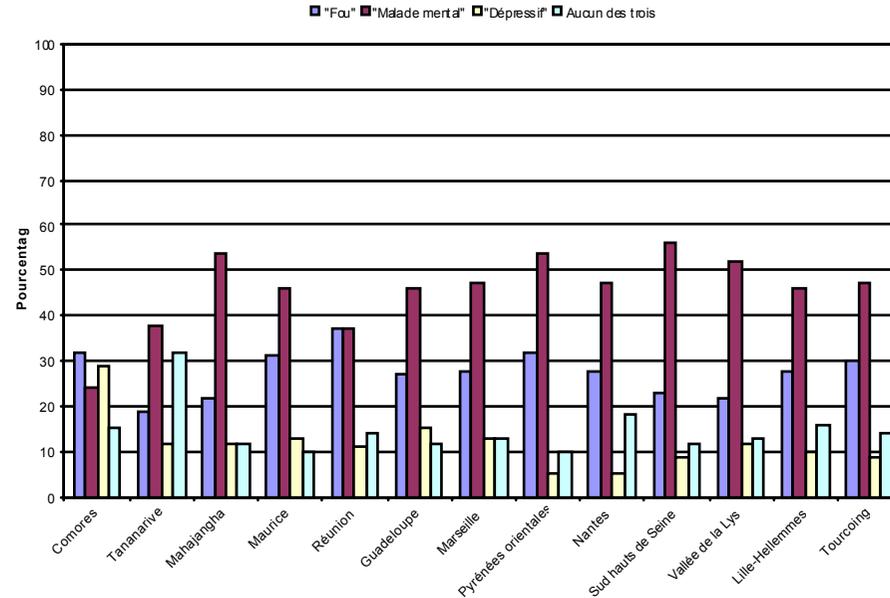
**GRAPHIQUE 10**

Selon vous, que lq'u'un qui est violent envers lui-même est :



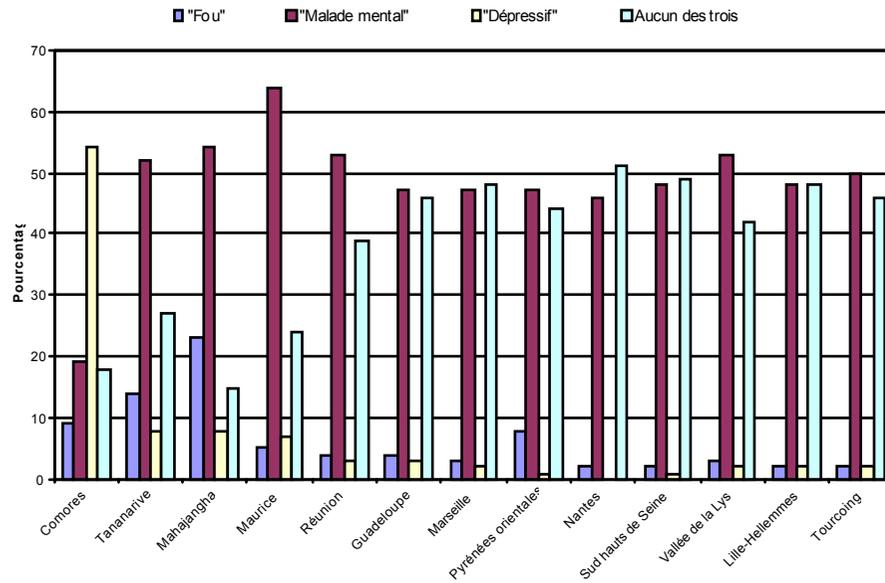
**GRAPHIQUE 11**

Selon vous, que lq'u'un qui délire, hallucine est :



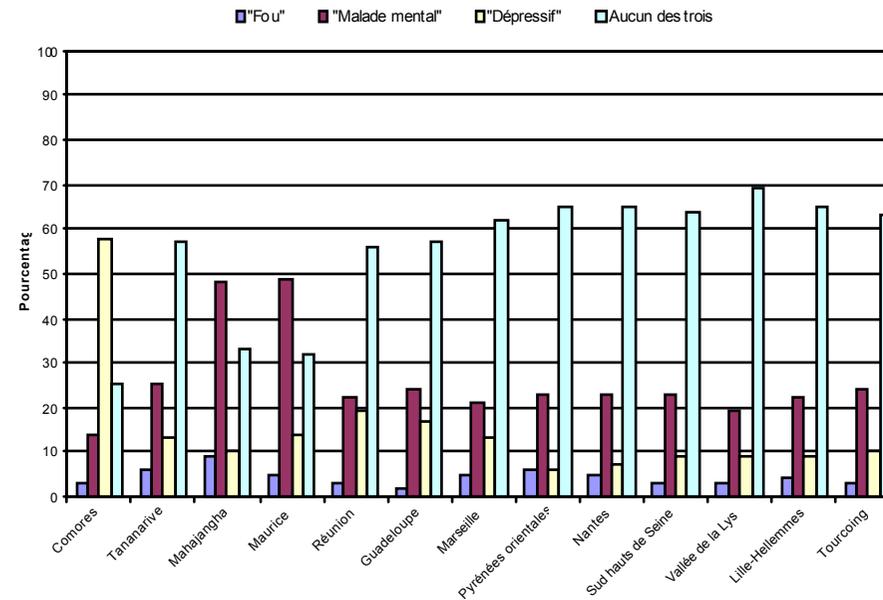
**GRAPHIQUE 12**

Selon vous, quelqu'un qui est déficient intellectuel, a-t-il tardé est :

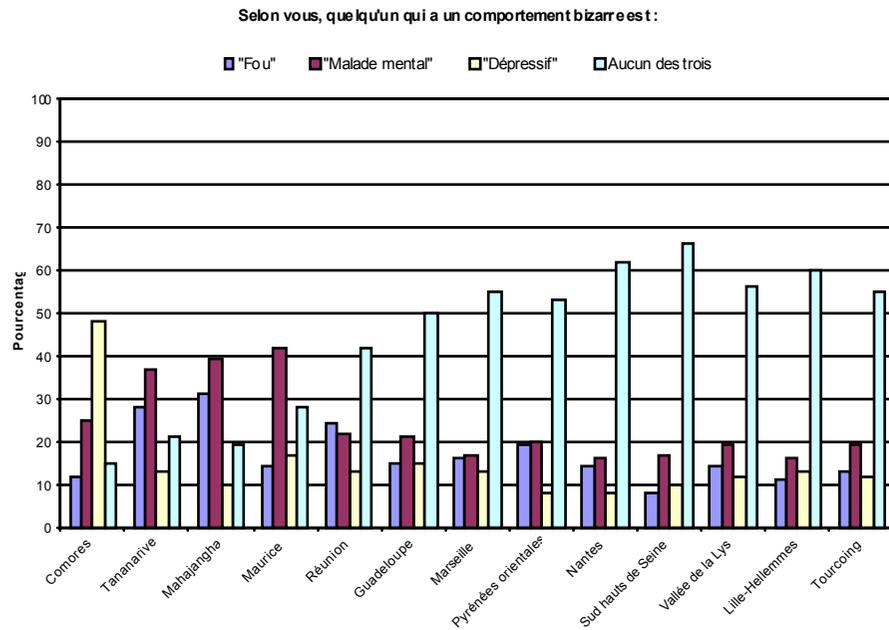


**GRAPHIQUE 13**

Selon vous, quelqu'un qui fait des crises, des convulsions est :

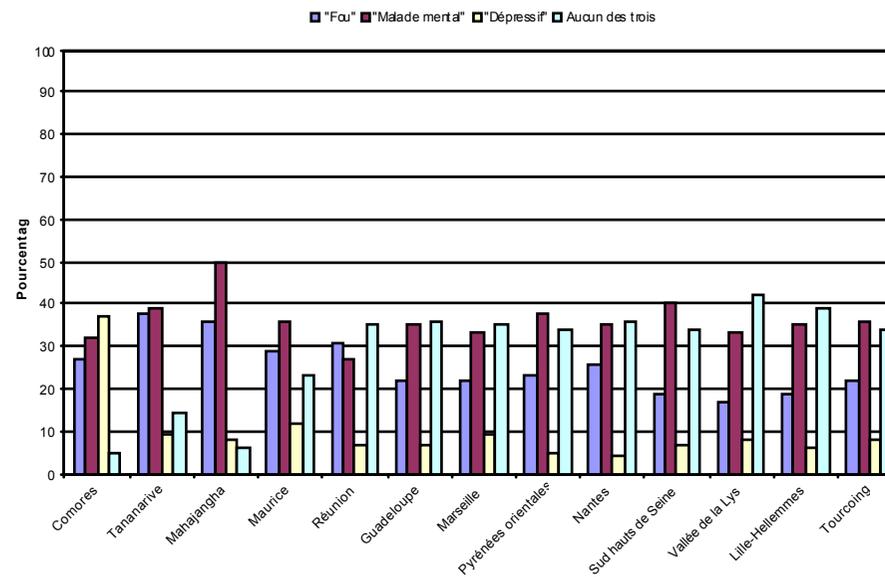


**GRAPHIQUE 14**



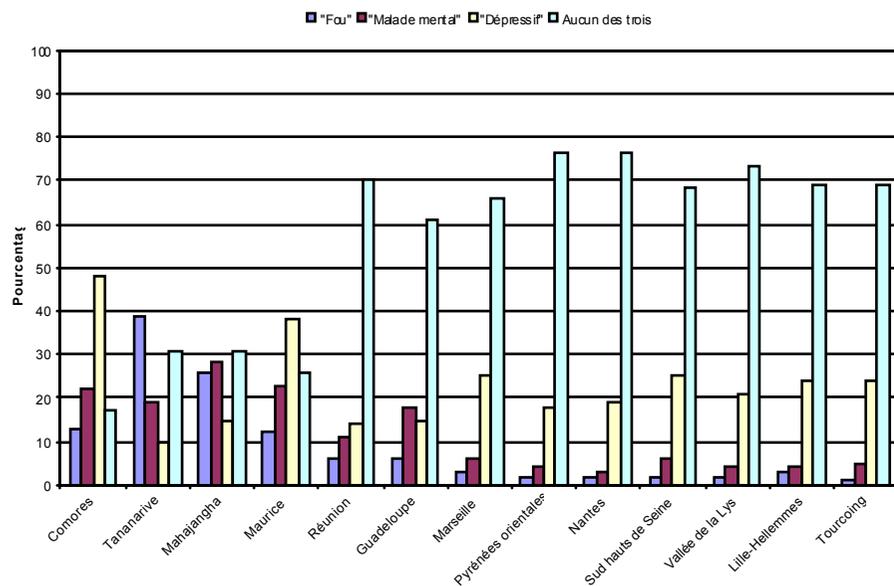
**GRAPHIQUE 15**

Selon vous, quelqu'un qui a un discours bizarre, sans aucun sens est :



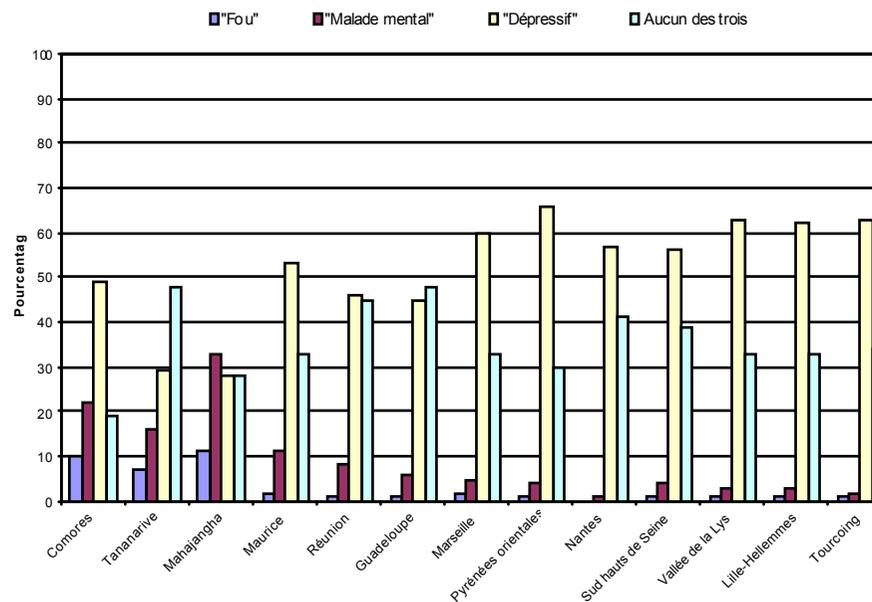
**GRAPHIQUE 16**

Selon vous, que lq'un qui est négligé, souvent sale est :

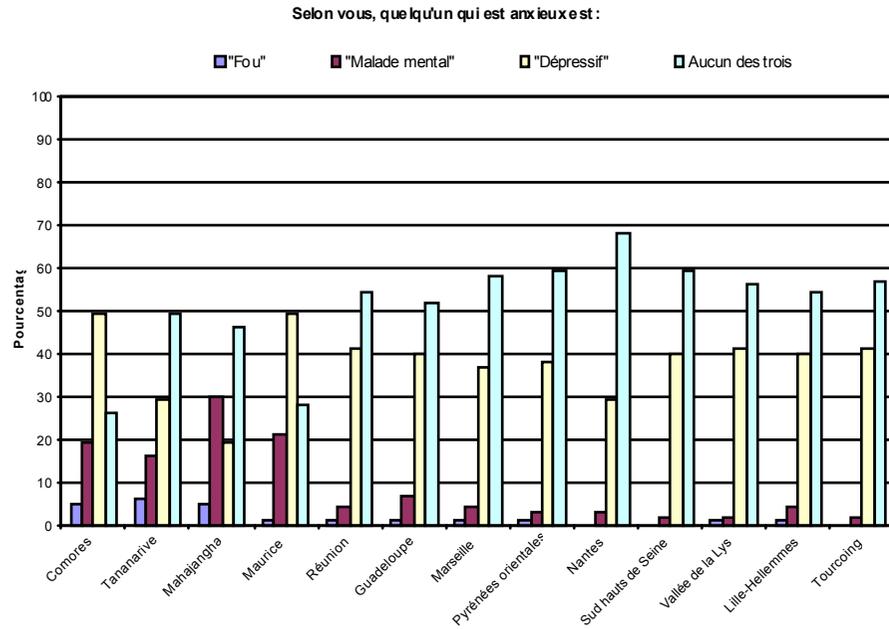


**GRAPHIQUE 17**

Selon vous, quelq'un qui est isolé, en retrait, cherche à être seul est :

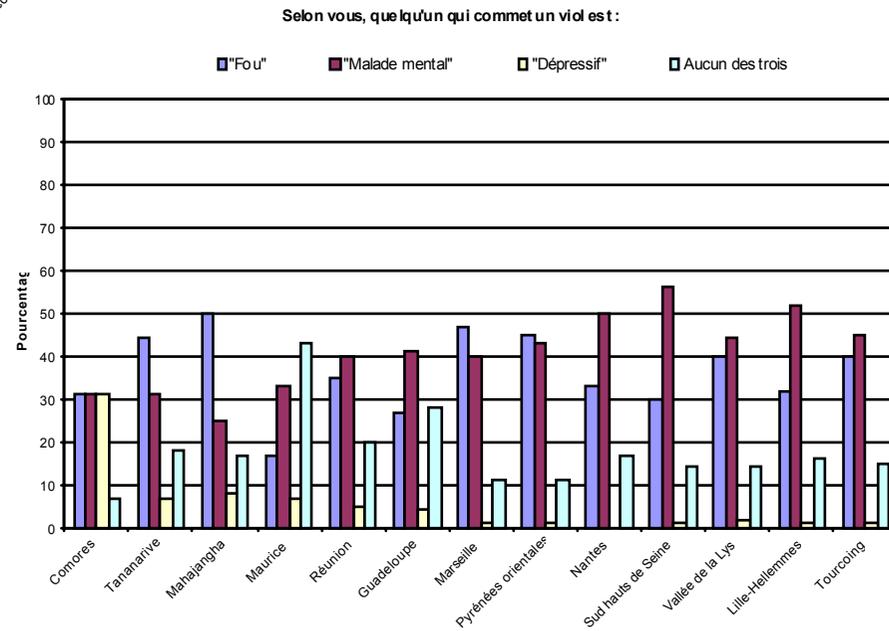


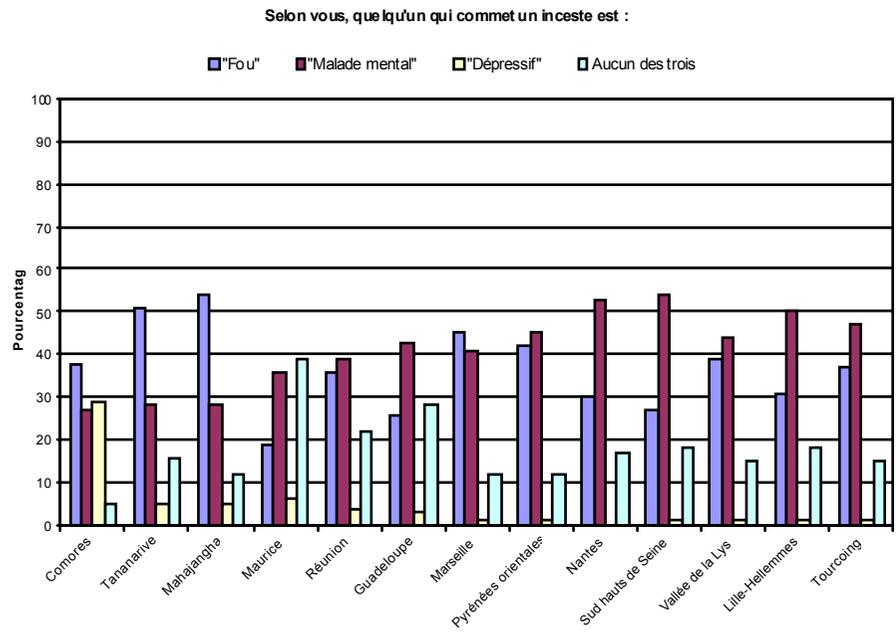
**GRAPHIQUE 18**



**GRAPHIQUE 19**

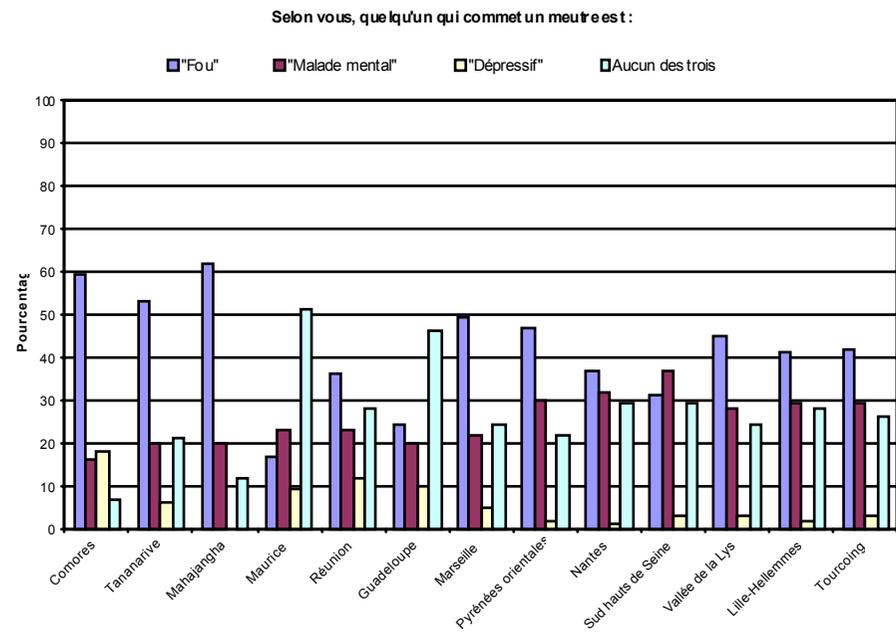
**GRAPHIQUE 20**





**GRAPHIQUE 21**

**GRAPHIQUE 22**



## 5. Normal / Anormal

- On regrette a posteriori qu'en parallèle à l'opposition très légitime "normal/anormal" ne puisse mieux ressortir l'**opposition sain/pathologique**. A plusieurs reprises on est tenté lors, de l'interprétation, de faire correspondre "anormal" et "pathologique", termes dont l'équivalence est trompeuse. Les conduites déviantes dans nos sociétés, les conduites anormales survenant chez des sujets non reconnus comme malades dans d'autres sociétés (crise relevant d'une possession par exemple), tendent ainsi à être soit occultées, soit intégrées dans l'ordre de la pathologie. Les réponses "aucun des trois" sont sans doute un refuge pour échapper dans certains cas à l'impossibilité de situer l'anormal non pathologique, sans que cela signifie que l'on est dans l'ordre du "normal".
- Tous les comportements proposés sont classés dans le champ de l'anormalité, sauf en ce qui concerne les items de la "dépression" : "être isolé", "pleurer", "être anxieux", qui sont dans l'ensemble considérés comme "normaux" (en France métropolitaine surtout). On pourrait dire que plus on comprend, plus on peut s'identifier aux comportements, plus cela devient normal (cf. Tableaux 15 et 17).
- Le **gradient d'anormalité** est assez intéressant puisque le meurtre, identifié comme apanage du "fou" n'arrive qu'en quatrième position après l'inceste, le viol (majoritaire pour l'item "malade mental") et le fait de battre ses proches.
- La violence est perçue comme appartenant au domaine de l'anormalité ; "délirer", "avoir un discours bizarre", "prendre des drogues et de l'alcool" tendent à être des comportements considérés comme plus normaux. Toutefois, ceci n'est pas le cas aux **Comores** et à **Mahajanga**.

## 6. Dangerosité

Là aussi, un gradient international existe (cf. Tableaux 16 et 17):

- A **Maurice**, dans les DOM et en France métropolitaine, la non dangerosité est associée aux comportements suivants : être sale, avoir un discours ou un comportement bizarre, faire des convulsions ou être déficient intellectuellement.
- Ceci est moins vrai à Madagascar et aux **Comores**, où ces comportements, comme les autres, sont tous connotés de la notion de danger. Ceci rejoint les résultats des analyses ALCESTE, qui ont montré que dans ces sites, ces comportements étaient aussi plus souvent associés à l'image du "fou" et du "malade mental".
- **Les items liés à la sémiologie de la "dépression" ne sont pas non plus, perçus comme "dangereux" (être isolé, être anxieux, pleurer souvent, être triste). On peut là encore invoquer la même logique rationnelle que pour la normalité : plus on peut s'identifier, plus on considère le comportement comme "peu dangereux".** La même réserve que précédemment s'applique pour les sites comorien et malgaches. Rappelons également, en particulier par rapport au fait d'être isolé, en retrait, que ces comportements peuvent être plus facilement perçus comme anormal voire dangereux dans une société où "le groupe prime sur le sujet".

- Le **délire et le suicide** sont placés dans une zone dangereuse mais intermédiaire (sauf aux **Comores**).
- La **consommation d'alcool et de drogue**, si elle n'est majoritairement pas associée aux représentations du "fou", du "malade mental" ou du "dépressif" (cf. plus haut) est par contre corrélée à la notion de danger (pour la santé du sujet ou pour les autres). Cette association est particulièrement forte à Madagascar ; ceci étant à mettre en relation avec les causes attribuées à la "folie" et la "maladie mentale".
- **Les items relevant de la violence vers soi-même et vers les autres sont évidemment identifiés comme "dangereux" (violent envers soi-même ou les autres, inceste, battre ses proches, meurtre et viol.**
- Sauf pour les items transgressifs et manifestement porteurs de dangers tels le meurtre, le viol, l'inceste, la violence à autrui, et dans une moindre mesure la prise de toxiques, il y a une relative **dissociation entre anormalité et dangerosité**. Nous en prenons acte tout en regrettant de ne pas pouvoir comparer ces résultats à ceux d'études similaires.

- **Grosso modo, le "dépressif" est plutôt considéré comme "normal" et "peu dangereux", le "fou" anormal et dangereux, le "malade mental" "anormal" et plus ou moins "dangereux". Apparaissent pour le "malade mental" des notions médicales et explicatives.**
- **L'anormalité** est le fait de la quasi-totalité des comportements utilisés pour la description de nos entités, sauf ceux associés à la "dépression".
- **La dangerosité** évolue vers les conduites de prises de toxiques (alcool et drogues) qui ne sont pas considérées comme relevant d'un "fou", d'un "malade mental" ou d'un "dépressif" - la cause externe étant le produit identifié, sans se poser la question du pourquoi de la consommation.
- Le "dépressif" a droit, lui, à une explication environnementale (stress, chômage, deuils...), de même que le "malade mental" (la biologie, l'hérédité, la naissance) pas le "fou", ni les autres "déviant" de la société.
- **On ne manquera pas par la suite de voir que le "fou" est considéré comme moins curable que les autres.**

**TABLEAU 15 : COMPORTEMENTS ET CONDUITES CONSIDERES COMME "ANORMAL"**

"ANORMAL"	Comores	MADAGASCAR		Maurice	Réunion	Guadeloupe	Marseille	Pyrénées Orientales	Nantes	Sud hauts de Seine	Vallée de la Lys	Lille- Hellemmes	Tourcoing
		Tananarive	Mahajanga										
Quelqu'un qui commet un inceste	91	91	92	88	96	88	96	97	97	97	98	98	97
Quelqu'un qui commet un viol	90	90	92	84	95	88	96	96	97	97	98	97	97
Quelqu'un qui bat régulièrement son mari, sa femme ou ses enfants	78	81	86	83	94	85	93	95	95	94	94	96	93
Quelqu'un qui commet un meurtre	91	91	95	85	93	76	91	92	92	95	95	96	93
Quelqu'un qui est violent envers les autres	79	84	91	90	92	92	90	92	92	92	92	95	91
Quelqu'un qui est violent envers lui-même	87	85	92	94	92	92	87	92	89	90	91	93	90
Quelqu'un qui délire, hallucine	84	85	93	90	91	91	86	92	84	87	87	84	87
Quelqu'un qui a un discours bizarre, sans aucun sens	92	89	95	79	80	78	76	76	76	78	77	77	78
Quelqu'un qui prend régulièrement des drogues	76	86	89	76	83	80	70	70	67	74	78	79	72
Quelqu'un qui est déficient intellectuel, attardé	91	90	95	77	72	76	74	75	70	70	76	71	72
Quelqu'un qui fait des crises, des convulsions	93	84	91	76	69	76	61	61	66	70	66	74	66
Quelqu'un qui tente de se suicider	89	84	86	77	79	73	61	63	59	63	67	72	64
Quelqu'un qui a un comportement bizarre	84	89	90	79	77	69	62	63	56	56	68	63	61
Quelqu'un qui boit régulièrement des boissons alcoolisées	72	66	73	49	74	66	56	54	54	58	58	72	58
Quelqu'un qui est négligé, souvent sale	84	80	83	77	72	67	59	47	52	61	64	71	57
Quelqu'un qui est isolé, en retrait, cherche à être seul	80	59	78	62	54	48	44	40	43	48	53	56	44
Quelqu'un qui pleure souvent	83	70	83	61	64	57	35	36	38	40	42	46	35
Quelqu'un qui est anxieux	78	59	67	65	45	42	28	21	23	29	34	37	29

Plus de 90 %

de 75 à 89 %

de 50 à 74 %

Moins de 50 %

**TABLEAU 16 : COMPORTEMENTS ET CONDUITES CONSIDERES COMME "DANGEREUX"**

"DANGEREUX"	Comores	MADAGASCAR		Maurice	Réunion	Guadeloupe	Marseille	Pyrénées orientales	Nantes	Sud hauts de Seine	Vallée de la Lys	Lille-Hellemmes	Tourcoing
		Tananarive	Mahajanga										
Quelqu'un qui commet un viol	95	91	92	95	98	95	98	98	99	99	99	99	99
Quelqu'un qui commet un meurtre	98	95	96	96	96	90	98	97	98	99	99	98	98
Quelqu'un qui bat régulièrement son mari, sa femme ou ses enfants	91	83	88	90	95	90	97	97	99	97	97	97	98
Quelqu'un qui commet un inceste	96	85	86	94	95	92	96	97	98	96	98	96	98
Quelqu'un qui est violent envers les autres	98	83	84	95	93	91	93	95	96	91	94	92	96
Quelqu'un qui est violent envers lui-même	89	77	87	91	85	81	77	82	77	77	78	77	82
Quelqu'un qui prend régulièrement des drogues	87	91	92	82	81	84	77	75	71	77	84	82	79
Quelqu'un qui boit régulièrement des boissons alcoolisées	84	69	65	57	77	69	65	64	70	72	68	77	74
Quelqu'un qui tente de se suicider	94	77	82	74	70	54	57	61	61	62	65	66	71
Quelqu'un qui délire, hallucine	82	59	80	55	58	47	49	55	55	47	51	47	52
Quelqu'un qui fait des crises, des convulsions	81	63	79	54	39	22	28	34	38	37	41	38	37
Quelqu'un qui a un comportement bizarre	80	64	77	49	41	26	22	24	20	20	29	25	28
Quelqu'un qui pleure souvent	76	50	63	28	26	12	13	11	15	16	17	20	18
Quelqu'un qui a un discours bizarre, sans aucun sens	83	58	76	34	25	16	15	17	14	12	14	13	16
Quelqu'un qui est déficient intellectuel, attardé	79	50	68	31	19	12	12	14	13	9	13	12	12
Quelqu'un qui est isolé, en retrait, cherche à être seul	80	36	57	22	18	9	7	7	9	9	11	12	10
Quelqu'un qui est anxieux	75	36	45	20	13	10	6	4	5	6	6	8	7
Quelqu'un qui est négligé, souvent sale	79	49	50	24	16	11	5	5	4	5	5	6	7

plus de 95%

de 90 à 95 %

de 75 à 90 %

De 50 à 75%

De 10 à 50%

Moins de 10 %

**TABLEAU 17 : GRADIENTS OBSERVES CONCERNANT LES COMPORTEMENTS ET LES CONDUITES**



## 7. Synthèse des réponses aux questions sur les comportements et les conduites du "fou", du "malade mental" et du "dépressif" :

### Le "dépressif"

- Les attitudes du "dépressif" sont bien caractérisées. Ainsi, sur les sites de France métropolitaine, quelqu'un qui pleure souvent ou qui tente de se suicider est "dépressif" pour plus de 75 % des personnes interrogées. Quelqu'un qui est isolé, en retrait est "dépressif" pour plus de 50%. En revanche, les modalités relatives à des comportements violents (meurtre, inceste ou viol) ou certains traits de personnalité (discours bizarre, ou déficience intellectuelle) sont très peu retenus (<10% sur les sites de France métropolitaine).
- A **Maurice**, à la **Réunion** et en **Guadeloupe**, l'état "dépressif" ressort moins fortement mais de manière similaire.
- Aux **Comores**, tous les items proposés sont plus ou moins cités comme révélateurs d'un caractère "dépressif". Ceci est certainement à mettre en relation avec une difficulté à traduire le concept, car il ne recouvrirait pas d'entité perçue comme telle dans ce site. Toutes les questions seraient alors abordées de manière indifférenciée.
- Les traits de caractère du "dépressif" (quelqu'un qui pleure souvent, qui est isolé, en retrait ou qui est anxieux...) sont plutôt considérés comme normaux et surtout peu dangereux. Cependant, entre 50 et 75% des personnes interrogées sur les sites français et de **Maurice** considèrent la personne qui tente de se suicider comme anormale, et dans une même proportion, comme dangereuse.

### Le "fou" et le "malade mental"

- Les actes et comportements violents (commettre un viol, un inceste, un meurtre, battre sa femme, être violent envers les autres) sont rapportés à l'état de "fou" et de "malade mental". Néanmoins, la notion de "malade mental" est plus fréquemment choisie que celle de "fou". Ces comportements violents sont systématiquement considérés comme dangereux et anormaux.
- Cependant, certaines attitudes associées principalement au "malade mental", comme le délire ou la déficience intellectuelle, ne sont pas pour autant considérées comme dangereuses. La définition du "malade mental" apparaît plus large que celle du "fou". Le "malade mental" est caractérisé par des états jugés dangereux et non dangereux, tandis que le "fou" n'est caractérisé que par des états jugés dangereux.

### Aucun des trois

- Lorsque les personnes interrogées ont répondu majoritairement "aucun des 3" ("fou", "malade mental" ou "dépressif"), c'est peut-être que la description de la personne suffisait à la classer en dehors de ces trois groupes. Par exemple, quelqu'un qui boit régulièrement des boissons alcoolisées n'est jugé ni "fou", ni "malade mental", ni "dépressif" : il est alcoolique ; de même un consommateur régulier de drogues n'apparaît ni "fou", ni "malade mental", ni "dépressif" : il est toxicomane. Cependant, ces comportements sont jugés dangereux et anormaux.

## b. les causes (cf. Tableaux 18 à 20)

Les résultats présentés ci-dessous correspondent à l'analyse de questions ouvertes : "Selon vous, qu'est-ce qui peut rendre fou/malade mental/dépressif " ?).

Les enquêtés répondent spontanément et les réponses sont ensuite codées par l'enquêteur selon 11 catégories :

- origine physique : accident, maladie, hérédité, génétique, etc.
- origine "événements de vie" : deuil, agression (viol, inceste), émotion forte, enfance, etc.
- origine sentimentale : rupture, séparation, déception, amour, etc.
- origine "magico-religieuses" : sort, envoûtement, esprit, etc.
- origine socio-économique : chômage, pauvreté, précarité, manque d'argent, etc.
- origine relationnelle : famille, entourage, amis, etc.
- société
- origine professionnelle : problèmes au travail, travail, relations au travail, conditions de travail, etc.
- origine addictive : drogue, alcool, sexe, jeu, etc.
- autres
- ne sait pas

### 1. Le "fou" (cf. Tableau 18)

Pour la France métropolitaine, les gens pensent que ce qui peut rendre "fou" ce sont d'abord :

- les événements de la vie (23-30%)
- les causes physiques (20-30%)

puis, à moindre titre :

- l'origine sentimentale (9-11%) et la consommation de drogue ou d'alcool (5-10%).

Quelques particularités apparaissent dans les DOM :

- pour les Guadeloupéens la "folie" est d'abord d'origine sentimentale (22%),
- pour les Réunionnais c'est d'abord la consommation de drogue ou d'alcool qui peut rendre "fou" (28%).

A **Maurice**, les causes physiques sont citées par 27% des répondants, puis viennent les événements de vie (23%) et les addictions (15%).

A Madagascar, les causes attribuées à la "folie" sont d'abord :

- la consommation de drogue ou d'alcool (30-42%),
- les problèmes socio-économiques (10-23%),
- les causes magico-religieuses (10-15%) puis
- les événements de vie (8-13%).

Aux **Comores**,

- après les origines physiques (20%) et les événements de vie (20%) viennent :
- les causes magico-religieuses (14 %),
- la consommation de drogue ou d'alcool (12%)
- et les causes socio-économiques (11%).

La dispersion qui reste importante tant à l'intérieur des sites qu'entre les sites eux-mêmes, témoigne-t-elle des difficultés à trouver une cause à la "folie" ? Cette explication pourrait faire écho aux résultats des analyses faites avec ALCESTE.

## 2. Le "malade mental" (cf. Tableau 19)

- **Les causes physiques** sont principalement identifiées pour expliquer la "maladie mentale" en France métropolitaine (48-61%) dans les DOM (45%) et à **Maurice** (23%). **Les événements de vie** arrivent ensuite.
- A Madagascar, ce sont d'abord les causes **socio-économiques** (23-25 %) et **les addictions** (20 %), qui expliquent la "maladie mentale". Madagascar se situe vraiment différemment par rapport aux autres sites en ce qui concerne les causes de la "maladie mentale" (socio-économique surtout) Il est pertinent de penser que les difficultés socio-économiques du pays depuis 20 ans influencent ce type de réponses.
- Aux **Comores**, la dispersion des réponses concernant les causes de la "maladie mentale" est grande et quasi équivalente entre :
  - ✓ les événements de vie (18%),
  - ✓ les causes physiques (14%),
  - ✓ les causes socio-économiques (14%),
  - ✓ et addictives (14%).

**On notera l'importance attribuée aux origines addictives dans les sites de l'Océan indien (Comores, Madagascar, Maurice et Réunion).**

## 3. Le "dépressif" (cf. Tableau 20)

- Les réponses des personnes interrogées sur les sites de France métropolitaine concernant les causes de la "dépression" se répartissent comme suit :
  - ✓ événements de vie (23-31%),
  - ✓ origines sentimentales (14-21%),
  - ✓ socio-économiques (8-17%).

**L'origine relationnelle et sociale est évidente.**

- Les réponses sur les sites des DOM et de **Maurice** sont équivalentes à celles de France métropolitaine. Cependant, il faut remarquer certaines accentuations :
  - ✓ origines relationnelles (21%) et le travail (17%) à **Maurice**
  - ✓ origines sentimentales (22%) en **Guadeloupe**.
  - ✓ A Madagascar les mêmes causes relationnelles et sociales sont attribuées à la "dépression" avec là encore un poids particulier pour les facteurs socio-économiques (24-25%).
- Aux **Comores** les causes sont aussi dispersées que pour les questions précédentes :
  - ✓ des origines physiques (18%),
  - ✓ des origines socio-économiques (17%),
  - ✓ des événements de vie (16%)
  - ✓ des addictions (12%).

En s'attaquant au problème de l'étiologie, le questionnaire se heurte de front à une difficulté méthodologique quasi insoluble, qui tient, dans bien des sociétés, à la complexité de la notion même de cause. Ainsi, on peut se demander si la grande dispersion des attributions causales qui ressort des réponses tient aux difficultés à trouver une cause ou à la non-commensurabilité du questionnaire, de tout questionnaire, à la réalité ?

Toutefois, de grandes tendances semblent tout de même perceptibles :

- **Pour la "folie"** : événements de vie et causes physiques (hérédité ou addictions) ; les origines liées aux phénomènes magico-religieux n'apparaissant que dans les sites de l'Océan indien.
- **Pour la "maladie mentale"** : ce sont les causes physiques avant tout, les addictions dans les sites de l'Océan indien et les causes socio-économiques à **Madagascar** et aux **Comores**.
- **Pour la "dépression"**, les causes sont assez homogènes, relationnelles, émotionnelles et sociales, en dehors des dimensions biologiques internes ou externes.

On s'étonnera du score des addictions dans les causes évoquées pour la "folie" et la "maladie mentale". "Quelqu'un qui prend régulièrement des drogues" n'est pas considéré majoritairement comme "fou", "malade mental" ou "dépressif" dans notre première analyse. Cependant, être sujet aux addictions constitue un facteur déclenchant qui peut être explicatif de l'avènement de la "folie", de la "maladie mentale" ou de la "dépression".

**TABLEAU 18 : QU'EST-CE QUI PEUT RENDRE "FOU" ?**

	<b>"FOU"</b>					
	<b>Comores</b>	<b>Madagascar</b>	<b>Maurice</b>	<b>Réunion</b>	<b>Guadeloupe</b>	<b>France métro.</b>
<b>Physiques</b>	<b>20%</b>	11%	<b>27%</b>	<b>20%</b>	<b>16%</b>	<b>20-30%</b>
<b>Evénements de vie</b>	<b>20%</b>	8-13%	<b>23%</b>	<b>18%</b>	<b>21%</b>	<b>23-30%</b>
<b>Sentimentales</b>	9%	6%	8%	7%	<b>22%</b>	7-11%
<b>Magico-religieuses</b>	<b>14%</b>	<b>10-15%</b>	1%	1%	1%	0%
<b>Socio-économiques</b>	11%	<b>11-23%</b>	5%	8%	7%	2-4%
<b>Relationnelles</b>	5%	0,6-1%	10%	5%	5%	5-7%
<b>Société</b>	0,7%	0,2-1%	1%	2%	4%	5-7%
<b>Travail</b>	4%	1-2%	8%	2%	3%	0,6-3%
<b>Addictions</b>	12%	<b>30-42%</b>	<b>15%</b>	<b>28%</b>	10%	5-10%
<b>Autres</b>	3%	3-4%	1%	8%	9%	<b>10-16%</b>

**TABLEAU 19 : QU'EST-CE QUI PEUT RENDRE "MALADE MENTAL" ?**

	<b>"MALADE MENTAL"</b>					
	<b>Comores</b>	<b>Madagascar</b>	<b>Maurice</b>	<b>Réunion</b>	<b>Guadeloupe</b>	<b>France métro.</b>
<b>Physiques</b>	<b>14%</b>	<b>13-16%</b>	<b>24%</b>	<b>45%</b>	<b>45%</b>	<b>48-61%</b>
<b>Événements de vie</b>	<b>18%</b>	10-14%	<b>17%</b>	<b>15%</b>	<b>14%</b>	<b>17-21%</b>
<b>Sentiment</b>	13%	9-11%	9%	3%	10%	2-4%
<b>Magico-religieuses</b>	11%	5-8%	1%	1%	1%	0-0,3%
<b>Socio-économiques</b>	<b>14%</b>	<b>23-25%</b>	6%	6%	4%	1-2%
<b>Relationnelles</b>	4%	1-2%	13%	6%	6%	4-6%
<b>Société</b>	1%	0-1%	1%	1%	2%	2-3%
<b>Travail</b>	6%	5,5%	9%	2%	3%	0,2-1,4%
<b>Addictions</b>	<b>14%</b>	<b>19-20%</b>	<b>17%</b>	<b>14%</b>	6%	3-5%
<b>Autres</b>	5%	5%	2%	7%	10%	6-14%

**TABLEAU 20 : QU'EST-CE QUI PEUT RENDRE "DÉPRESSIF" ?**

	<b>"DÉPRESSIF"</b>					
	<b>Comores</b>	<b>Madagascar</b>	<b>Maurice</b>	<b>Réunion</b>	<b>Guadeloupe</b>	<b>France métr.</b>
<b>Physiques</b>	<b>19%</b>	6%	4%	6%	6%	4-7%
<b>Événements de vie</b>	<b>16%</b>	<b>17-19%</b>	<b>18%</b>	<b>19%</b>	<b>22%</b>	<b>23-31%</b>
<b>Sentimentales</b>	11%	<b>22-27%</b>	<b>15%</b>	<b>13%</b>	<b>22%</b>	<b>14-21 %</b>
<b>Magico-religieuses</b>	7%	1,5-2%	0,6%	0,2%	0,1%	0,1%
<b>Socio-économiques</b>	<b>17%</b>	<b>24-25%</b>	10%	<b>16%</b>	<b>10%</b>	<b>8-17%</b>
<b>Relationnelles</b>	5%	3-4%	<b>21%</b>	13%	9%	6-12%
<b>Société</b>	2%	3-5%	1%	4%	5%	3-8%
<b>Travail</b>	5%	5%	<b>17%</b>	9%	<b>10%</b>	9-14%
<b>Addiction</b>	12%	4-5%	9%	6%	4%	1-2%
<b>Autres</b>	5%	9%	4%	13%	12%	5-19%

### c. Responsabilité et conscience (cf. Tableaux 21, 24 et graphiques 23, 24 et 25)

*Selon vous, un fou est-il responsable de son état ? Selon vous, un malade mental est-il responsable de son état ? Selon vous, un dépressif est-il responsable de son état ?*

*Selon vous, un fou est-il responsable de sa folie ? Selon vous, un malade mental est-il responsable de sa maladie ? Selon vous, un dépressif est-il responsable de sa dépression ?*

*A votre avis, un fou sait-il qu'il est fou ? A votre avis, un malade mental sait-il qu'il est malade mental ? A votre avis, un dépressif sait-il qu'il est dépressif ?*

- **Quels que soient les sites, plus de 80% des personnes interrogées considèrent que le "fou" et le "malade mental" ne sont pas responsables de leur état.** En revanche, les personnes sont moins nombreuses à penser que le "dépressif" n'est pas responsable de son état (30 à 51%), sauf à **Antananarivo** (14%) et aux **Comores** (10%).
- De même, pour plus de 60% des personnes des sites métropolitains, de **Maurice** et de la **Réunion**, le "**dépressif**" est responsable de ses actes. Elles sont moins nombreuses à le penser en **Guadeloupe** (48%), à **Antananarivo** (47%) et à **Mahajanga** (41%). Beaucoup moins aux **Comores** (9%) où aucune différence encore une fois ne se fait entre les représentations du "fou", du "malade mental" et du "dépressif".
- Ces 2 items posent une fois de plus la question de la responsabilité du "malade mental" et du "fou". On remarquera que la population de notre échantillon s'oriente franchement vers la non responsabilité, avec tous les problèmes que cela pose en terme d'image. Le "fou", le "malade mental" et à moindre titre le "dépressif" rejoignent les enfants et les déments, que l'on doit encadrer, surveiller et dont on doit accepter d'endosser la responsabilité des actes.
- Il est évidemment intéressant de corréler ces résultats avec la question de la conscience. Ainsi, **80% des répondants estiment qu'un "fou" n'est pas conscient de son état** (65% seulement aux **Comores**), environ 60% pensent qu'un "malade mental" n'est pas conscient de son état (75-80% pour les Malgaches).

#### **La tendance s'inverse pour le "dépressif" :**

- Dans les sites métropolitains : seuls 10 à 15% des personnes estiment qu'un "dépressif" n'est pas conscient de son état
- Dans les DOM et à **Maurice**, elles sont un peu plus nombreuses (22 à 25%)
- A Madagascar et aux **Comores** beaucoup plus (42 à 63%)

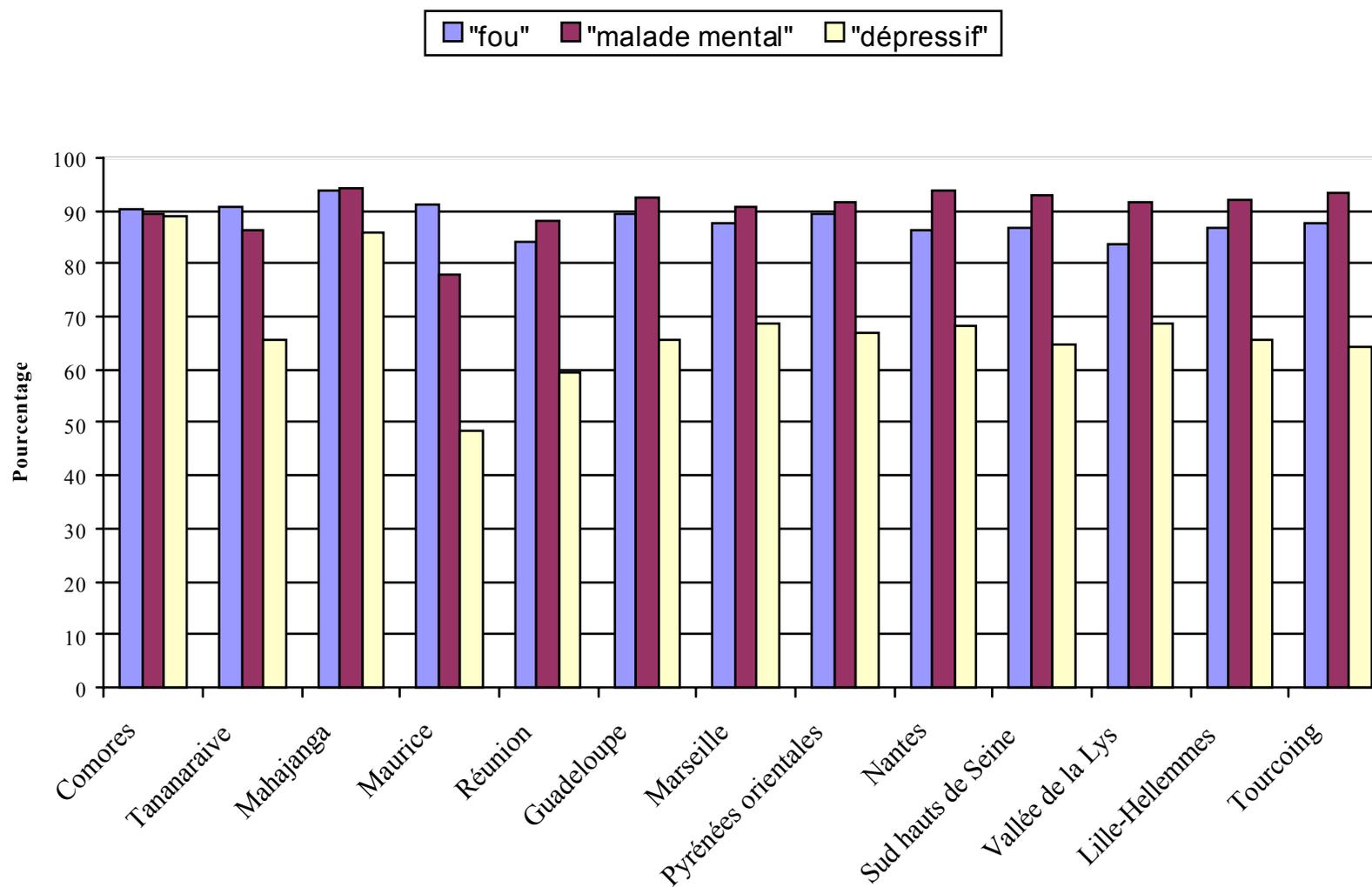
- **La représentation massive qui émane de ces données est celle du "fou" qui n'est pas conscient de son état, irresponsable de sa "folie" et de ses actes.**
- **Celle du "malade mental" reste assez proche, même si l'on pense qu'il est plus conscient de sa situation.**
- **La représentation du "dépressif" est plus nuancée : il est conscient de son état et donc ( ?) perçu comme plus responsable de sa "dépression" et de ses actes.**
- **Par contre, ce qui n'apparaît pas, c'est le rapport entre la notion de "conscient" d'un acte ou d'un état, et malade. Dans les sociétés où la possession est un fait admis de tous, la dissociation est totale : un acte exécuté lors d'une possession, des propos tenus ne sont aucunement conçus comme ceux de la personne en cause. Ces remarques n'empêchent cependant pas d'utiliser les données pour une interprétation prudente.**

**TABLEAU 21 : RESPONSABILITE ?**

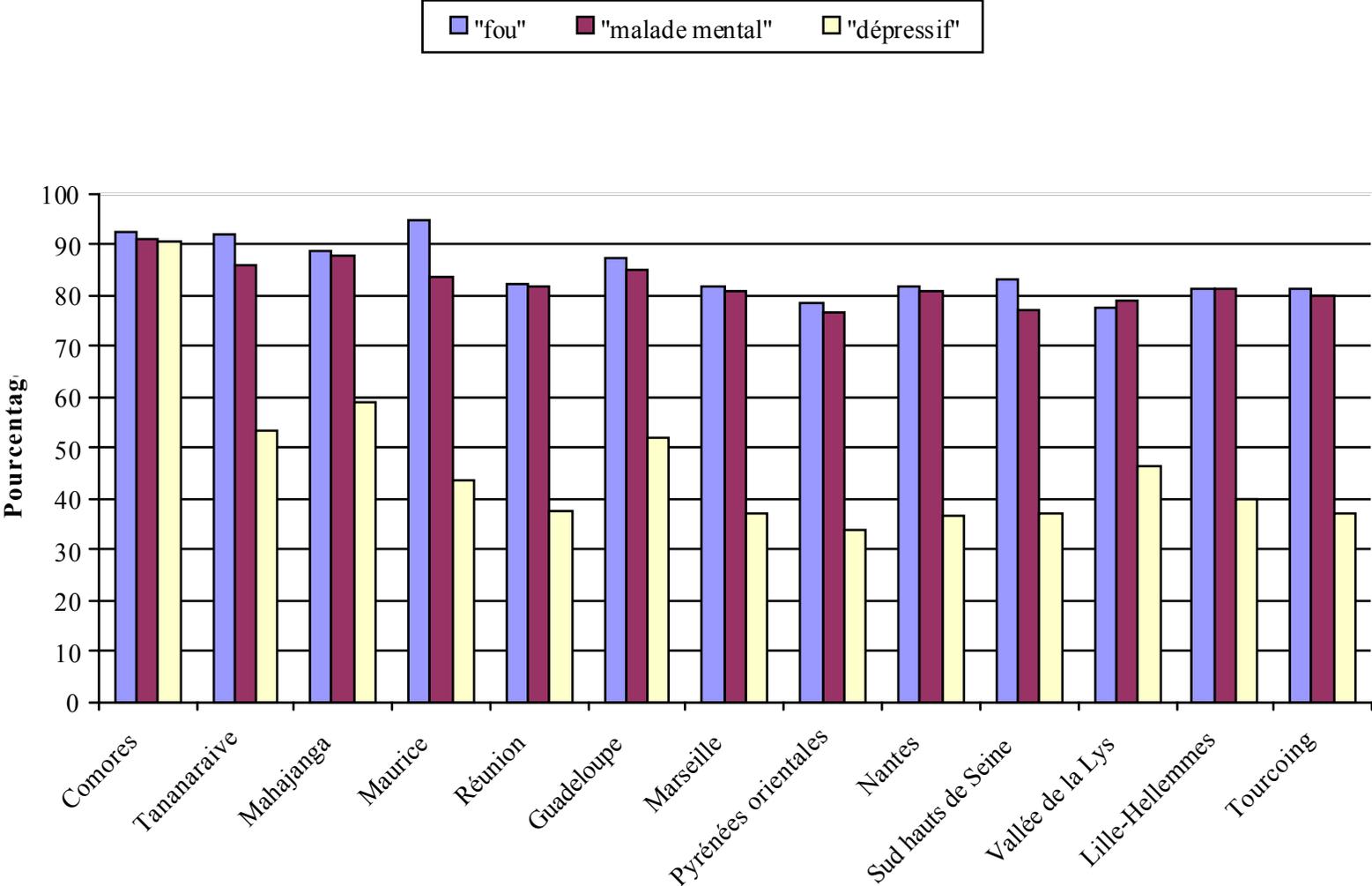
	Comores	Madagascar	Maurice	DOM*	France Métro.
<b>Un "fou" <u>n'est pas responsable</u> de sa folie</b>	90%	91-94%	91%	84-90%	84-89%
<b>Un "malade mental" <u>n'est pas responsable</u> de sa maladie</b>	90%	87-94%	78%	88-92%	91-94%
<b>Un "dépressif" <u>n'est pas responsable</u> de sa dépression</b>	90%	66-86%	49%	59-66%	63-69%
<b>Un "fou" <u>n'est pas responsable</u> de ses actes</b>	93%	89-92%	95%	82-88%	77-85%
<b>Un "malade mental" <u>n'est pas responsable</u> de ses actes</b>	91%	86-88%	84%	82-85%	77-81%
<b>Un "dépressif" <u>n'est pas responsable</u> de ses actes</b>	91%	53-60%	43%	38-52%	34-47%

\* Réunion et Guadeloupe

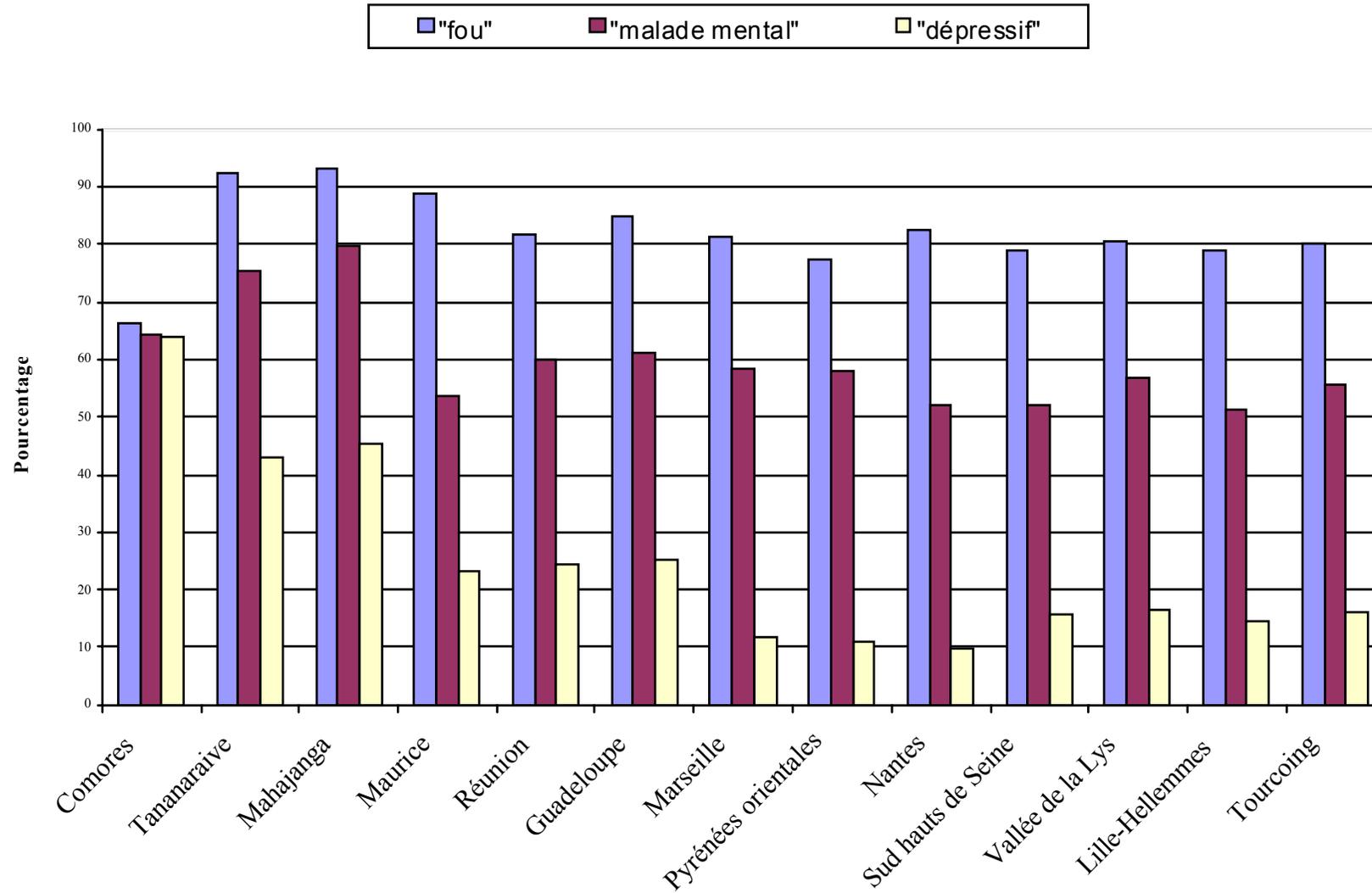
## GRAPHIQUE 23 : PAS RESPONSABLE DE SON ETAT



# GRAPHIQUE 24 : PAS RESPONSABLE DE SES ACTES



## GRAPHIQUE 25 : PAS CONSCIENT DE SON ETAT



#### d. Souffrance (cf. Tableaux 22, 24 et graphiques 26, 27)

*A votre avis, est-ce qu'un fou souffre ? A votre avis, est-ce qu'un malade mental souffre ? A votre avis, est-ce qu'un dépressif souffre ?  
A votre avis, est-ce que la famille d'un fou souffre ? A votre avis, est-ce que la famille d'un malade mental souffre ? A votre avis, est-ce que la famille d'un dépressif souffre ?*

- Dans la logique de ce qui vient d'être énoncé précédemment, les répondants des **sites français** et **mauricien** pensent que le "fou" souffre moins (49-69 % seulement des personnes interrogées pensent qu'un "fou" souffre) que le "malade mental" (81-86%) et que le "dépressif" (93-98%). Cette négation de la souffrance est particulièrement nette et mérite d'être soulignée.
- Dans les représentations, la souffrance est donc corrélée à la conscience de l'état : les personnes pensent que **plus on est conscient plus on souffre**. Logiquement les chiffres sont abaissés à Madagascar et identiques pour tous aux **Comores** où, nous l'avons déjà vu, les différences entre "fou", "malade mental", "dépressif" sont moins marquées.

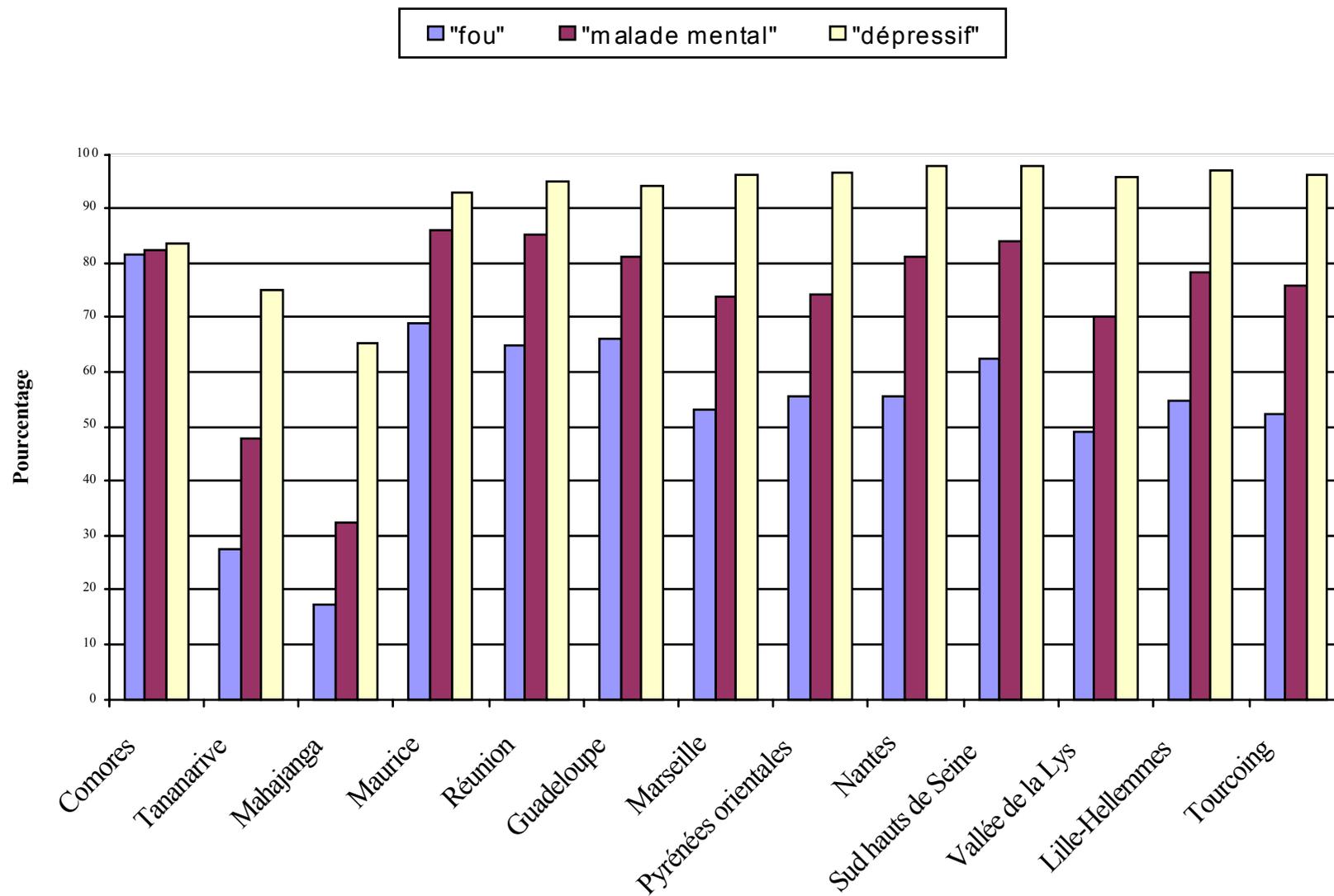
**Tout le monde s'accorde à penser que les familles, dans tous les cas, souffrent. C'est un invariant, quel que soit le qualificatif ("fou", "malade mental" ou "dépressif") et quel que soit le site, c'est une constante des représentations.**

**TABLEAU 22 : SOUFFRANCE ?**

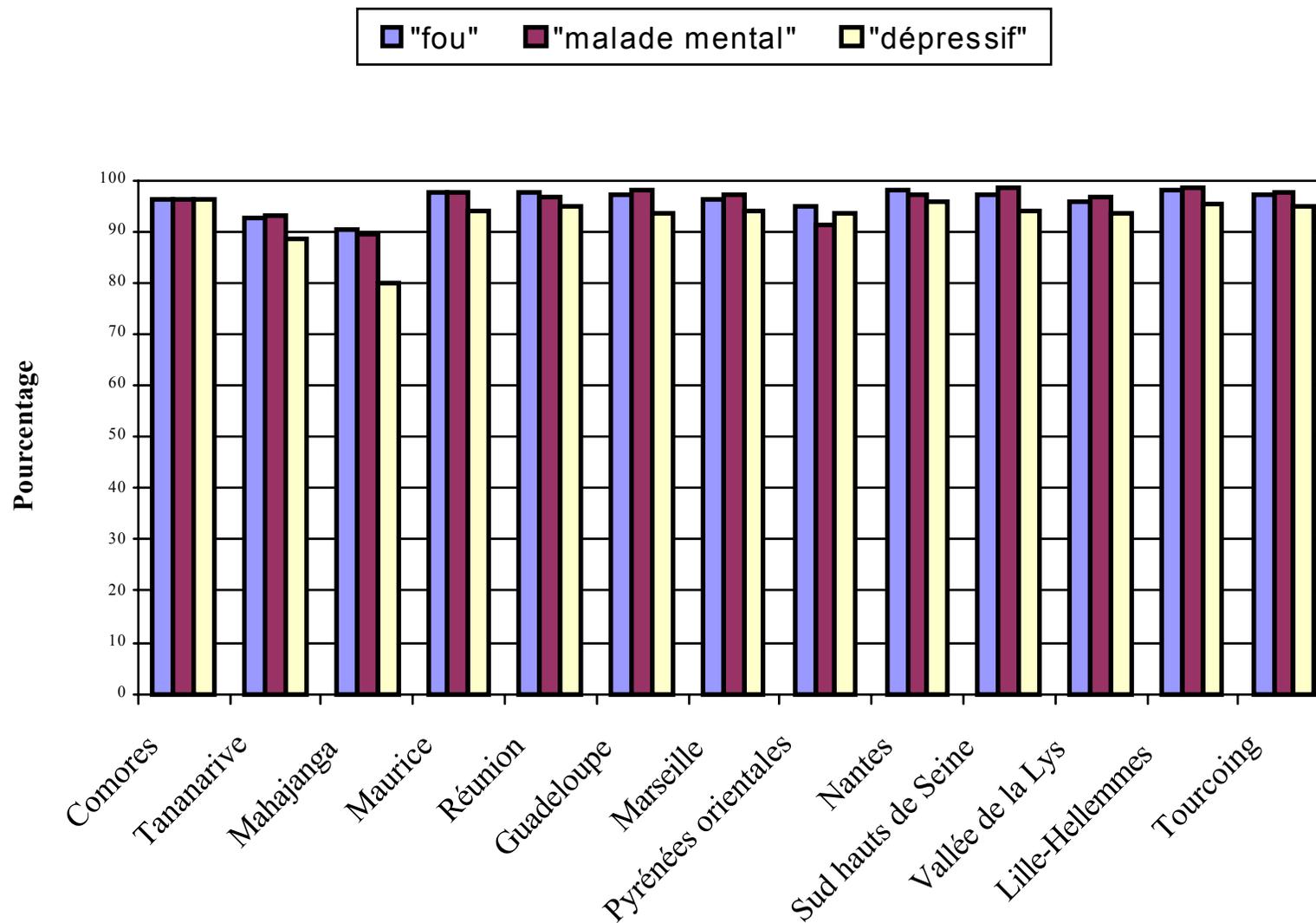
	Comores	Madagascar	Maurice	DOM*	France Métro.
Un "fou" souffre	82%	18-27%	69%	65-66%	49-62 %
Un "malade mental" souffre	82%	32-48%	86%	81-85%	74-84 %
Un "dépressif" souffre	84%	65-75%	93%	94-95%	95-98 %
La famille d'un "fou" souffre	96%	90-93%	> 96 %		
La famille d'un "malade mental" souffre	96%	89-93%	> 96 %		
La famille d'un "dépressif" souffre	96%	80-89 %	> 92 %		

\* Réunion et Guadeloupe

## GRAPHIQUE 26 : SOUFFRANCE DU SUJET



## GRAPHIQUE 27 : SOUFFRANCE DE LA FAMILLE



## e. Exclusion (cf. Tableaux 23, 24 et graphiques 28, 29 et 30)

*Selon vous, un fou est-il exclu de sa famille ? Selon vous, un malade mental est-il exclu de sa famille ? Selon vous, un dépressif est-il exclu de sa famille ?*

*Selon vous, un fou est-il exclu de la société ? Selon vous, un malade mental est-il exclu de la société ? Selon vous, un dépressif est-il exclu de la société ?*

*Selon vous, un fou est-il exclu de son travail ? Selon vous, un malade mental est-il exclu de son travail ? Selon vous, un dépressif est-il exclu de son travail ?*

### 1. L'exclusion de la famille

**Il existe, au niveau des représentations, un gradient d'exclusion familiale "fou" > "malade mental" > "dépressif".**

L'exclusion perçue en France et à **Maurice** est importante ;

- 60 à 70% des personnes interrogées pensent qu'un "fou" est exclu de sa famille,
- environ 40% le pensent pour le "malade mental"
- 15-20% pour le "dépressif", un peu plus en **Guadeloupe** et **Réunion** (25 à 32 %).

Aux **Comores** et à Madagascar, les gens pensent qu'un "fou", un "malade mental" et un "dépressif" sont peu exclus de leurs familles (20 à 30 %). La famille reste peut-être plus tolérante et constitue le rempart principal dans ces pays en voie de développement, où d'autre part les structures d'accueil font cruellement défaut. Le support familial semble extrêmement important : la famille reste le seul lien avec la réalité dans les sociétés où il n'existe que cela. Ailleurs, l'exclusion du "fou" ou du "malade mental" semble évidente, à partir du moment où l'on a créé des lieux pour cela. Le "dépressif" par contre, est perçu comme moins exclu de la famille, qui est également considérée comme une alternative possible au soin, comme nous le verrons plus loin.

### 2. L'exclusion de la société

**On retrouve le même gradient d'exclusion "fou" > "malade mental" > "dépressif", avec des pourcentages plus élevés.**

Les gens pensent que ceux-ci sont plus exclus de la société que de l'entourage ou de la famille :

**Un "fou" est exclu de la société pour :**

- 51 % des personnes interrogées à Madagascar,
- 70-80 % des personnes interrogées dans les autres sites,

**Un "malade mental" est exclu de la société pour :**

- 42 à 45 % des enquêtés à Madagascar.
- 67 à 71% des personnes enquêtées dans les autres sites,

**Quant au "dépressif" il est perçu comme exclu de la société pour :**

- 15 à 25 % des personnes interrogées à Madagascar et en France *métropolitaine*,
- 30 % à **la Réunion** (30 %)
- 40 % des répondants à **Maurice** et 63 % aux **Comores**.

Les Mauriciens interrogés pensent plus qu'ailleurs que les personnes ayant des troubles mentaux sont exclues de la société.

- Les représentations liées à **la tolérance familiale des enfants ayant des problèmes psychologiques** montrent un niveau de tolérance élevé. En revanche, on voit nettement que les choses ne sont pas si simples quand on s'intéresse aux représentations liées à l'admission des enfants dans les structures scolaires ou de loisirs habituels.
- En France métropolitaine, 75% des répondants pensent que les enfants ayant des problèmes psychologiques doivent être admis dans les mêmes lieux (crèches, écoles...) que les autres enfants (moins à **Marseille** et dans les **Pyrénées Orientales** que dans les DOM). Les réponses sont difficiles à interpréter concernant les pays de l'Océan indien car leur pertinence est corrélée à la disponibilité des structures éducatives et sociales mentionnées dans la question.

### 3. L'exclusion du travail

**L'exclusion vis-à-vis du travail est la plus forte de toute, pour les 3 catégories concernées.**

Plus de deux tiers des personnes interrogées pensent qu'un "fou" ou un "malade mental" sont exclus de leur travail. A ce niveau les différences "fou" / "malade mental" sont moins marquées que pour l'exclusion de la famille ou de la société. Le "dépressif" est perçu comme légèrement moins exclu que le "fou" ou le "malade mental". Toutefois, un tiers à la moitié des personnes pensent qu'il est exclu de son travail<sup>1</sup>.

Aux **Comores**, la perception de l'exclusion par rapport au travail ne varie pas en fonction des trois catégories.

- **La perception de l'exclusion obéit à une double hiérarchie : "fou" > "malade mental" > "dépressif" et société > entourage > famille. Grosso modo, la famille semble être un rempart contre l'exclusion, fragile mais réel. C'est du travail que le "fou", le "malade mental" et le "dépressif" sont perçus comme étant les plus exclus.**
- **L'homogénéité des réponses de site à site est sans doute un indicateur positif, dans ce domaine comme dans d'autres, de l'apport réel de ces questionnaires. Il serait intéressant, surtout en France, de faire le lien entre ce qui ressort comme une acceptation assez élevée et les politiques qui prônent le recours aux "soignants naturels" familiaux. Le Québec a fait à cet égard des recherches intéressantes, qui analysent finement comment la part de l'accueil se répartit inégalement entre les membres de la famille, et même du foyer.**

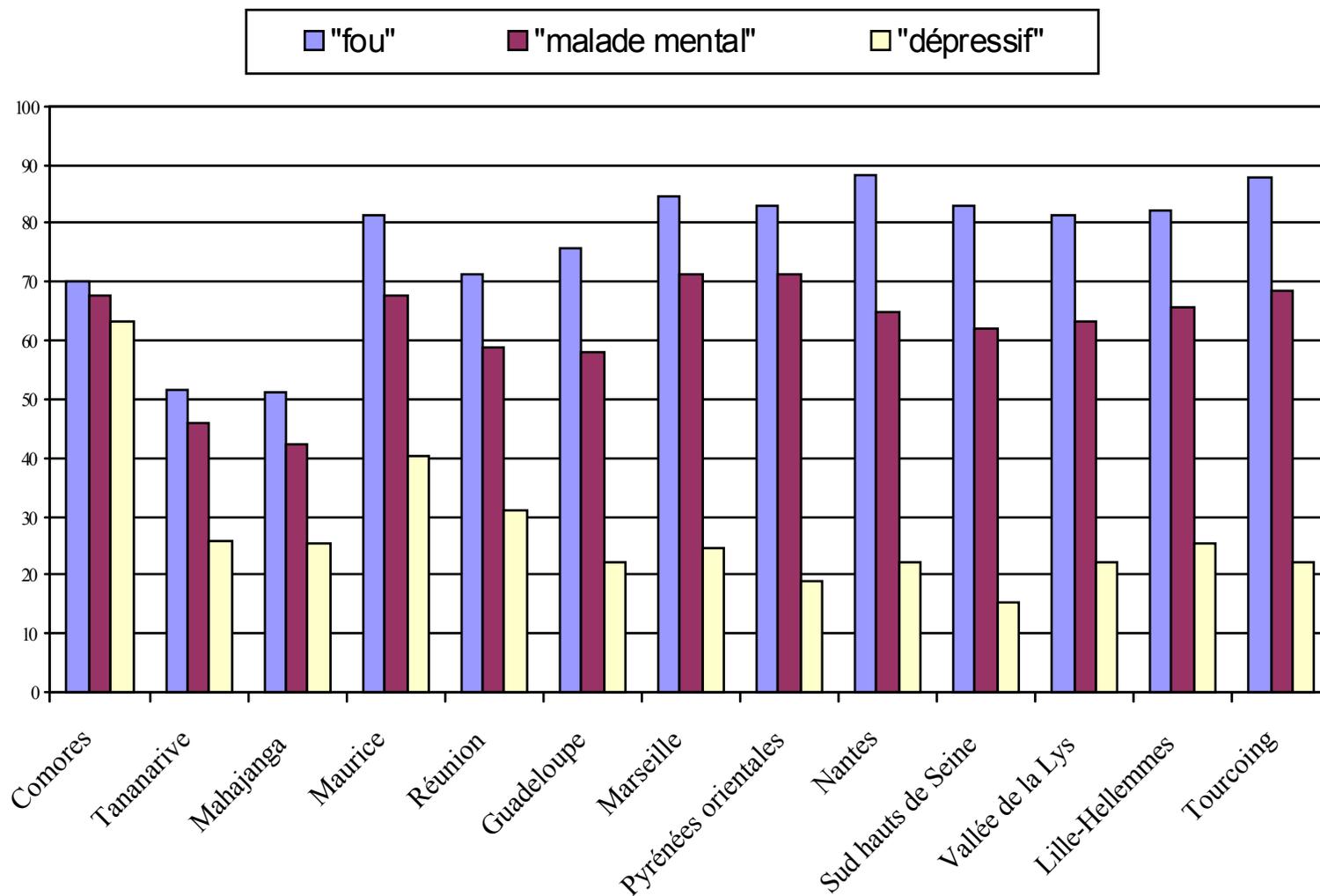
<sup>1</sup> Cette perception rejoint les réflexions actuelles des médecins du travail sur leur rôle face aux salariés dépressifs (cf. Le retentissement professionnel de la dépression in « Itinéraires de déprimés », Rapport du Groupe d'experts présidé par le Pr P. Parquet, janvier 2001)

**TABLEAU 23 : EXCLUSION ?**

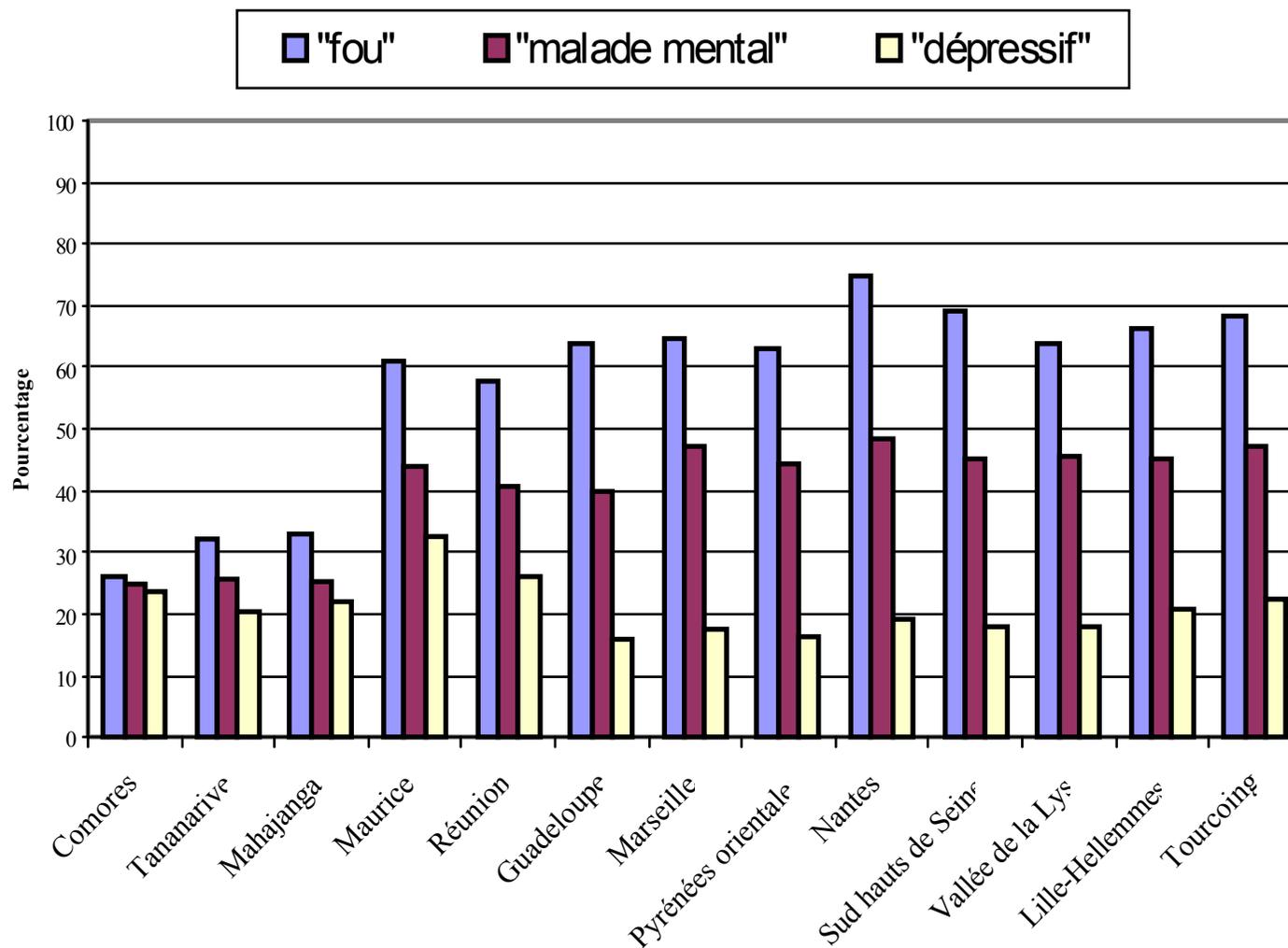
	Comores	Madagascar	Maurice	DOM*	France Métro.
Un "fou" est exclu de sa <i>famille</i>	26%	32-33%	61%	58-64%	63-74%
Un "malade mental" est exclu de sa <i>famille</i>	25%	25-26%	44%	40-41%	45-48%
Un "dépressif" est exclu de sa <i>famille</i>	24%	20-22%	32%	16-26%	17-22%
Un "fou" est exclu de la <i>société</i>	70%	51%	82%	71-76%	> 82%
Un "malade mental" est exclu de la <i>société</i>	68%	42-46%	68%	58%	62-71%
Un "dépressif" est exclu de la <i>société</i>	63%	25%	40%	22-31%	15-22%
Un "fou" est exclu de son <i>travail</i>	83%	84-90%	93%	90-94%	88-93%
Un "malade mental" est exclu de son <i>travail</i>	79%	78-87%	83%	78-85%	72-82%
Un "dépressif" est exclu de son <i>travail</i>	75%	45-60%	50%	38-54%	31-40%

\* Réunion et Guadeloupe

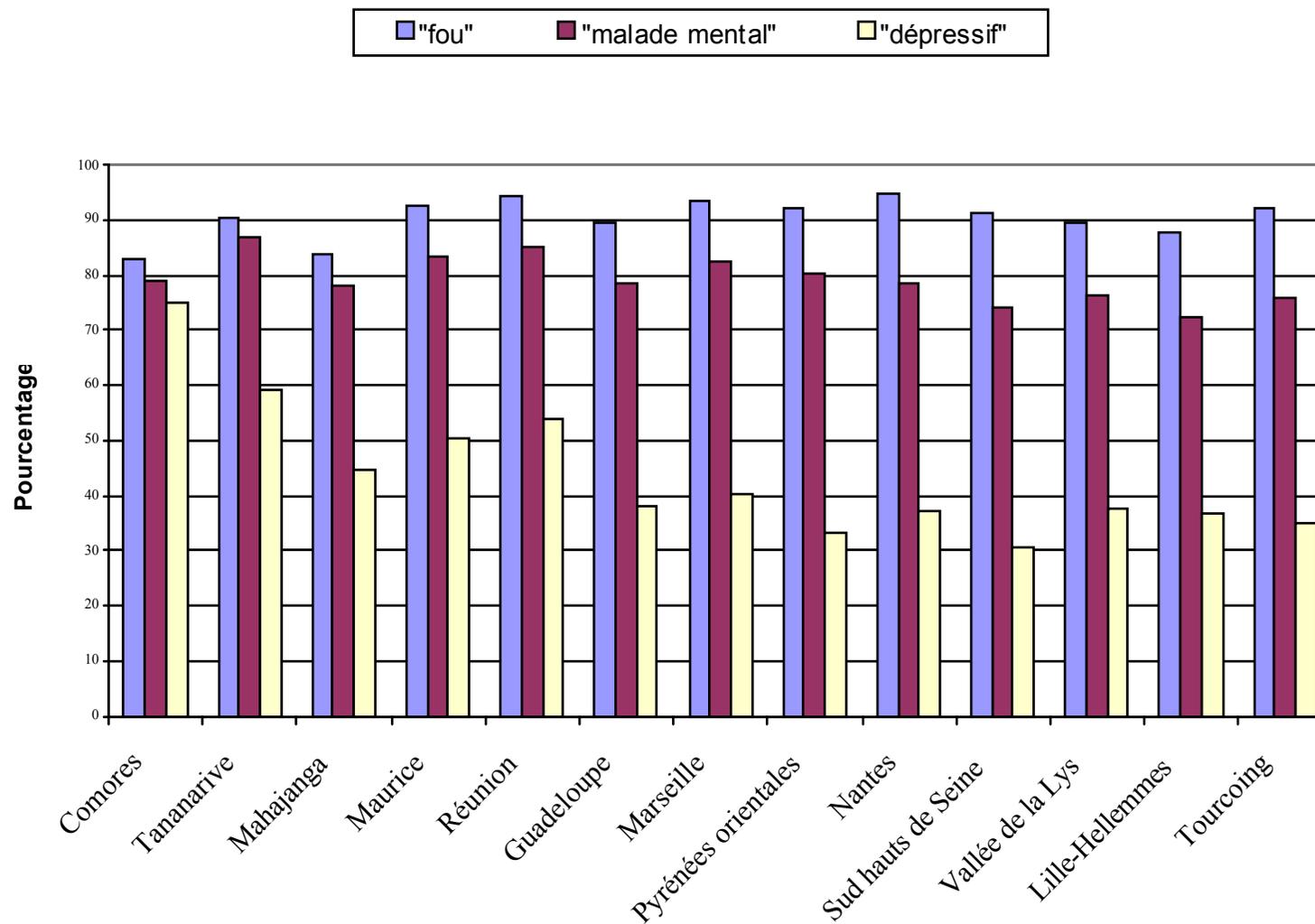
## GRAPHIQUE 28 : EXCLU DE LA SOCIETE



## GRAPHIQUE 29 : EXCLU DE SA FAMILLE



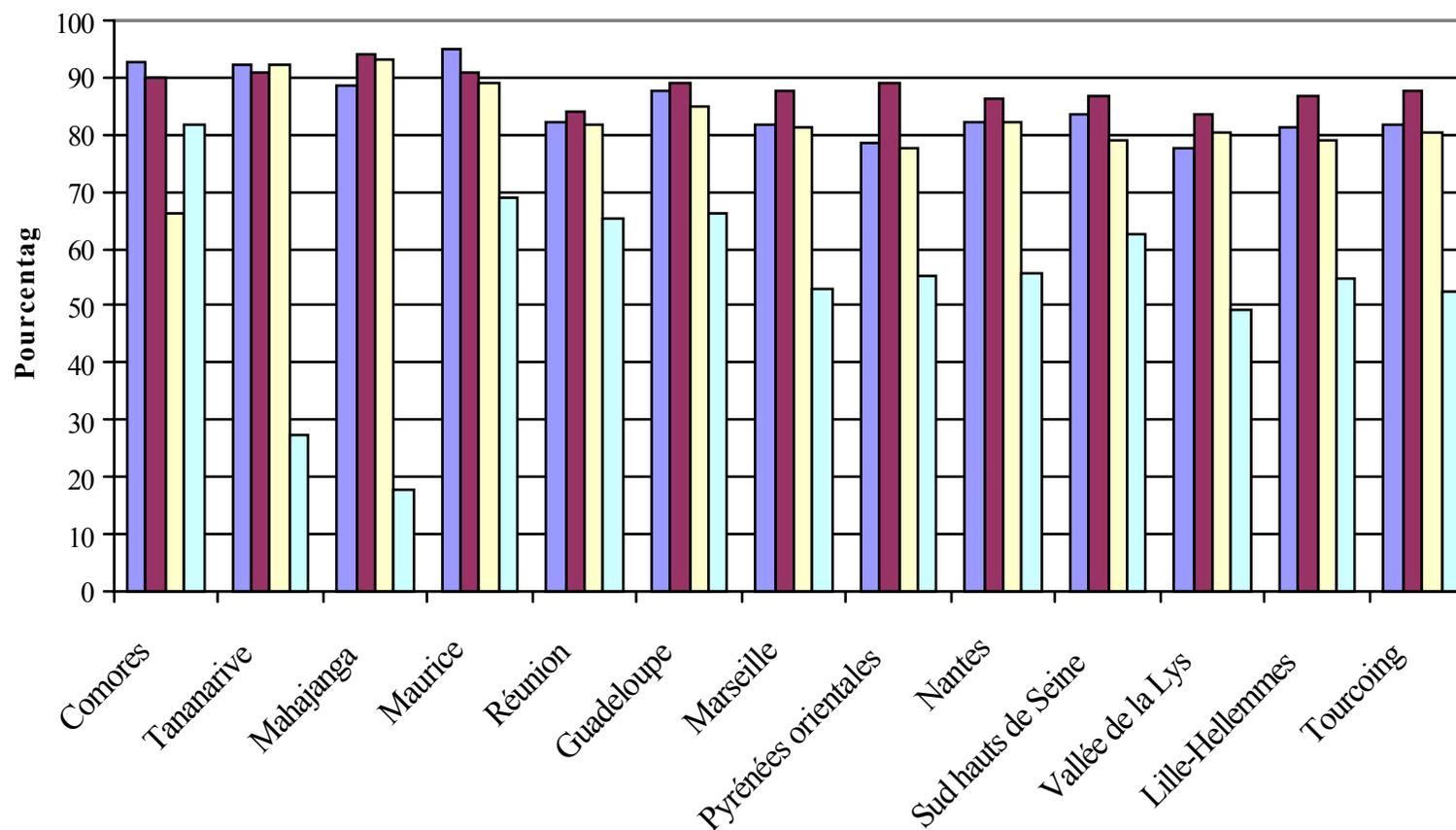
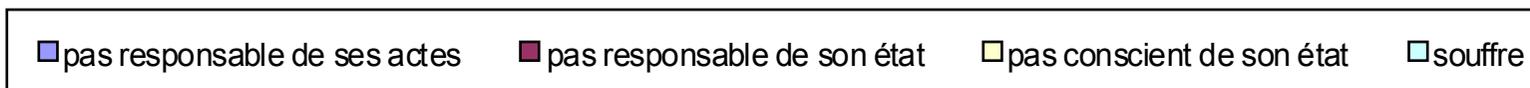
## GRAPHIQUE 30 : EXCLU DE SON TRAVAIL



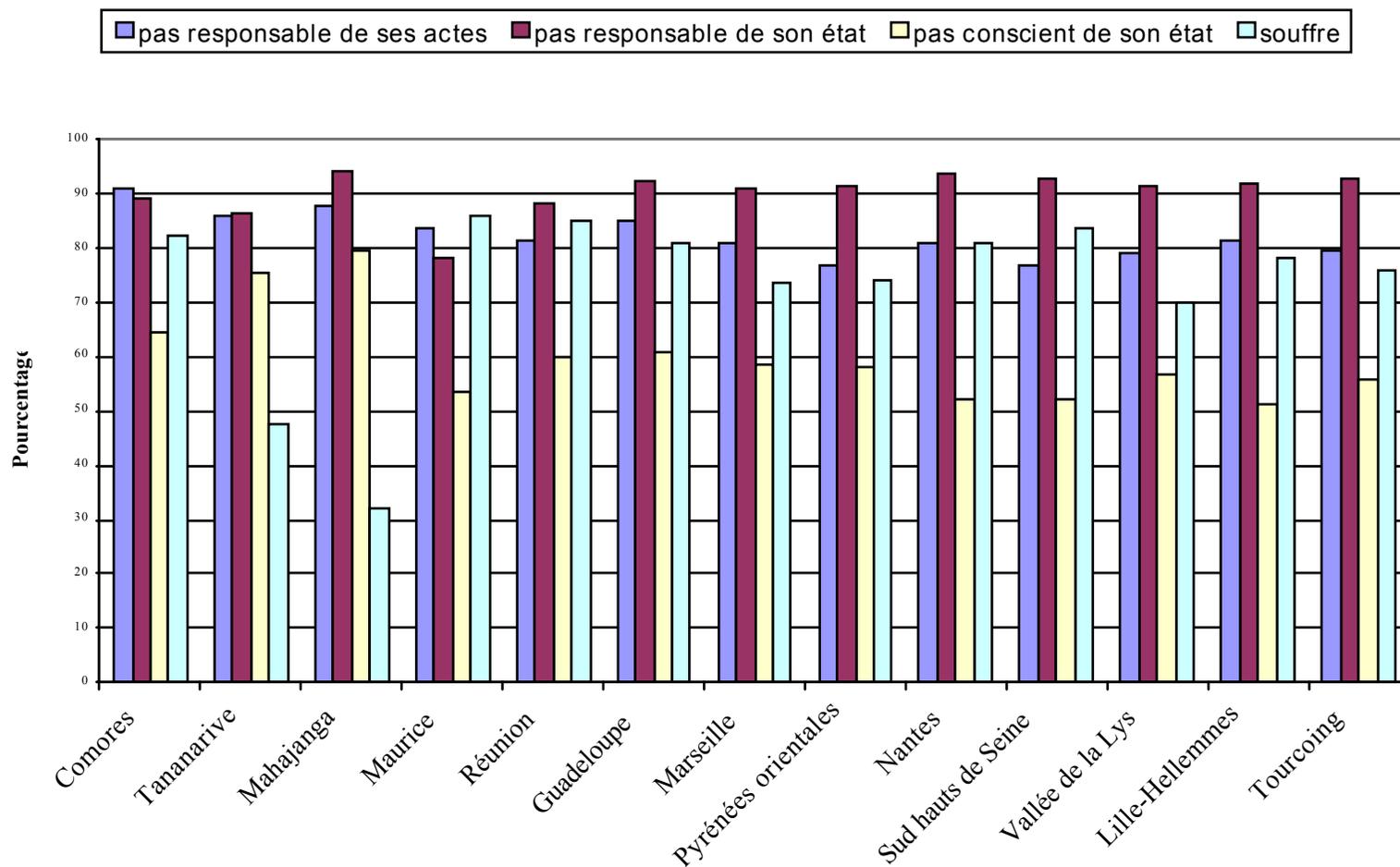
**TABLEAU 24 : RECAPITULATIF DES REPRESENTATIONS : RESPONSABILITE / CONSCIENCE /  
SOUFFRANCE / EXCLUSION**

" fou "	Comores	Tananarive	Mahajanga	Maurice	Réunion	Guadeloupe	Marseille	Pyré nées orientales	Nantes	Sud hauts de Seine	Vallée de la Lys	Lille-Hellemmes	Tourcoing
pas responsable de ses actes	92,69	92,2	88,52	95,09	82,35	87,57	81,78	78,62	82	83,44	77,49	81,29	81,49
pas responsable de son état	90,08	90,76	93,88	91,07	84,16	89,18	87,77	89,24	86,31	86,76	83,68	86,63	87,54
pas conscient de son état	66,27	92,32	93,20	88,90	81,66	84,78	81,17	77,46	82,37	79,02	80,47	79,03	80,31
souffre	81,62	27,45	17,52	69,08	65,00	66,24	52,88	55,38	55,70	62,43	49,06	54,56	52,40
dont la famille souffre	96,06	92,66	90,30	97,77	97,46	97,07	96,30	94,91	97,82	97,11	95,68	97,85	96,89
exclu de sa famille	26,15	31,92	33,11	60,79	57,54	63,93	64,81	63,01	74,55	69,04	63,86	66,28	68,11
exclu de la société	70,20	51,40	51,10	81,60	71,20	75,80	84,60	82,90	88,30	83,07	81,40	82,20	87,90
exclu de son travail	83,00	90,20	83,80	92,80	94,50	89,30	93,50	92,10	94,90	91,55	89,40	87,60	92,20
"malade mental"	Comores	Tananarive	Mahajanga	Maurice	Réunion	Guadeloupe	Marseille	Pyré nées orientales	Nantes	Sud hauts de Seine	Vallée de la Lys	Lille-Hellemmes	Tourcoing
pas responsable de ses actes	91,28	86,16	87,83	83,54	81,63	84,99	80,81	76,81	81,06	76,95	79,16	81,36	79,84
pas responsable de son état	89,20	86,51	94,21	78,08	88,22	92,49	90,90	91,62	93,93	92,77	91,69	91,91	93,11
pas conscient de son état	64,41	75,45	79,60	53,64	60,11	60,94	58,58	58,21	52,01	52,23	56,71	51,16	55,73
souffre	82,49	47,83	32,14	85,97	85,12	81,24	73,65	74,32	81,19	83,98	70,11	78,28	75,75
dont la famille souffre	96,28	93,09	89,42	97,33	96,80	97,78	96,86	91,17	97,08	98,33	96,78	98,35	97,34
exclu de sa famille	24,75	25,81	25,08	43,97	40,56	40,00	46,95	44,51	48,48	45,10	45,44	45,02	47,11
exclu de la société	67,70	45,80	42,20	67,60	58,70	58,20	71,50	71,40	65,00	62,14	63,40	65,80	68,40
exclu de son travail	79,00	86,80	78,00	83,30	85,20	78,50	82,40	80,10	78,40	74,22	76,40	72,20	76,10
"dépressif"	Comores	Tananarive	Mahajanga	Maurice	Réunion	Guadeloupe	Marseille	Pyré nées orientales	Nantes	Sud hauts de Seine	Vallée de la Lys	Lille-Hellemmes	Tourcoing
pas responsable de ses actes	<b>90,84</b>	<b>53,48</b>	59,18	43,53	37,7	52,12	37,09	33,94	36,62	37,00	46,56	39,90	37,22
pas responsable de son état	<b>89,07</b>	<b>65,64</b>	85,81	48,70	59,21	65,77	68,70	67,16	68,23	64,74	68,51	65,57	64,33
pas conscient de son état	<b>64,08</b>	<b>42,95</b>	45,35	23,18	24,55	25,32	11,71	11,10	9,80	15,78	16,63	14,52	16,11
souffre	<b>83,70</b>	<b>75,23</b>	65,25	93,08	95,06	94,02	96,41	96,83	97,82	98,67	95,67	97,03	96,33
dont la famille souffre	<b>96,06</b>	<b>88,56</b>	79,71	94,10	94,92	93,33	93,95	93,21	95,88	94,00	93,35	95,22	94,67
exclu de sa famille	<b>23,52</b>	<b>20,49</b>	22,05	32,43	25,98	15,79	17,45	16,52	19,25	17,13	17,96	20,90	22,31
exclu de la société	<b>63,30</b>	<b>25,80</b>	25,40	40,20	30,90	22,30	24,60	18,90	22,00	15,37	22,10	25,40	22,10
exclu de son travail	<b>74,90</b>	<b>59,00</b>	44,80	50,30	53,70	38,00	40,10	33,00	37,30	30,70	37,70	36,90	34,90

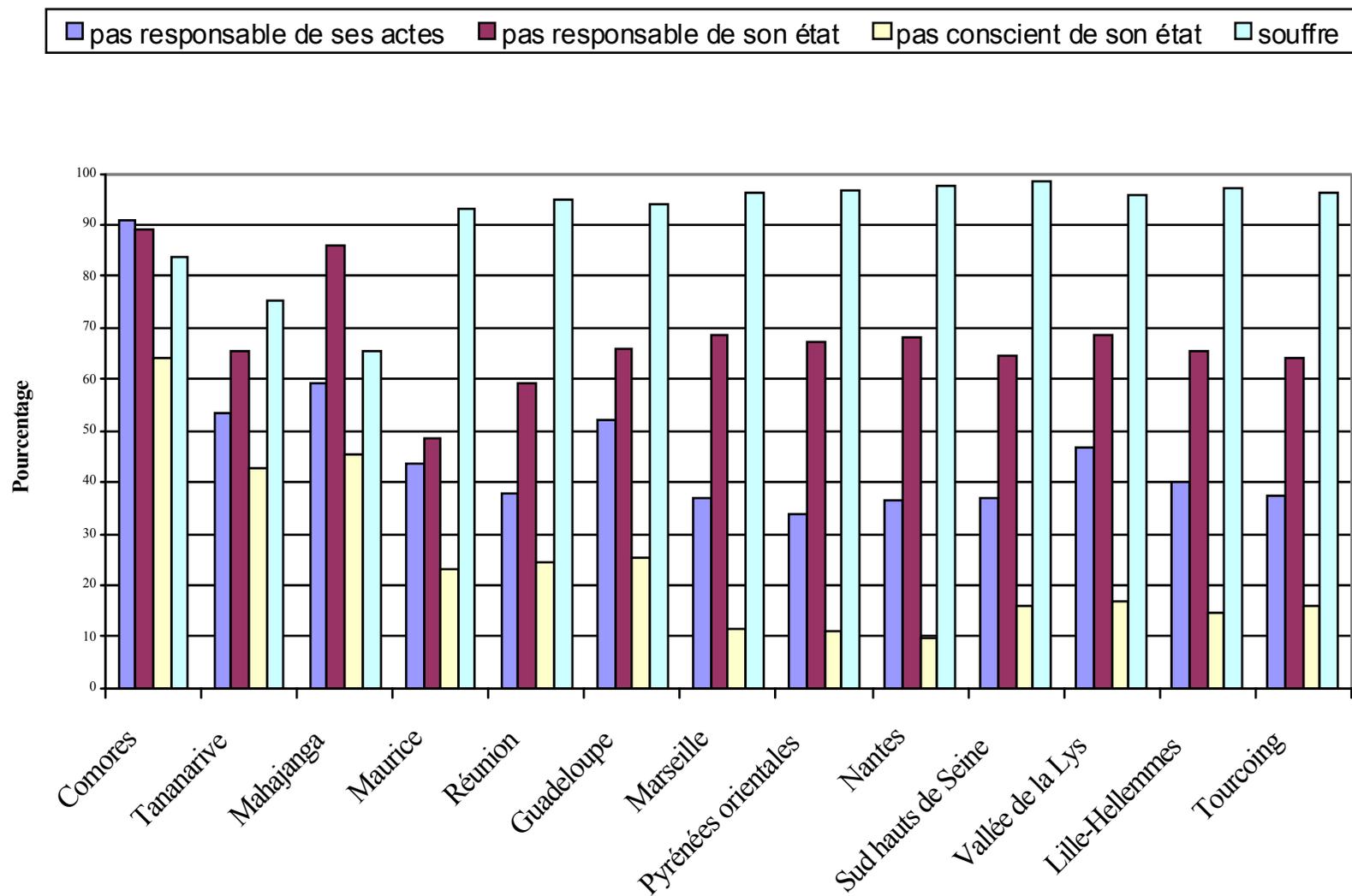
## GRAPHIQUE 31 : RECAPITULATIF "FOU"



## GRAPHIQUE 32 : RECAPITULATIF "MALADE MENTAL"



## GRAPHIQUE 33 : RECAPITULATIF "DEPRESSIF"



## f. Rôle de la famille (cf. Tableau 25)

### 1. Tolérance

- **A une très forte majorité, les personnes interrogées, quels que soient les sites, pensent qu'une famille peut accueillir à nouveau en son sein, un " proche fou " (70-92%) ou " malade mental " (80-94%) et encore plus " dépressif " (>90%), soigné ou en traitement.** On retrouve le même gradient de tolérance que dans les items concernant l'exclusion.

On ne peut qu'être étonné par la vision positive des interviewés sur la tolérance de la famille. Outre que celle-ci est en concordance avec la perception d'une exclusion moins forte en son sein que dans la société, elle montre nettement la perception positive attribuée aux soins et leur fonction d'acceptation des troubles pour les familles, et ce pour tous les sites.

Si le **"toxicomane"** est légèrement moins bien accepté, il figure moins aussi parmi les représentants des troubles mentaux aux questions de qualification des comportements et attitudes.

Seuls 18 à 30 % des personnes interrogées en France métropolitaine imaginent que l'on peut accepter à nouveau au sein de la famille un violeur, même s'il est soigné ; beaucoup plus à Madagascar et aux **Comores** (73%). La fonction d'acceptation de la famille dans la reprise d'un membre qui a été malade ou qui a commis un acte illégal est plus forte quoi qu'on fasse.

Par contre, en France et aux **Comores**, on ne pense pas qu'un **"enfant maltraité"** doit rester dans sa famille, même si celle-ci est aidée psychologiquement et socialement. Ce n'est pas le cas dans les autres sites. Ceci est là aussi à mettre en perspective avec la disponibilité des structures d'accueil et la perception même du concept de maltraitance.

- **Les réponses évoluent lorsque la question se fait plus personnelle ; le gradient se fait plus discriminant.** Ainsi, si les enquêtés déclarent que l'accueil chez soi d'un proche "dépressif" ne pose pas de problème (70 à 88% des personnes accepteraient de le soigner chez elles), celui d'un proche "malade mental" ou "fou" ne va pas de soi (26-44% accepteraient).

Il semble évident que les soins à la maison sont plus facilement envisagés dans l'Océan Indien qu'en France. Mais cela dénote-t-il une plus grande tolérance ou bien plutôt un manque d'alternative, les structures d'accueil faisant cruellement défaut dans ces sites?

### 2. Recours à une aide extérieure

- A la maison, **si un proche était "fou"**, sa présence serait considérée comme une charge pour plus de 75% des personnes interrogées (sauf à **Maurice** : 50%). On ferait appel à une aide extérieure **d'abord s'il y avait danger pour les autres**, surtout à Madagascar (73-78%) et **Comores, Guadeloupe, Maurice** (63-65%), puis danger pour le sujet (<24%) ou si la charge quotidienne devenait insupportable (<20%). Notons toutefois que cette éventualité est rarement évoquée aux **Comores** (5%). Ce qui rejoint l'analyse des items précédents.

- La perception de la charge pour la famille est la même pour un proche "malade mental" (>70% sauf **Maurice** : 45%). Le recours à une aide extérieure interviendrait **d'abord en cas de danger pour les autres** (42-72%), puis pour le sujet (<30%) ou si la charge quotidienne devenait insupportable (<26%), cette condition étant là encore peu envisagée aux **Comores** (4%).
- **Concernant le proche "dépressif"**, la charge familiale est perçue comme moins forte (>65%), beaucoup moins forte à **Maurice** (30%). Le recours à une aide extérieure se ferait **d'abord en cas de danger pour le sujet** pour les sites français (sauf **Réunion**) et **Maurice** (30-42%). La souffrance manifeste du proche est plus souvent invoquée comme déclencheur de recours que pour le "fou" ou le "malade mental" (9-21% contre + / - 5%).

Avant de prendre une décision pour un proche, la réunion de famille s'imposerait manifestement pour le "fou" et le "malade mental" de la même manière et plus en France et à **Maurice** qu'à Madagascar et aux **Comores**.

Pour le "dépressif", la réunion de famille avant prise de décision est moins évoquée. Sauf dans les Départements d'Outre Mer où la réunion de famille s'imposerait tout autant (mais il est aussi moins souvent répondu dans ses départements que l'on hospitaliserait les personnes dépressives).

**Ces résultats sont en harmonie avec les représentations mentales brutes.**

- **Le danger reste la préoccupation première des personnes lorsqu'elles s'imaginent en situation de prendre en charge un "fou" ou un "malade mental". Pour le "dépressif", le changement semble notable, le danger passant d'autrui à l'individu lui-même, à sa souffrance et à sa charge quotidienne devenant difficilement supportable.**
- **On déclare que l'on accepterait donc un proche "malade mental", "fou", "dépressif" soigné chez soi, mais il s'agit de toutes les façons d'un fardeau pour la famille, et celle-ci fera appel à une aide extérieure si elle ressent un danger pour l'entourage ou le sujet.**
- **Soulignons que dans l'ensemble ce sont les situations extrêmes de débordement, d'urgence, de crise, qui déclencherait la demande d'aide.**
- **Les notions de souffrance, de charge quotidienne insupportable n'apparaissent vraiment que pour le "dépressif". Ces notions sont d'autant plus manifestes pour le "dépressif" que la personne qui le pense peut s'identifier à lui et donc souffrir de concert. On peut rapprocher cette représentation de celle du cancer ; maladie pour laquelle il est acquis que tout le monde peut en faire un au cours de sa vie et que la souffrance engendrée par cette maladie peut être importante.**

**TABLEAU 25 : TOLERANCE DE LA FAMILLE ?**

**Une famille peut accueillir à nouveau chez elle, s'il est soigné ou en traitement :**

	Comores	Madagascar	Maurice	DOM*	France Métro.
<b>UN "DEPRESSIF"</b>	95%	93%	97%	91-95%	94-97%
<b>UN "ENFANT MALADE MENTAL"</b>	95%	96%	97%	92-93%	85-92%
<b>UN "ALCOOLIQUE"</b>	78%	89%	75%	72-78%	71-86%
<b>UN "MALADE MENTAL"</b>	95%	94-97%	95%	87-89%	79-89%
<b>UN "FOU"</b>	95%	94-97%	92%	72-85%	69-80%
<b>UN "TOXICOMANE" **</b>	<b>80%</b>	<b>86-87%</b>	67%	65-68%	65-82%
<b>UN "VIOLEUR" *</b>	<b>72%</b>	<b>68-72%</b>	31%	20-25%	19-30%

\* Réuni on et Guadeloupe

\*\* Acceptation plus i mportante dans les sites de l'Océan Indien

## 2. REPRESENTATIONS LIEES AUX MODES D'AIDE ET DE SOINS

### A. SOINS

#### a. Obligation

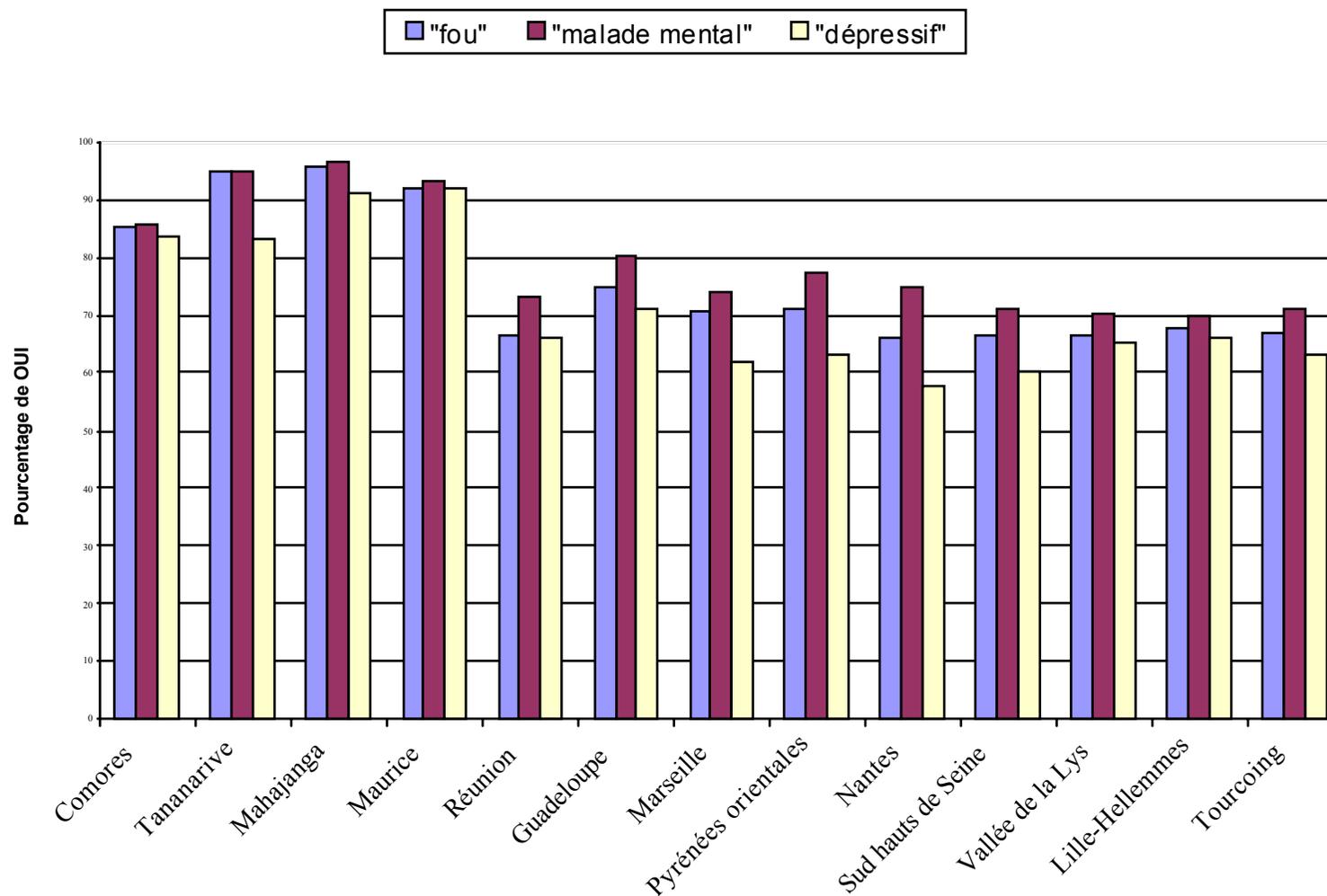
*Pensez-vous que l'on doit soigner un fou qui ne le veut pas ?*

*Pensez-vous que l'on doit soigner un malade mental qui ne le veut pas ?*

*Pensez-vous que l'on doit soigner un dépressif qui ne le veut pas ?*

- **Quels que soient les sites, une grande majorité des personnes interrogées (> 60%), estime qu'il faut soigner un "fou", un "malade mental" ou un "dépressif" même s'ils ne le veulent pas.**
- La hiérarchie dans l'obligation de soins commence par le "malade mental", puis le "fou" et enfin le "dépressif", mais avec de faibles variations (< 10%). Cette tendance à l'obligation de soins est très forte à Madagascar, **Maurice** (> 90% quel que soit le cas) et aux **Comores** (> 80%). Autrement dit, ce sont dans les sites où les recours spécialisés sont les moins disponibles que l'on considère le plus fortement qu'il faut obliger à se soigner. Dans les pays où les structures d'accueil font défaut, les troubles restent à la charge entière de la famille, avec les conséquences socio-économiques que cela peut entraîner. Ceci explique peut-être l'importance accordée à l'obligation de soins dans ces sites.
- Ces données sont à mettre en relation avec les réponses sur l'irresponsabilité et la non conscience des troubles. **Plus la personne est perçue comme irresponsable et inconsciente plus on estime qu'il faut l'obliger à se soigner.**

## GRAPHIQUE 34 : DOIT-ON SOIGNER, MEME S'IL NE LE VEUT PAS...?



## b. Type de soins

Le questionnaire explore les représentations des types de soins par des questions ouvertes (" Selon vous, comment peut-on soigner un fou/malade mental /dépressif ? "). Les enquêtés répondent spontanément et les réponses sont ensuite codées par l'enquêteur selon 11 catégories :

- Traitement médicamenteux : médicaments,
- Hospitalisation : hôpital psychiatrique, hôpital général ou clinique
- Psychothérapie : individuelle, de groupe, brève, analytique...
- Consultation de professionnel de santé générale : médecin généraliste, infirmier,
- Soutien relationnel : les proches, les amis, en parler
- Prise en charge socio-éducative : ergothérapie, accompagnement, réhabilitation...
- Pratiques religieuses : prières, pèlerinage, retraite
- Pratiques magico-religieuses : sacrifice, exorcisme...
- Ne se soigne pas
- Ne sait pas
- Autres

Plus de 70% des personnes interrogées estiment que l'on ne peut pas soigner un "fou", un "malade mental" ni un "dépressif" sans **médicaments**, sauf à Madagascar (+/- 25%). Donc, à Madagascar, on pense qu'il faut les obliger à se soigner (cf. plus haut) mais sans médicaments. On peut s'interroger sur le " non-dit " de cette réponse : s'agit-il là d'autres pratiques religieuses ou magico-religieuses, du recours aux plantes ?

Pour le "dépressif", les avis sont cependant plus partagés (40-60%).

- Pour la France et *Maurice*, le recours thérapeutique cité en premier lieu est le médicament, que ce soit pour le "fou", le "malade mental" ou le "dépressif". En second lieu viennent, pour le "fou" et le "malade mental", l'hospitalisation puis le soutien relationnel et la psychothérapie.
- Pour le "dépressif", le soutien relationnel est cité en deuxième place avant la psychothérapie puis l'hospitalisation.
- Pour les *Comores* et Madagascar, les recours thérapeutiques évoqués diffèrent sensiblement : les pratiques religieuses et magico-religieuses sont prépondérantes. On voit nettement la suppléance de la psychiatrie par le magico-religieux et le religieux (ou le remplacement du recours magico-religieux et religieux par la psychiatrie pour les autres sites ?) en cas de trouble mental repéré, qu'il soit stigmatisé ou intitulé sous forme de "folie", "maladie mentale" ou "dépression". Néanmoins, malgré le fait qu'il n'y ait pas de psychiatres aux *Comores*, un certain nombre d'habitants déclarent qu'ils iraient en voir un en cas de problème. Il faut ici mettre ces résultats en perspective avec l'existence d'une diaspora comorienne exilée en France, la mondialisation des informations et de la culture et le décalage entre déclaration ("ce que je ferais si...") et action ("ce que je fais").

### c. Analyse

Il convient d'analyser ces résultats avec finesse du fait des réserves suivantes :

- Dans l'analyse des types de recours, la principale difficulté de l'interprétation tient à l'organisation de diverses formes de recours en un système cohérent dans une société, dans un sous-ensemble de chaque société au moins. **Or le questionnaire ne permet pas de reconstituer ce qui fait système.** Nous ne pouvons donc pas conclure de manière probante sur les rapports entre systèmes de représentations et systèmes de recours. La confrontation avec le résultat d'études de terrain est alors indispensable, afin d'enrichir voire de valider l'apport du questionnaire.
- La **place faite aux "pratiques magico-religieuses"** est sans doute minorée par le **biais de réponse** induit par une enquête labélisée "Organisation Mondiale de la Santé". On peut en effet (comme pour la question de la causalité) se demander dans quelle mesure l'évocation de ce recours est "refoulée" là où on se fait une image assez claire de ce qu'est une "bonne réponse" en ce domaine ? Les données anthropologiques nous apprennent que ces pratiques sont prégnantes dans tous les pays de l'Océan indien participant à l'enquête et en **Guadeloupe**. Elles existent aussi, mais de manière moins prégnante dans la métropole française. Les résultats de l'enquête montrent que les représentations liées à ces pratiques apparaissent tout de même de manière significative aux **Comores**, à Madagascar et à **Maurice**, mais beaucoup moins à la **Réunion** et en **Guadeloupe**. On peut sans doute faire l'hypothèse que, le biais de "désirabilité sociale vis-à-vis de l'enquêteur" étant levé, elles apparaîtraient de façon encore plus marquée aux **Comores** et à Madagascar et sans doute également à la **Réunion**, à la **Guadeloupe** et à **Maurice**.
- En avançant un peu plus loin dans l'analyse, il faut différencier les sites relevant des départements d'Outre-mer des autres. En effet, ces sociétés ne sont pas tout à fait comparables du point de vue de l'histoire, de la culture et du social. Ce sont des sociétés mixtes, où coexistent, dans la vie de tous les jours, des pratiques et des croyances culturelles fortes et un mode de vie occidental et des repères socioculturels issus des liens avec la métropole. Ainsi on pourrait faire l'hypothèse que la sous-déclaration des pratiques magico-religieuses par les enquêtés antillais et réunionnais relève en fait d'une bonne adaptation de la réponse. Ces résultats ne nous renseignent pas tant sur la réalité des pratiques que sur le mode de fonctionnement mixte de ces sociétés.
- On peut également se demander si la forme du questionnement n'a pas favorisé la rétention de la déclaration des pratiques magico-religieuses. A chaque fois, nous avons privilégié les questions ouvertes. Aurions-nous obtenu les mêmes résultats si nous avions posé directement des questions à réponses fermées, du style " *Si un de vos proches était malade mental, lui conseillerez-vous d'aller voir un marabout ?* ". En effet d'autres enquêtes ont déjà pu mettre en évidence le recours à la spiritualité et à la religion en cas de dépression, par exemple<sup>99</sup>.
- Il ressort de ce qui précède qu'il convient d'interpréter avec la plus grande prudence les réponses concernant les recours à des soins à fondement religieux. Les observations de terrain au long cours montrent combien les questionnaires sont trompeurs à cet égard. Il s'agit en particulier de savoir (la question se pose avant tout à propos de **Maurice** et de la **Réunion**) si la différence entre les sites où ces recours semblent importants et ceux où ils semblent faibles tient à **des différences réelles dans les conduites ou bien à des différences dans le désir de les expliciter**. Les réponses positives ou négatives reflètent souvent des degrés différents d'inhibition de l'expression des conduites plutôt que les fréquences de ces conduites elles-mêmes. D'autre part on passe à côté de tout l'ensemble des recours religieux jugés comme

à la fois indispensables **mais hors du champ des soins** : protection, garanties de non-rechutes, promesses et vœux. L'observation de l'importance des cultes, sectes etc. à finalité de protection ou de soin, et de l'importance des questions de santé mentale chez leurs adeptes montre que, par comparaison les résultats du questionnaire font preuve d'une réelle carence<sup>100</sup>.

- Un autre biais à prendre en compte c'est le décalage existant entre les catégories de référence proposées par le questionnaire ("fou", "malade mental" et "dépressif") et la classification profane des personnes, des situations ou des problèmes pouvant bénéficier, dans une société donnée, du recours aux pratiques magico-religieuses. Ainsi, la sous-représentation des réponses liées aux pratiques magico-religieuses dans les sites où elles sont les plus prégnantes, ne correspondrait pas à une sous-déclaration (plus ou moins refoulée), mais au fait que les catégories proposées ne sont pas identifiées par les répondants comme pouvant bénéficier de telles pratiques.
- Enfin, on peut regretter que du fait du regroupement des réponses spontanées, le **champ sémantique de la catégorie " médicament " soit très large** alors que ses variations entre les sites peuvent être importantes. Soulignons donc que la notion de " médicament " peut recouvrir un spectre assez large de produits. Dans la mesure du possible, il serait un jour intéressant d'articuler ce qui se dégage ici aux travaux sur l'anthropologie du médicament.
- Il n'en reste pas moins, comme pour l'ensemble du questionnaire, que de grandes tendances cohérentes se dégagent de l'analyse des réponses. Des différences et similitudes dans les représentations non seulement liées aux cadres culturels et aux habitudes différentes, mais également différenciées en fonction des catégories proposées ("fou", "malade mental", "dépressif").

## B. GUERISON

*Selon vous, est-il possible de guérir un fou ? Selon vous, est-il possible de guérir un malade mental ? Selon vous, est-il possible de guérir un dépressif ?  
Selon vous, est-il possible de guérir complètement un fou ? Selon vous, est-il possible de guérir complètement un malade mental ? Selon vous, est-il possible de guérir complètement un dépressif ?  
Un fou peut-il guérir seul ? Un malade mental peut-il guérir seul ? Un dépressif peut-il guérir seul ?*

- **Quel que soit le site, l'ensemble des personnes interrogées (>90%) s'accordent à penser que l'on peut guérir un "dépressif". Cette représentation de la curabilité du "dépressif" rejoint les connaissances médicales qui énoncent que la dépression est une maladie spontanément réversible et curable.**
- Concernant la **guérison du "fou" et du "malade mental"**, on retrouve le gradient "Sud Nord" : **Comores** - Madagascar > **DOM - Maurice** > **France métropolitaine**. Ainsi, l'**espoir** de guérison est massif aux **Comores** et à Madagascar (>91%) et moindre en France métropolitaine (23-57%). Ce qui est inversement proportionnel à l'offre de soin psychiatrique...
- Les mêmes distributions persistent si l'on demande "**peut-on guérir complètement**"; mais les taux sont abaissés de 10 à 20 %.
- **Quel que soit le site, l'ensemble des personnes interrogées (>80%) pensent qu'un "fou" ou un "malade mental" ne peut guérir seul.** Par contre cela semble plus envisageable pour un "dépressif" (30-40%).
- Une réserve à apporter là encore aux résultats : la différence dans l'espoir de guérison tient-elle à des conceptions étiologiques différentes ou à des définitions différentes de ce qu'est une guérison ?

**TABLEAU 26 : GUERISON**

	Comores	Madagascar	Maurice	DOM*	France métr.
On peut guérir un "fou"	95%	86-92%	58%	39-42%	23-37%
On peut guérir un "malade mental"	96%	92-95%	77%	51-53%	35-57%
On peut guérir un "dépressif"	<b>93%</b>	<b>90-96%</b>	<b>91%</b>	<b>89-90%</b>	<b>&gt; 92%</b>
On peut guérir <i>complètement</i> un "fou" **	83%	57-58%	16%	12-13%	8-14%
On peut guérir <i>complètement</i> un "malade mental" **	87%	73-74%	44%	24-26%	17-32%
On peut guérir <i>complètement</i> un "dépressif"	84%	80-87%	80%	68-72%	71-81%
Un "fou" peut guérir <i>seul</i>	14%	7-8%	5%	7-8%	5-8%
Un "malade mental" peut guérir <i>seul</i>	14%	12-15%	10%	6-8%	2-7%
Un "dépressif" peut guérir <i>seul</i>	15%	41%	40%	31-35%	30-39%

\* Réunion et Guadeloupe

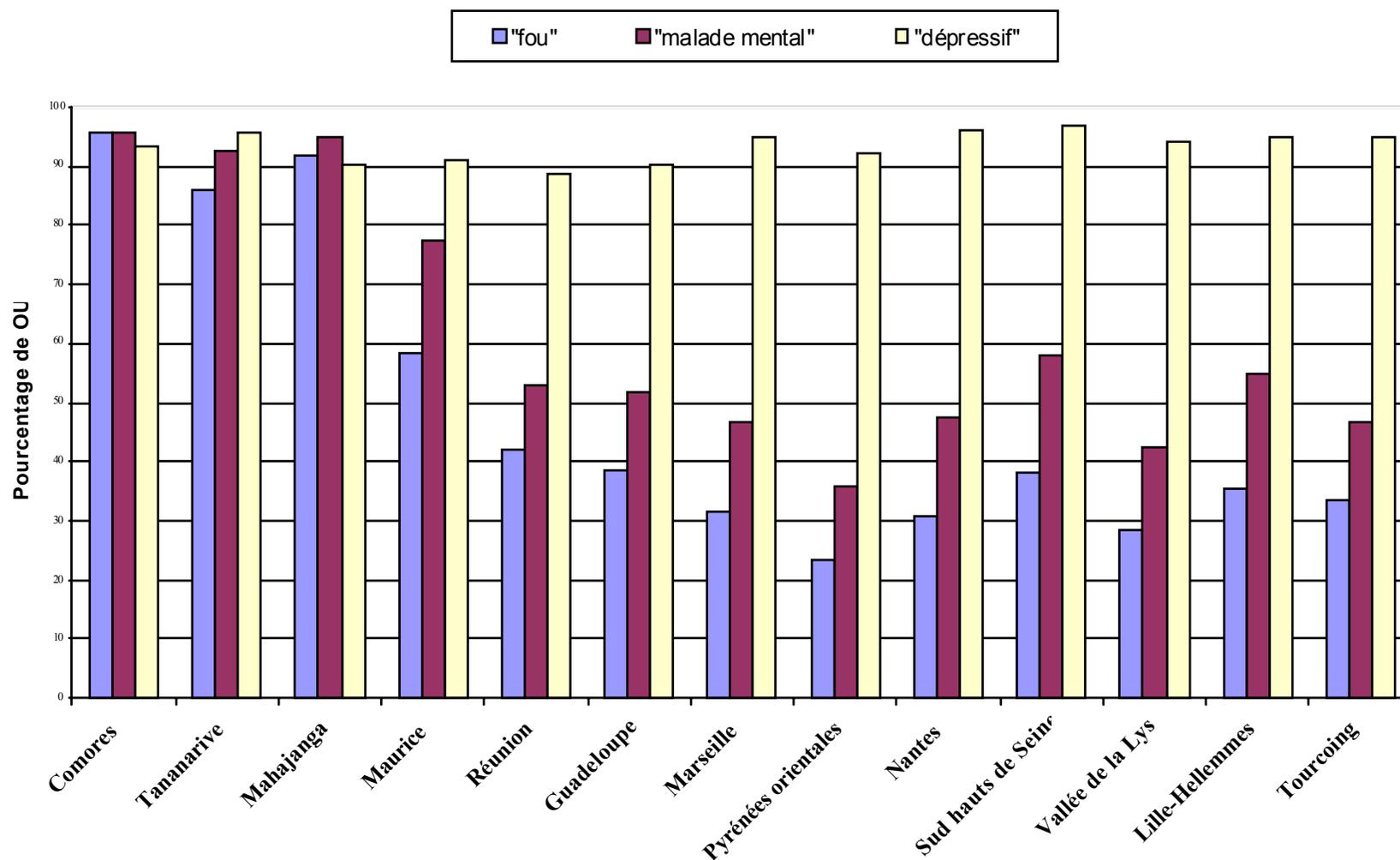
\*\* Gradient Nord Sud

**TABLEAU 27 : SOINS ET GUERISON**

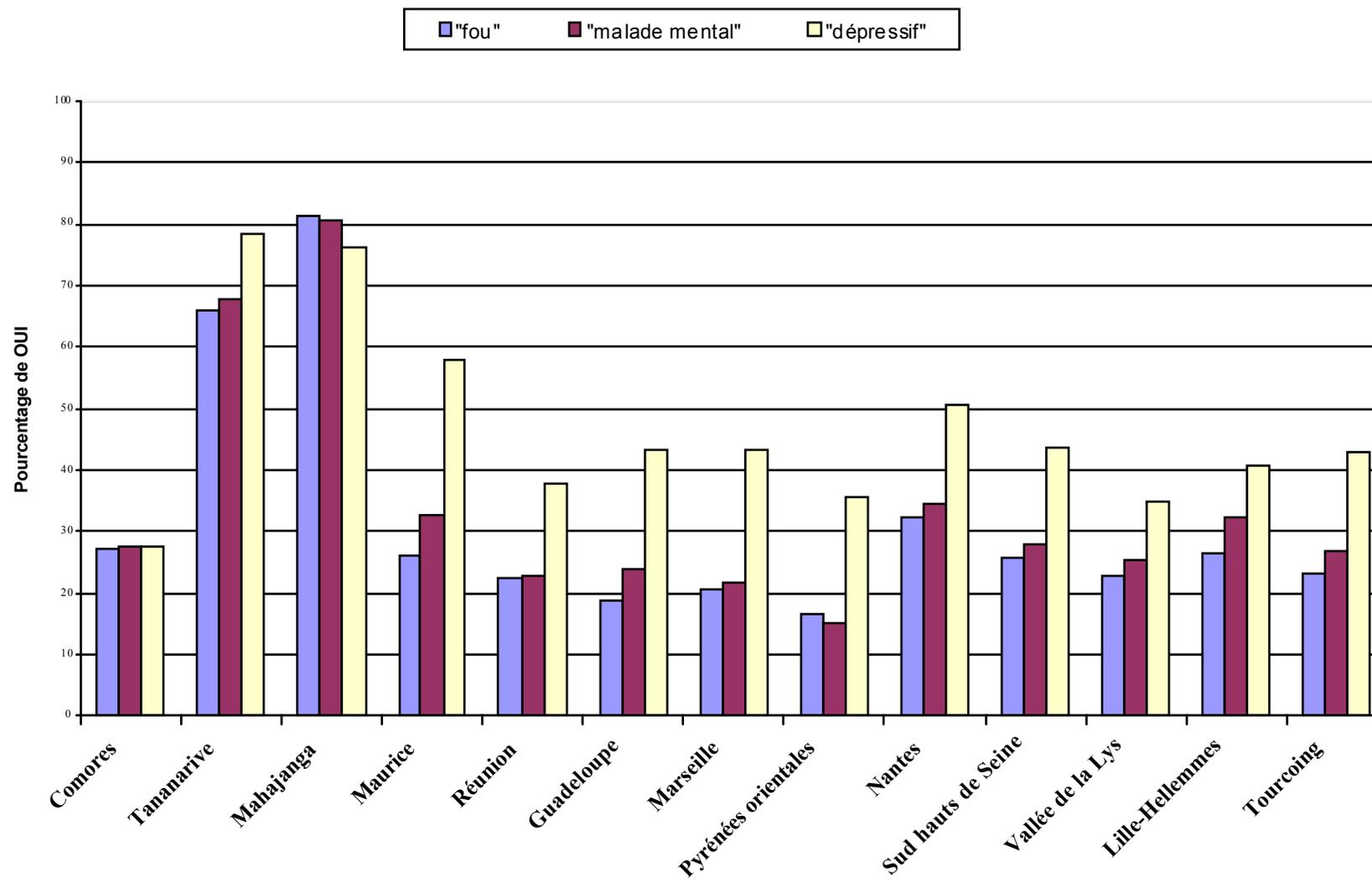
	"FOU"	"MALADE MENTAL"	"DEPRESSIF"
<b>ON DOIT SOIGNER MÊME S'IL NE LE VEUT PAS*</b>	<b>65-95%</b>	70-80%	57-70%
<b>ON PEUT GUERIR</b>	30-43%	35-53%	<b>89-93%</b>
<b>ON PEUT GUERIR <i>COMPLETEMENT</i></b>	8-13%	17-32%	<b>68-87%</b>
<b>ON PEUT GUERIR SANS MEDICAMENTS *</b>	16-23%	15-35%	<b>28-58%</b>
<b>ON PEUT GUERIR SEUL</b>	5-8%	3-8%	<b>31-41%</b>

\* Gradient Nord Sud

## GRAPHIQUE 35 : LA GUERISON EST-ELLE POSSIBLE ?



## GRAPHIQUE 36 : LA GUERISON SANS MEDICAMENT EST-ELLE POSSIBLE ?



## C. REPRESENTATIONS DES RECOURS THERAPEUTIQUES

### a. Image de l'hôpital psychiatrique

*Selon vous, quels genres de soins sont donnés dans un hôpital ou une clinique psychiatrique ?*

*Conseillerez-vous à un de vos proches qui est fou d'être hospitalisé à l'hôpital psychiatrique ?*

*Conseillerez-vous à un de vos proches qui est malade mental d'être hospitalisé à l'hôpital psychiatrique ?*

*Conseillerez-vous à un de vos proches qui est dépressif d'être hospitalisé à l'hôpital psychiatrique ?*

- Rappelons que plus d'un tiers des personnes de notre échantillon a déclaré être déjà entré dans un hôpital ou un service psychiatrique. Il est intéressant d'explorer plus avant la représentation que les personnes ont des services de psychiatrie. Les items sur les soins nous ont déjà apporté des éléments, qui se trouvent ici précisés ou confirmés.
- Dans tous les sites sauf à Madagascar, ce sont **les traitements médicamenteux qui sont cités en premier lieu** comme soins proposés dans un hôpital ou une clinique psychiatrique. La majorité des malgaches interrogés reconnaît ne pas savoir quels types de soins sont proposés.
- **La psychothérapie est citée en second lieu** en France (entre 12 et 20%) ; les pratiques médicalisées (électrochocs...) à **Maurice**.
- Quels que soient les sites, on conseillerait à un de ses proches "fou" d'être hospitalisé à l'hôpital psychiatrique (> 73%), un peu moins à un proche "malade mental" (>58%). Cependant, en France métropolitaine et en **Guadeloupe** on le déconseillerait à un proche "dépressif". Rappelons-nous que dans les représentations, le "fou" le "malade mental" c'est l'autre, le "dépressif" cela peut être soi. On conseillerait donc à l'autre "fou" ou "malade mental" l'hôpital psychiatrique mais pas au "dépressif" (soi-même). On peut également corréler ces réponses aux représentations sur la guérison. La grande majorité des personnes pense que l'on peut guérir un "dépressif", même sans médicament. Les avis sont partagés pour les sites de la **Réunion, Maurice** et Madagascar.

### b. Image des autres lieux de soins

*Connaissez-vous d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un fou ? un malade mental ? un dépressif ? Si oui lesquels ?*

- **En France, 70 à 80% des personnes interrogées ne citent pas d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un "fou". Seuls 20 à 30% des répondants peuvent citer d'autres lieux.** Ce pourcentage augmente concernant les autres lieux de soins pour un "malade mental". Ainsi 39 à 52% en citent au moins un.

- A peu près les mêmes alternatives sont évoquées pour le "fou" ou le "malade mental" :
  - ✓ cliniques, maisons de repos
  - ✓ CMP ou hôpitaux de jour et foyers, consultations ambulatoires,
  - ✓ la famille pour le "malade mental".
- Les autres lieux pour soigner un "dépressif" sont plus facilement évoqués. Plus de 72% des personnes interrogées peuvent en citer au moins un, sauf à la **Réunion** (55%). **La première alternative est la maison, la famille**, ce qui est en accord avec les réponses précédentes : le "dépressif" cela peut être moi, on peut guérir seul et sans médicament. La seconde alternative citée sont les cliniques ou maisons de repos, les structures de soins relevant du secteur psychiatrique sont rarement citées, pour le "dépressif" (cf. plus haut).
- Nous voyons nettement dans ces réponses, que les services de psychiatrie situés dans la communauté ne constituent pas des recours spontanés dans les attitudes déclarées des personnes interrogées. Cela s'explique sans doute par une contamination des structures "légères" (comme les centres de consultations médico-psychologiques installés en ville) par l'image péjorative de l'hôpital psychiatrique ("C'est pour les fous ! Je ne suis pas fou"). Contamination qui touche également l'ensemble des professionnels de psychiatrie, comme nous le verrons plus tard. On pourrait également dire que les personnes interrogées n'envisagent pas qu'il puisse y avoir un autre lieu que l'hôpital psychiatrique pour le "fou" et le "malade mental" ; par contre, ce lieu leur semble inadapté pour le "dépressif".
- **Maurice** présente une situation particulière, par rapport aux autres sites, qui est sans doute corrélée aux modalités d'organisation des soins psychiatriques sur l'île (sous contrainte à l'hôpital psychiatrique jusqu'en 1998). Ainsi, près de 90% des répondants ne peuvent citer d'alternatives à l'hôpital psychiatrique pour soigner un "fou" ou un "malade mental". Concernant le "dépressif", un tiers des répondants évoque la famille, des foyers d'accueil ou des centres de consultations.
- Le tableau est très différent pour les **Comores** et Madagascar où la majorité des personnes peuvent citer d'autres lieux pour soigner un "fou", un "malade mental" ou un "dépressif" :
  - ✓ **les églises, les temples,**
  - ✓ **les communautés religieuses**
- On ne manquera pas de souligner le contexte paradoxal de ces réponses. Il existe en effet une grande disparité dans les équipements mis à disposition des diverses populations considérées, et particulièrement pour les équipements légers (CMP, CATTP, hôpitaux de jour, dispositifs de soins ambulatoires etc...). Les références d'habitudes des populations abordées par l'enquête connaissent donc très probablement la même disparité. (Rappelons toutefois pour mémoire, qu'en France, 80% des budgets des secteurs sont encore utilisés pour les services d'hospitalisation psychiatrique, alors que plus de la moitié des patients sont suivis en dehors des hôpitaux, qui occupent de facto le devant de la scène).
- La question est de savoir si des réponses apparemment équivalentes données dans des contextes très contrastés ont une équivalence significative réelle ou recouvrent en réalité des représentations différentes par rapport aux contextes de référence. En corollaire, les variations des réponses entre les diverses populations traduisent-elles de réelles différences de représentation ou sont-elles induites par la disparité de ces contextes de référence ?

- Pour les sites français il nous semble important de souligner la méconnaissance de la part de la population générale, des alternatives à l'hospitalisation psychiatrique. Seulement 5% des personnes interrogées en France peuvent citer spontanément une structure de soins psychiatriques extra-hospitalière. Pour la majorité des personnes interrogées, l'hôpital psychiatrique est le seul lieu envisageable pour soigner un " fou ", voire un " malade mental ".
- Malgré la promulgation il y a 40 ans d'une loi définissant la sectorisation psychiatrique et la modification conséquente de la répartition de l'offre de soins, en la déployant vers la communauté, la population continue de méconnaître l'existence des recours accessibles. Ces résultats dev ront se traduire en recommandations claires pour l'ensemble des équipes de secteurs et les décideurs.

**TABLEAU 28 : NE CONNAISSENT PAS D'AUTRES LIEUX QUE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE POUR SOIGNER...**

	Comores	Madagascar	Maurice	DOM*	France Métro.
Un "fou"	39%	29 - 58%	91%	75 - 78%	71 - 81%
Un "malade mental"	46%	24 - 60%	86%	61 - 69%	48 - 63%
Un "dépressif"	50%	57 - 63%	70%	28 - 45%	15 - 24%

\* Réunion et Guadeloupe

**TABLEAU 29: AUTRES LIEUX POUR SOIGNER UN "FOU"**

	Comores	Madagascar	Maurice	DOM	France métro.
Connaissent d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un "fou"	61%	42 - 71%	9%	22 - 25%	19 - 29%

**Les personnes qui connaissent d'autres lieux citent :**

Clinique, maison de repos	16%	1 - 3,7%	12%	29 - 37%	18 - 32%
CMP, CATTP, Hôpital de jour, MG.	3%	0,2 - 0,7%	15%	18 - 32%	12,5 - 27,6%
Eglise, temple, etc.	74%	92%	96%	1,6 - 4%	0,4 - 6,4%
Maison, entourage	3%	1%	10%	10,3 - 20,6%	12,8 - 16,2%

**TABLEAU 30 : AUTRES LIEUX POUR SOIGNER UN "MALADE MENTAL"**

	Comores	Madagascar	Maurice	DOM	France métr.
Connaissent d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un "malade mental"	54%	40-68%	14%	31-39%	37-52%

**Les personnes qui connaissent d'autres lieux citent :**

Foyers, IMP...	1,4%	0,1- 0,9%	28%	15 - 21%	20 – 37%
Clinique, maison de repos	13,6%	0,9 – 3,4%	13%	25 – 29%	10 – 28%
CMP, CATTP, Hôpital de jour, MG.	3,4%	0,5 – 1,5%	16%	15,6 - 34%	15,7 – 25%
Eglise, temple ...	70,6%	89 – 95%	11%	1,8 – 2,3%	0,4 – 1,4%
Maison, entourage	8%	2 – 3,6%	8%	14 – 25%	14 – 19%

**TABLEAU 31 : AUTRES LIEUX POUR SOIGNER UN "DEPRESSIF"**

	Comores	Madagascar	Maurice	DOM	France métro.
Connaissent d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un "dépressif"	50%	37 - 43%	30%	55 - 72%	76 - 85%

**Les personnes qui connaissent d'autres lieux citent :**

Maison, entourage	12%	17%	30%	34 - 45%	39 - 51%
Clinique, maison de repos	11%	2 - 8%	11%	29 - 42%	17 - 37%
CMP, CATTP, Hôpital de jour, MG	3,5%	0,6 - 1,7%	14%	6,7 - 9%	6 - 15%
Eglises, temples	68%	69 - 77%	5,7%	0,6 - 1,8%	0 - 0,7%

## D. ORIENTATION DE L'UN DES PROCHES ou DU SUJET LUI-MEME

### a. Orientation d'un proche

*Si un de vos proches (famille ou ami) est fou, qui lui dites-vous d'aller voir ?*

*Si un de vos proches (famille ou ami) est malade mental, qui lui dites-vous d'aller voir ?*

*Si un de vos proches (famille ou ami) est dépressif, qui lui dites-vous d'aller voir ?*

- En France et à **Maurice**, on déclare que l'on conseillerait à un **proche "fou" ou "malade mental"** d'aller voir un psychiatre en première instance, un médecin généraliste en seconde. Le psychiatre est perçu comme celui qui prend en charge les pathologies lourdes.
- Pour un **proche "dépressif"**, psychiatre et médecin généraliste sont cités de façon équivalente dans les conseils d'orientation et ce sont les proches (famille, ami) qui sont cités en second lieu.
- A Madagascar et aux **Comores**, quel que soit le cas, on déclare que l'on conseillerait à un proche "fou", "malade mental" ou "dépressif" d'aller d'abord voir un **médecin généraliste**. En second lieu, un " religieux " à Madagascar et un "magico-religieux" aux **Comores**.
- **Pour un enfant** ayant des troubles mentaux, on irait d'abord consulter un médecin généraliste. Puis viennent les recours religieux et magico-religieux aux **Comores** et à Madagascar.

### b. Recours pour soi-même

*Imaginez que vous n'êtes pas bien dans votre peau. Vous avez des difficultés dans votre vie. Vous êtes dans une situation de mal être et de malaise. Vous ne savez plus où vous en êtes. Vous ne comprenez pas ce qui vous arrive... Vous êtes mal dans votre tête... Qui allez-vous voir en premier ?*

- En cas de difficultés psychologiques, la majorité des personnes interrogées déclarent qu'elles en **parleraient d'abord à un proche** (ami, famille), puis à leur **médecin généraliste** (sauf aux **Comores** où l'ordre est inversé). Ces résultats rejoignent ceux d'autres études sur les représentations des soins. Ainsi, l'étude australienne citée dans la partie méthodologique, montre que 83% des sujets considèrent qu'en cas de problèmes psychologiques, une prise en charge par un médecin généraliste suffit<sup>101</sup>.
- En France et à **Maurice**, le troisième recours cité en cas de problème personnel est le **psychiatre**.
- Aux **Comores** et à Madagascar ce sont les recours religieux ou magico-religieux.

- On conseillera donc facilement à un proche d'aller voir le psychiatre mais on ira soi-même en consulter un en dernier recours. Le "fou" c'est l'autre, l'hôpital psychiatrique et le psychiatre c'est pour les autres.
- Il est intéressant de noter que ces réponses sont homogènes, quel que soit le site, donc quelle que soit également la disponibilité d'un tel recours. On perçoit bien ici la différence entre l'intention, le déclaratif et l'action.

### c. Critères de choix

Concernant la personne que l'on ira voir en cas de difficultés psychologiques, ce sont les critères de **personnalité (confiance, écoute) et affectifs (intimité...)** qui priment dans le choix, avant les critères de compétence. Les critères financiers ou géographiques interviennent peu.

Evidemment les mêmes réserves sont à appliquer à ces données qu'à l'ensemble des réponses. **Il ne s'agit pas là de superposer l'énoncé déclaratif et la réalité de la conduite.** Le questionnaire n'a pas non plus l'ambition de reconstruire les itinéraires thérapeutiques imaginaires ou réels. Les anthropologues ont étudié les résultats bruts du type : "on conseillera d'aller voir d'abord un (psychiatre, médecin généraliste)". Ils ont montré qu'ils ne reflètent guère les conduites réelles. Celles-ci sont faites d'itinéraires diagnostiques et thérapeutiques complexes, bifurqués, comportant des demandes simultanées adressées à plusieurs secteurs du système de soin (recours vernaculaire, recours à des spécialistes locaux, recours à la bio-médecine, sous ses diverses formes). De plus, il existe de grandes différences entre des itinéraires de soins reconstruits par interrogatoire et ceux que l'on observe en les accompagnant.

Néanmoins, il reste intéressant de constater les effets de convergences des réponses au sein des sous-ensembles géographiques et des catégories proposées ("fou", "malade mental" ; "dépressif"). Ces éléments seront à prendre en considération au moment de formuler des recommandations pour favoriser l'accès aux recours thérapeutiques.

**TABLEAU 32 : ORIENTATION D'UN PROCHE...**

		France Métro.	DOM	Maurice	Madagascar	Comores
<b>"FOU"</b>	1	Psychiatre	Psychiatre	Psychiatre	Médecin généraliste	Médecin généraliste
	2	Médecin généraliste	Médecin généraliste	Médecin généraliste	Religieux	Magico-religieux
	3				Psychiatre	Psychiatre
<b>"MALADE MENTAL"</b>	1	Psychiatre	Psychiatre	Psychiatre	Médecin généraliste	Médecin généraliste
	2	Médecin généraliste	Médecin généraliste	Médecin généraliste	Religieux	Psychiatre
	3				Relations Psychiatre	Magico-religieux
<b>"DEPRESSIF"</b>	1	Psychiatre	Psychiatre	Psychiatre	Médecin généraliste	Médecin généraliste
		Médecin généraliste	Médecin généraliste			
	2	Relations	Relations	Médecin généraliste	Religieux	Psychiatre
						Magico-religieux
	3			Relations	Relations	Psychiatre
				Magico-religieux		

**TABLEAU 33 : VOUS ETES MAL DANS VOTRE PEAU... QUI ALLEZ-VOUS VOIR EN PREMIER ?**

	Comores	Madagascar	Maurice	DOM	France Métro.
<b>RELATIONS</b>	23 %	<b>46 – 47 %</b>	<b>43 %</b>	<b>37 – 40 %</b>	<b>36 – 46%</b>
<b>MEDECIN GENERALISTE</b>	<b>49 %</b>	36 %	33 %	35 – 38 %	34 – 42%
<b>PSYCHIATRE</b>	14 %	1 – 3 %	18 %	12 – 23 %	9 – 16%
<b>RELIGION/ MAGICO-RELIGIEUX</b>	<b>13 %</b>	<b>13 – 14 %</b>	5 %	1,3 – 2 %	0,5 – 1,3%

#### XIV. CROISEMENT AXES SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE EN FRANCE METROPOLITAINE

- Nous avons supposé que certaines caractéristiques des personnes interrogées pouvaient avoir une influence particulière sur la perception de la santé mentale. Ainsi pour caractériser ces personnes, nous avons repris les questions du questionnaire d'identification, le fait de révéler ou non une pathologie au questionnaire MINI, et d'avoir eu une approche particulière du milieu psychiatrique : connaître dans son entourage quelqu'un qui est ou a été "fou", "malade mental" ou "dépressif", être déjà rentré dans un hôpital psychiatrique ou un service de psychiatrie, avoir pris des médicaments pour les nerfs, avoir été soigné pour "dépression" ou avoir suivi une "psychothérapie".
- Cependant, l'étude de ces divers sites ne permet pas facilement une généralisation des résultats et certaines différences aperçues ne pourront être confirmées qu'après l'étude d'un plus grand nombre de sites.
- Les croisements effectués ne concernent que les sites de France métropolitaine.

##### 1. GENERALITES

L'étude de la perception du "fou", "malade mental" et "dépressif" par rapport aux grands critères socio-démographiques (sexe, âge, niveau d'étude, activité professionnelle ou non, situation maritale, croyance, migration) relève peu de différences.

- L'approche de la "dépression" diverge quelquefois entre les hommes et les femmes. Les personnes entre 18 et 35 ans sont souvent plus optimistes que les autres quant à la guérison et accueilleraient plus facilement un proche.
- **Les personnes ayant un niveau d'études supérieures**, semblent avoir une meilleure connaissance de la psychiatrie. Les autres critères n'influent pas assez sur les réponses pour être actuellement pris en compte.
- **La connaissance d'un "fou", d'un "malade mental" ou d'un "dépressif"** influe sur la perception de certains comportements, sur l'approche de la guérison, l'accueil et la connaissance du milieu psychiatrique. Ce qui est cohérent avec les résultats des enquêtes de Brockinton ou de Wolff, citées dans la première partie de ce rapport.
- **Les personnes déclarant avoir été soignées pour "dépression"**, pensent plus envisageable de soigner un "dépressif" à la maison, que sa présence n'est pas une charge, et ont une meilleure connaissance du milieu psychiatrique. Cependant, ils n'ont pas une vision particulière du "dépressif".
- **Les personnes déclarant avoir déjà consommé des médicaments pour les nerfs**, être déjà entrées dans un hôpital ou une clinique psychiatrique, ou avoir suivi une "psychothérapie", n'ont pas de caractéristiques particulières mis à part celle d'être liées avec les précédentes.

## 2. ETUDE THEMATIQUE

### A. CONDUITES

Nous reprenons ici l'analyse des conduites et comportements permettant de qualifier des conduites du "fou", du "malade mental" ou du "dépressif", de normales ou anormales, de dangereuses ou peu dangereuses, présentées dans les chapitres précédents.

#### a. Le "dépressif"

- Pleurer souvent, tenter de se suicider sont en France métropolitaine, des caractéristiques largement reconnues du "dépressif" (pour plus de 75% des personnes interrogées), tout comme dans une moindre mesure, être isolé, en retrait (entre 55% et 66% des personnes interrogées).
- Cette proportion est plus importante chez les femmes, elle est d'environ 5 points plus élevée que celle des hommes. Les personnes qui déclarent avoir été soignées pour "dépression", considèrent plus fréquemment qu'un comportement bizarre ou un discours bizarre, l'aspect négligé, sale ou l'anxiété caractérisent le "dépressif". Enfin, les personnes révélées dépressives par le questionnaire MINI, désignent plus couramment quelqu'un de négligé, sale ou quelqu'un d'isolé, en retrait ou encore quelqu'un d'anxieux comme "dépressif".
- On pourrait dire que le fait d'avoir été "dépressif" améliore la connaissance empirique de la maladie et permet de requalifier en "dépression" des comportements qui ne le sont pas de prime abord. La même constatation a été faite par Ogden, qui a montré que les patients ayant déjà vécu une expérience personnelle de "dépression" en ont une représentation proche du modèle médical<sup>102</sup>.
- Il faut ici faire attention à ce que cette requalification n'agisse pas comme une excuse pour confier le malheur ambiant et les accidents de la vie au champ de la psychiatrie. En effet, c'est ce même processus de requalification des actes ou des comportements qui, en Occident, au XIXème siècle, a basculé vers les hôpitaux psychiatriques une partie de la population des prisons, en transformant certains actes criminels en actes fous et en confiant aux psychiatres les personnes les ayant commis.

#### b. La perception du "fou" et du "malade mental".

- Il semble que les personnes qui connaissent dans leur entourage quelqu'un qui est, ou a été, "fou", "malade mental" ou "dépressif", différencient moins les comportements caractéristiques du "fou" et du "malade mental" par la violence. Ainsi, pour ces personnes, quelqu'un qui commet un viol, un inceste ou un meurtre, ou qui bat régulièrement sa femme, son mari ou ses enfants est plus fréquemment considéré comme "malade mental". Les personnes qui ont fait des études supérieures qualifient aussi plus fréquemment ces comportements comme caractéristiques du "malade mental".

#### c. Aucun des trois

- Celui qui prend des drogues, qui a un comportement bizarre ou celui qui est anxieux est plus souvent considéré par les personnes qui ont un niveau d'études supérieures comme étant ni "fou", ni "malade mental", ni "dépressif".

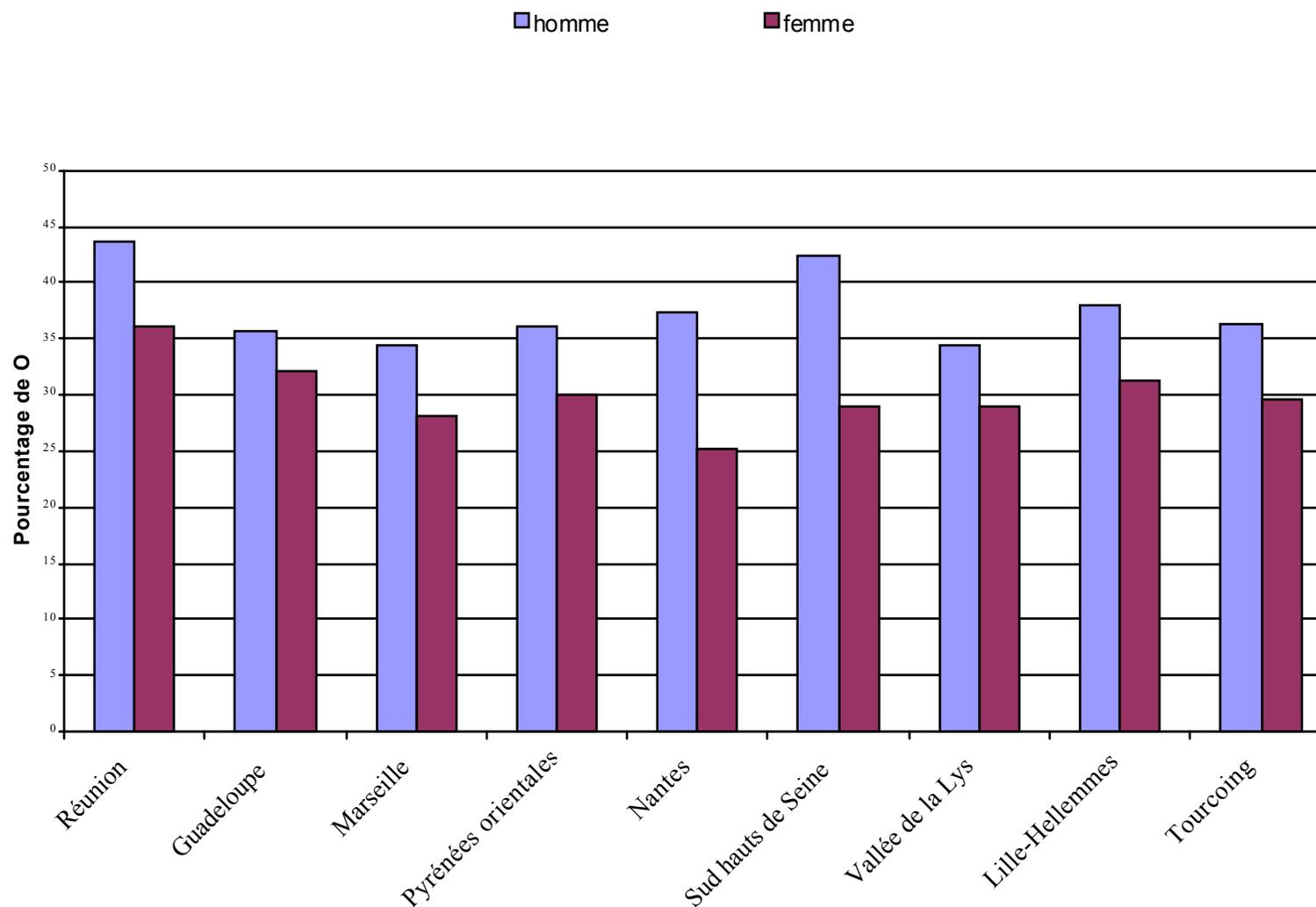
#### d. La normalité

- Les personnes qui ont révélé au MINI avoir des problèmes liés à la consommation de drogues ou d'alcool, jugent plutôt ces comportements normaux.
- Les personnes qui ont connaissance d'un "fou", d'un "malade mental" ou d'un "dépressif" jugent plus souvent normales les personnes qui pleurent souvent, qui tentent de se suicider, qui prennent des drogues ou quelqu'un de déficient intellectuel. La connaissance réduit la distance face l'étranger représenté par le "fou", le "malade mental" ou le "dépressif" et tend à les normaliser. On pourrait dire : " Plus c'est proche de soi, plus c'est englobé dans son intimité, plus c'est considéré par le sujet comme normal ".

### B. MALADIE ET LA GUERISON

- La responsabilité attribuée au "dépressif" par rapport à son état et à ses actes est moins importante pour les femmes que pour les hommes (*cf. graphique 37*).
- Les **hommes** semblent plus optimistes que les femmes quant aux possibilités de guérison (*cf. tableau 34*) les hommes pensent plus souvent que les femmes, qu'un "fou" ou un "malade mental" peut guérir ; et la possibilité de soigner sans médicaments un "fou", un "malade mental" ou un "dépressif" est plus souvent envisagée parmi les hommes que les femmes. Ces résultats sont sans doute à mettre en relation avec les sexe-ratio présentés pour les différents troubles identifiés par le MINI. Ainsi, comme nous le verrons dans la partie épidémiologique de ce rapport, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à présenter des troubles dépressifs ou anxieux et à déclarer une consommation de médicaments psychotropes. Cette connaissance empirique des troubles et des médicaments explique en partie la différence dans les représentations.
- De même, les **personnes de 18 à 39 ans** considèrent plus fréquemment que l'on peut soigner un "fou" ou un "malade mental" sans médicaments, et qu'ils peuvent guérir.
- Les personnes ayant un **niveau d'études supérieures** envisagent plus largement un mode de soin sans médicaments.

### GRAPHIQUE 37 : POURCENTAGE D'HOMMES ET DE FEMMES PENSANT QU'UN "DEPRESSIF" EST RESPONSABLE DE SA MALADIE



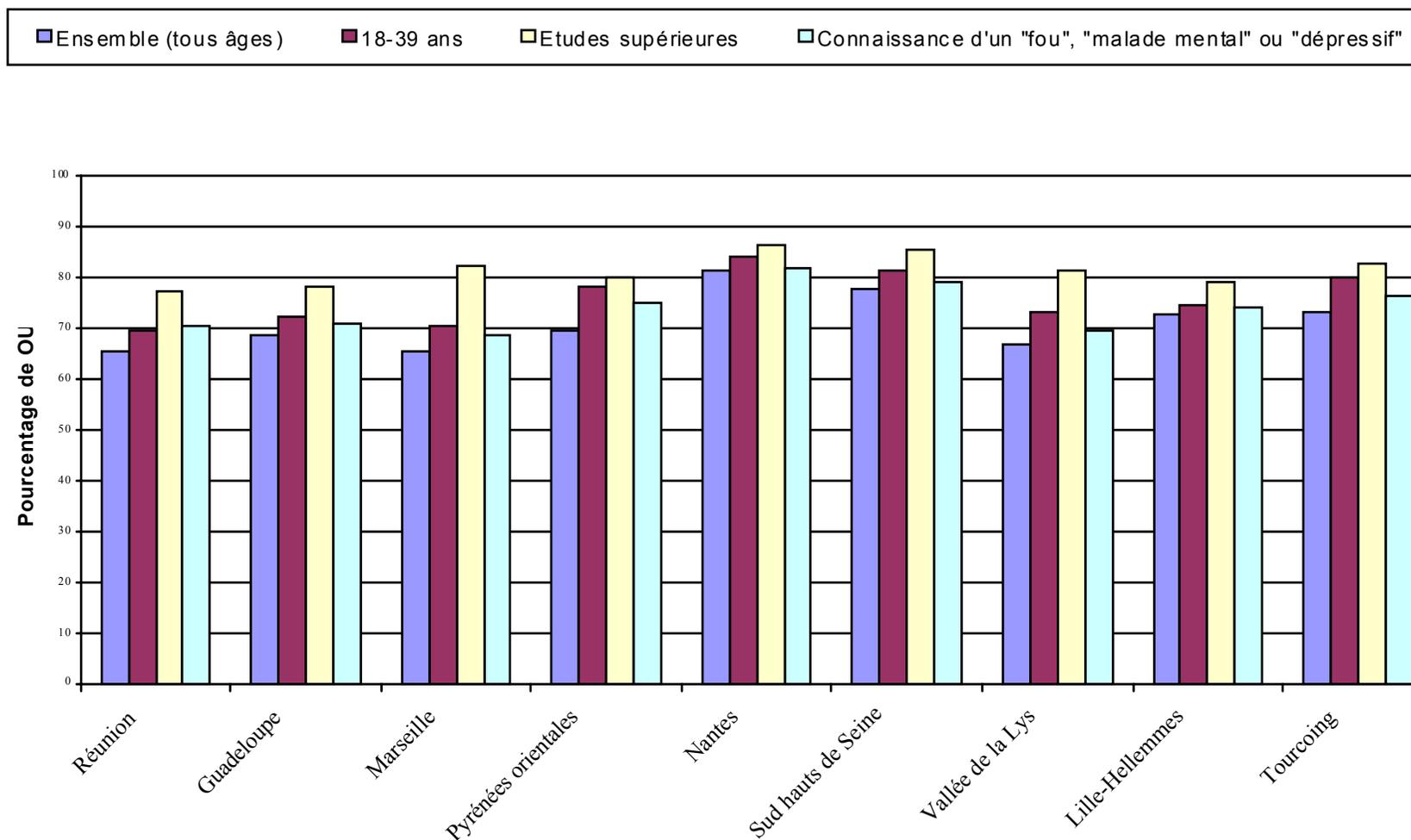
**TABLEAU 34 : POURCENTAGE D'HOMMES ET DE FEMMES INTERROGÉS  
PENSANT QUE LES SOINS SANS MÉDICAMENT ET LA GUÉRISON SONT POSSIBLES**

	Peut être soigné sans médicament						Peut guérir					
	"fou"		"malade mental"		"dépressif"		"fou"		"malade mental"		"dépressif"	
	homme	femme	homme	femme	homme	femme	homme	femme	homme	femme	homme	femme
<b>Réunion</b>	22,9	21,4	23,6	21,8	40,9	34,9	41,8	41	55,7	48,9	86,1	90,1
<b>Guadeloupe</b>	22,5	15,1	27,9	20	46,2	40,7	41,2	36	56,3	47,1	89,1	91,1
<b>Marseille</b>	23,6	17,2	23,2	20,2	45,6	41,5	35,2	27,4	51,8	41,9	94,1	95,5
<b>Pyrénées orientales</b>	20,9	13,1	17,5	13,3	40,1	31,9	24,8	22,4	38,2	33,3	90,3	93
<b>Nantes</b>	34	27,5	37,4	30	54,9	45,4	33	25,1	51,5	41,1	95,6	96,1
<b>Sud hauts de Seine</b>	33	19,5	35,6	21,2	50,5	40,7	45,9	30,9	62,7	53,5	96,7	96,9
<b>Vallée de la lys</b>	29,2	17	29,6	21,5	39,8	30	34	23,4	47,7	37,9	94,4	94
<b>Lille-Hellemmes</b>	29,4	23,9	35,1	31	49,6	37,4	38,7	29,4	53,5	48,8	92,9	94,8
<b>Tourcoing</b>	28,1	19,1	30,5	23,7	47,9	38,7	37,4	30,1	47,1	46,2	94,5	94,8

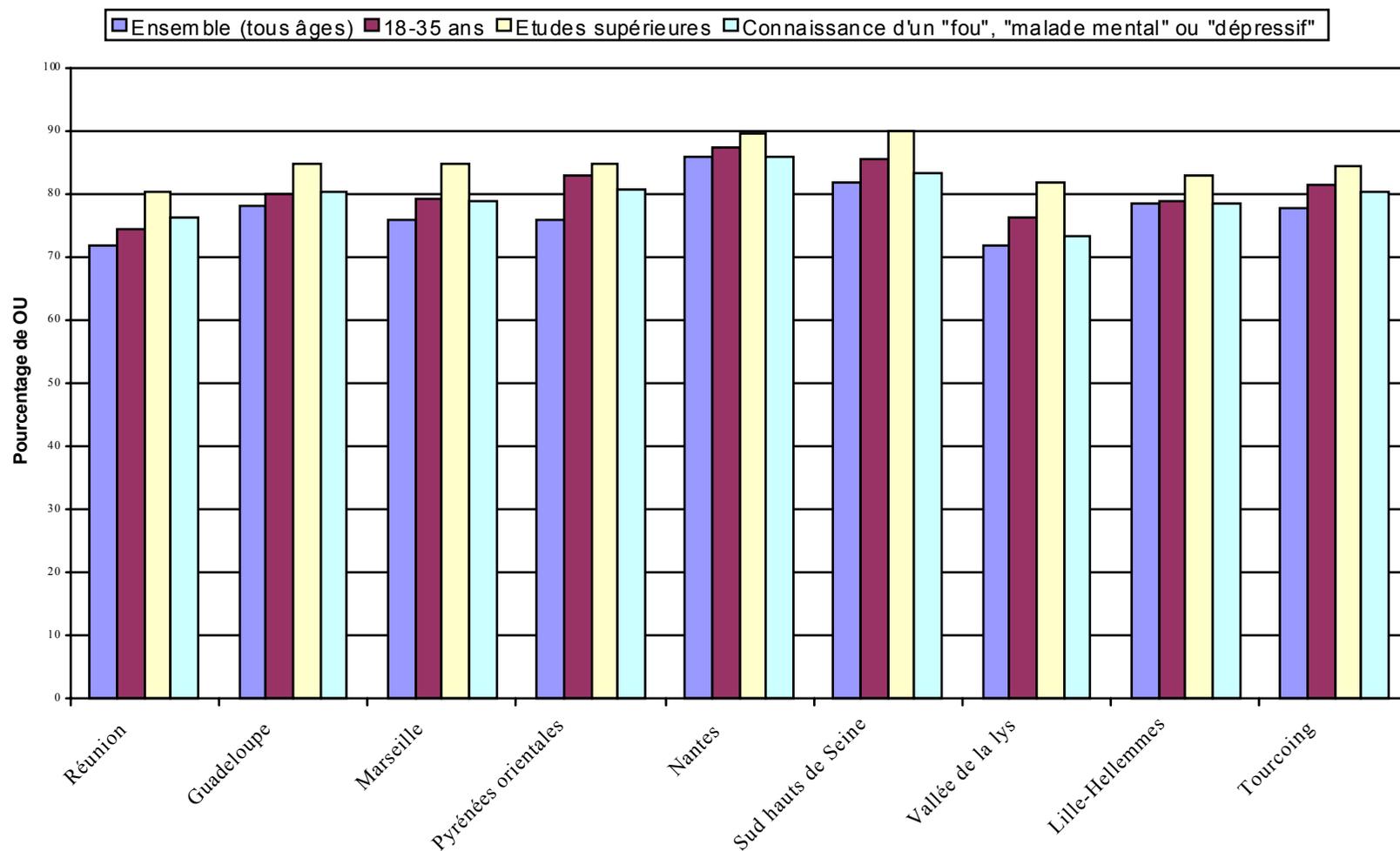
### 3. L'HOSPITALISATION ET LA PRISE EN CHARGE

- **Les personnes ayant entre 18 et 35 ans** semblent les plus enclines à accueillir une personne toxicomane, alcoolique ou un violeur soigné ou actuellement en traitement.
- **Les personnes ayant fait des études supérieures** déclarent plus facilement qu'elles accueilleraient des personnes présentant des troubles (adulte ou enfant "fou", "malade mental", "dépressif", toxicomane, alcoolique ou violeur), soignés ou en traitement. La différence est plus marquante quant à l'accueil des personnes toxicomanes, alcooliques ou violeurs soignés ou en traitement. (Cf. les graphiques 38 à 40).
- De la même façon, les **personnes connaissant dans leur entourage quelqu'un** qui est, ou a été, "fou", "malade mental" ou "dépressif" sont plus nombreuses à déclarer qu'elles accueilleraient des personnes présentant des troubles, soignés ou en traitement.
- Il semble que ces mêmes personnes auraient tendance à accepter plus facilement que les autres personnes qu'un enfant avec des problèmes psychologiques soit admis dans les mêmes lieux que les autres enfants.
- La tendance à la meilleure acceptation déclarée du "fou", du "malade mental" et du "dépressif" chez les moins de 35 ans et chez ceux qui en connaissent dans leur entourage, indiquerait peut-être une certaine évolution des mentalités (à moins que celles-ci ne se rigidifient avec l'âge...). Ceci sera à confirmer en deuxième phase d'enquête.

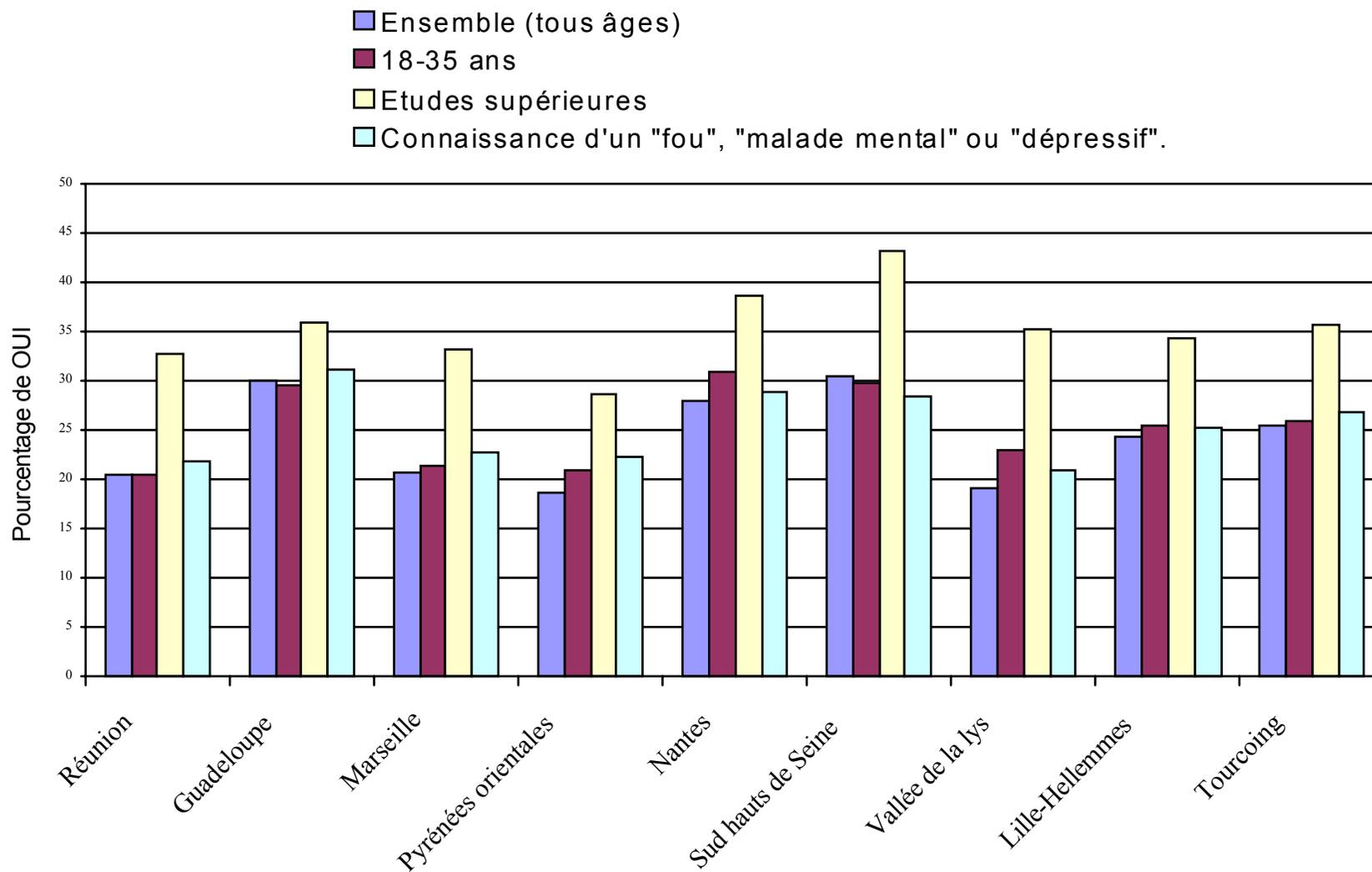
## GRAPHIQUE 38 : ACCUEIL D'UNE PERSONNE TOXICOMANE (SOIGNEE OU EN TRAITEMENT) EN FONCTION DE CRITERES SOCIO DEMOGRAPHIQUES



## GRAPHIQUE 39 : ACCUEIL D'UNE PERSONNE ALCOOLIQUE (SOIGNEE OU EN TRAITEMENT) EN FONCTION DE CRITERES SOCIO DEMOGRAPHIQUES



## GRAPHIQUE 40 : ACCUEIL D'UN VIOLEUR (SOIGNE OU EN TRAITEMENT) EN FONCTION DE CRITERES SOCIO DEMOGRAPHIQUES



#### 4. CONNAISSANCE DU MILIEU PSYCHIATRIQUE

- Les **personnes qui connaissent dans leur entourage** quelqu'un qui est, ou a été, "fou", "malade mental" ou "dépressif", semblent plus accepter la présence de personnes présentant des troubles et semblent aussi mieux connaître le milieu psychiatrique : elles connaissent plus fréquemment d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un "fou", un "malade mental" ou un "dépressif", elles sont aussi plus souvent déjà entrées dans un hôpital psychiatrique.
- Cependant, ces personnes ont été plus directement que les autres personnes en contact avec le milieu psychiatrique : elles déclarent plus souvent avoir pris des "médicaments pour les nerfs", avoir été soignées pour "dépression" ou avoir suivi une "psychothérapie".(cf. graphiques pages suivantes)
- Toutefois, une personne étant déjà entrée dans un hôpital psychiatrique, ayant déjà pris des "médicaments pour les nerfs", ayant déjà été soignée pour "dépression" ou ayant suivi une "psychothérapie" se retrouve plus fréquemment dans ces mêmes groupes.
- **Les femmes** déclarent plus souvent que les hommes avoir pris des médicaments pour les nerfs, avoir été soignées pour "dépression" ou avoir suivi une "psychothérapie". (cf. graphiques pages suivantes).
- **Les personnes qui se déclarent croyantes** déclarent aussi plus souvent avoir pris des médicaments pour les nerfs.

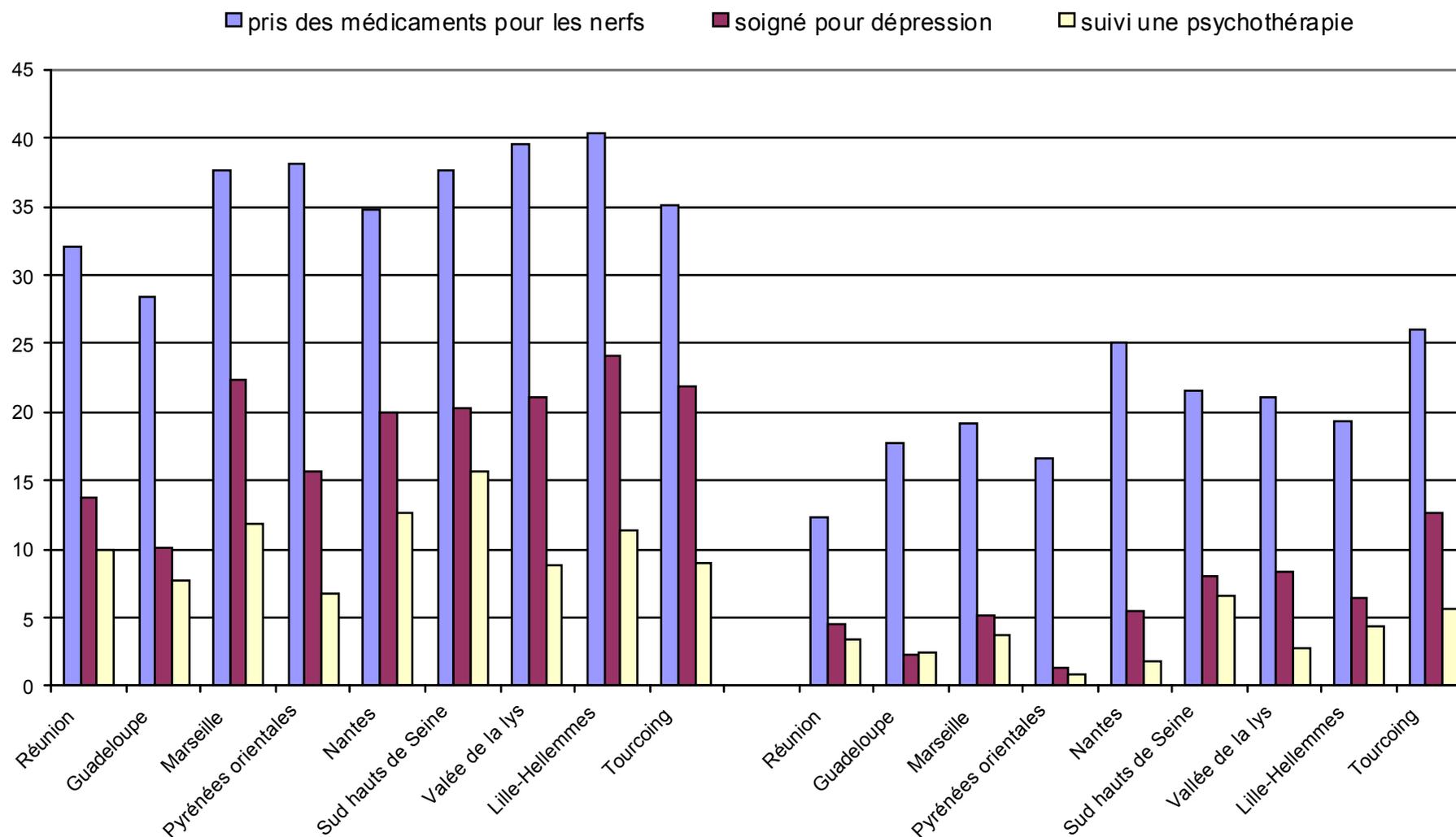
---

**Note** : les répartitions ne peuvent être comparées à celles des tableaux car elles intègrent les valeurs manquantes.

## GRAPHIQUE 41 et 42

**CONNAIT DANS SON ENTOURAGE QUELQU'UN  
QUI EST "FOU", "MALADE MENTAL" ou "DEPRESSIF",  
en fonction des variables :**

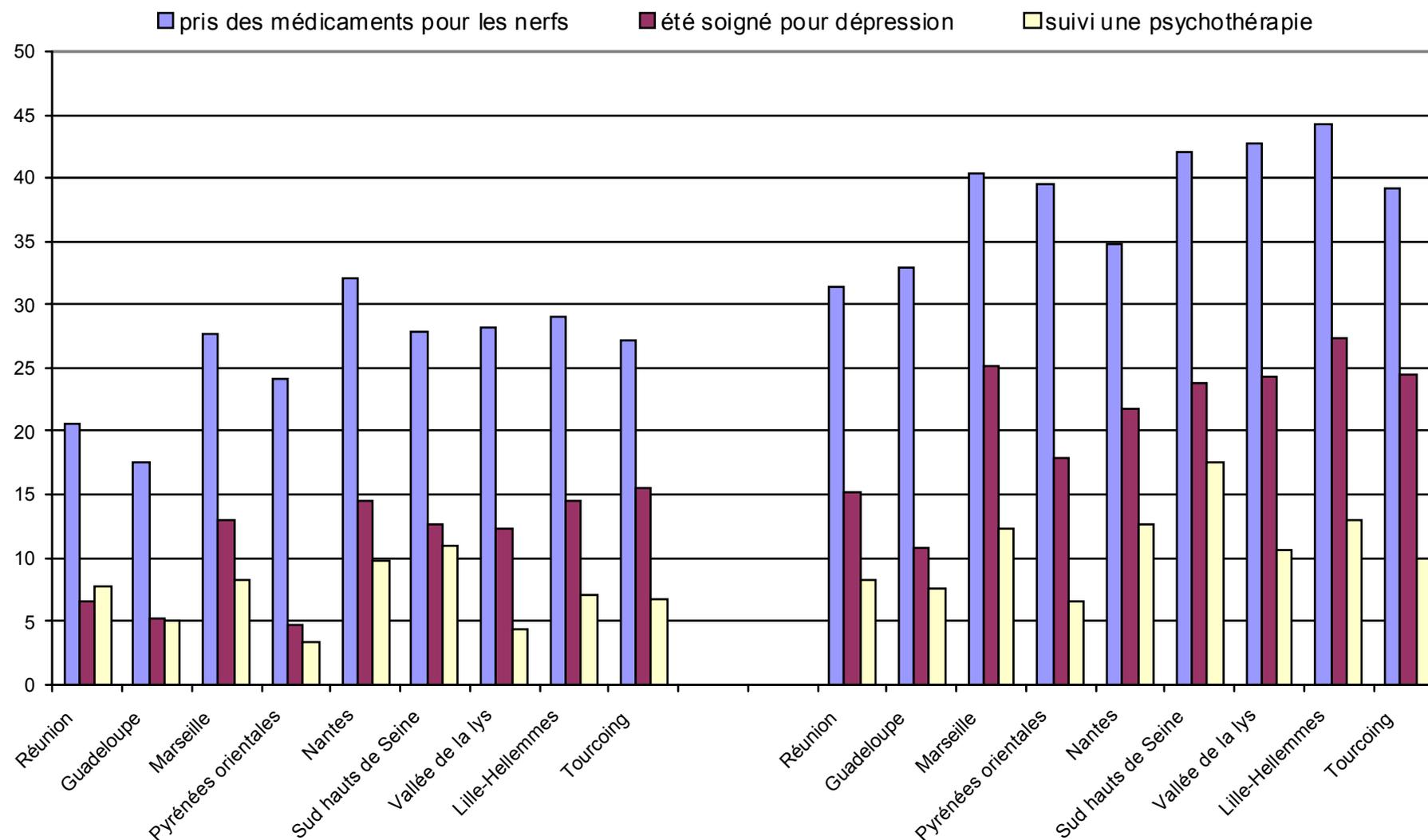
**NE CONNAIT PAS DANS SON ENTOURAGE QUELQU'UN  
QUI EST "FOU", "MALADE MENTAL" ou "DEPRESSIF",  
en fonction des variables :**



## GRAPHIQUE 43 et 44

**POURCENTAGE D'HOMMES AYANT :**

**POURCENTAGE DE FEMMES AYANT :**





## XV AXE EPIDEMIOLOGIQUE

### 1. PREAMBULE

- Il convient de rappeler que l'instrument de dépistage utilisé (le MINI) ne permet de faire que des **estimations diagnostiques** des principaux troubles psychiatriques. Les résultats présentés peuvent toutefois être analysés et comparés à ceux d'études utilisant le même questionnaire ou un questionnaire similaire, avec les réserves d'usage. Nous présentons d'abord une analyse globale, puis site par site. Nous nous attachons ensuite à tracer quelques pistes relatives aux conséquences psychosociales des troubles (gêne perçue, arrêts de travail) et en termes de recours thérapeutiques. Soulignons d'emblée que les échantillons ne sont représentatifs que du territoire exploré. Ainsi, nous pouvons tirer des conclusions pour l'ensemble des territoires mauricien, réunionnais, guadeloupéen et comorien, mais nous ne pouvons pas calculer de chiffres globaux pour la France métropolitaine ou Madagascar. En France, la constitution d'un échantillon représentatif nationale est en cours de réalisation (deuxième phase d'enquête).
- *Par rapport aux autres sites, la prévalence retrouvée de 10,6 % de Comoriens ayant au moins un trouble mental peut apparaître minime. Nous ne pouvons qu'insister, comme dans la première partie de ce rapport sur les précautions d'usage concernant les biais inhérents aux conditions d'enquête sur ce site, à la difficulté perçue du questionnaire par les enquêtés, aux problèmes de traduction et d'adaptation transculturelle ou de niveau de scolarisation et de médicalisation de la population : autant de facteurs qui ont sans doute joué dans la possible distorsion des résultats de prévalence. En l'état actuel des choses, nous ne pouvons dire si les chiffres obtenus correspondent à un minimum de troubles présents ou s'ils correspondent à une image fidèle de l'état de santé mentale de la population comorienne. Des enquêtes complémentaires avec des instruments de dépistage plus simples devront tenter de valider ces premières données disponibles.*
- *Pour des raisons de cohérence et de pertinence, nous présenterons à chaque fois entre parenthèses les chiffres du site comorien.*
- *De plus, nous tenons à signaler que l'analyse des résultats décrite ci-après porte sur les sujets présentant au moins un trouble au MINI. Pour les sites français, une analyse plus approfondie de la comorbidité sera effectuée sur les résultats de la seconde phase d'enquête (échantillon national représentatif de la population française).*

### 2. ANALYSE GLOBALE

- De 10,6 à 45,9 % des personnes interrogées présentent au moins un trouble au MINI. Le pourcentage le plus bas correspond au site des **Comores** et le plus élevé à celui du site d'**Antananarivo**, alors que **Mahajanga**, deuxième site malgache, le pourcentage n'atteint "que" 30,9%. En France métropolitaine ces proportions vont de 23,8 dans les **Pyrénées Orientales** à 36 % pour le site de **Tourcoing**. Les deux sites présentant les prévalences extrêmes sont aussi ceux où se sont posés le plus de problèmes méthodologiques dans la réalisation du travail de terrain. Si pour des raisons de prudence nous les laissons de côté, nous pouvons dire que la prévalence globale des personnes ayant au moins un trouble mental au moment de l'enquête s'échelonne de 22,2% (**Maurice**) à 36% (**Tourcoing**).

**Pour l'ensemble des sites (sauf les Comores) à peu près une personne interrogée sur trois présente un trouble mental au moment de l'enquête. Ces données sont à rapprocher de celles de la "National Comorbidity Survey" qui a montré en 1994 que près de 50% de la population générale des USA avait présenté au moins un trouble psychiatrique au cours de sa vie, et 30% en avait souffert dans l'année précédente. De même l'enquête OMS publiée en 1995 montrait que 25% des consultants des médecins généralistes présentaient des troubles anxieux ou dépressifs (et que seulement un quart d'entre eux était correctement traité).**

**TABLEAU 35 : RESULTATS DETAILLES DU MINI SITE PAR SITE (1 / 3)**

	présence d'au moins 1 trouble		Episode dépressif		Episode dépressif dont:				Dysthymie		Episode maniaque					
					Trouble dépressif récurrent		trouble dépressif majeur				oui sans précision		oui actuel		oui passé	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Comores	97	10,6%	43	4,7%	8	0,9%	16	1,7%	2	0,2%	1	0,1%	1	0,1%	1	0,1%
Antananarivo	413	45,9%	198	22,0%	68	7,6%	109	12,1%	10	1,1%			5	0,6%	5	0,6%
Mahajanga	278	30,9%	139	15,4%	57	6,3%	94	10,4%	2	0,2%					9	1,0%
Maurice	200	22,2%	116	12,9%	51	5,7%	63	7,0%	14	1,6%			7	0,8%	1	0,1%
Réunion	272	29,9%	103	11,3%	44	4,8%	61	6,7%	17	1,9%			5	0,6%	9	1,0%
Guadeloupe	270	31,6%	118	13,8%	49	5,7%	70	8,2%	7	0,8%			2	0,2%	3	0,4%
Marseille	313	35,1%	121	13,5%	66	7,4%	74	8,3%	23	2,6%	1	0,1%	3	0,3%	13	1,5%
Pyrénées Orientales	211	23,8%	66	7,5%	26	2,9%	40	4,5%	7	0,8%	2	0,2%			2	0,2%
Nantes	116	28,1%	33	8,0%	17	4,1%	21	5,1%	7	1,7%			2	0,5%	6	1,5%
Sud hauts de Seine	270	30,0%	101	11,2%	54	6,0%	57	6,3%	18	2,0%			1	0,1%	11	1,2%
Vallée de la Lys	298	33,0%	123	13,6%	73	8,1%	87	9,6%	17	1,9%			1	0,1%	12	1,3%
Lille-Hellemmes	182	29,9%	64	10,5%	34	5,6%	44	7,2%	11	1,8%			2	0,2%	6	0,7%
Tourcoing	324	36,0%	109	12,1%	50	5,5%	72	8,0%	21	2,3%			8	0,9%	8	0,9%
<b>Total</b>	<b>3244</b>	<b>34%</b>	<b>1334</b>	<b>12%</b>	<b>597</b>	<b>6%</b>	<b>808</b>	<b>9%</b>	<b>156</b>	<b>2%</b>	<b>4</b>	<b>0%</b>	<b>37</b>	<b>0%</b>	<b>86</b>	<b>1%</b>

**TABLEAU 35 : RESULTATS DETAILLES DU MINI SITE PAR SITE – 2 / 3**

	Agoraphobie		Trouble panique		Agoraphobie avec trouble panique		Phobies sociales		Trouble obsessionnel compulsif		Anxiété généralisée		Etat de stress post-traumatique		Boulimie		Anorexie mentale	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Comores	7	0,8%	15	1,6%	1	0,1%	3	0,3%	1	0,1%	31	3,4%	12	1,3%	2	0,2%		
Antananarivo	53	5,9%	76	8,5%	14	1,6%	53	5,9%	23	2,6%	74	8,2%	34	3,8%	4	0,4%		
Mahajanga	19	2,1%	45	5,0%	2	0,2%	31	3,4%	17	1,9%	34	3,8%	6	0,7%			2	0,2%
Maurice	13	1,4%	20	2,2%	3	0,3%	14	1,6%	4	0,4%	54	6,0%	10	1,1%	4	0,4%		
Réunion	28	3,1%	37	4,1%	3	0,3%	41	4,5%	6	0,7%	93	10,2%	3	0,3%	1	0,1%		
Guadeloupe	20	2,3%	29	3,4%	4	0,5%	27	3,2%	6	0,7%	95	11,1%	5	0,6%	2	0,2%		
Marseille	25	2,8%	28	3,1%	6	0,7%	40	4,5%	12	1,3%	110	12,3%	3	0,3%	14	1,6%		
Pyrénées Orientales	17	1,9%	24	2,7%	2	0,2%	37	4,2%	3	0,3%	64	7,2%	4	0,5%	2	0,2%		
Nantes	7	1,7%	21	5,1%	3	0,7%	23	5,6%	6	1,5%	34	8,2%			1	0,2%		
Sud hauts de Seine	12	1,3%	28	3,1%	3	0,3%	35	3,9%	9	1,0%	108	12,0%	10	1,1%	6	0,7%		
Vallée de la Lys	28	3,1%	40	4,4%	5	0,6%	42	4,7%	10	1,1%	124	13,7%	1	0,11%	3	0,3%		
Lille-Hellemmes	12	2,0%	33	5,4%	7	1,2%	39	6,4%	11	1,8%	71	11,7%	1	0,16%				
Tourcoing	19	2,1%	39	4,3%	4	0,4%	41	4,6%	7	0,8%	125	13,9%	8	0,9%	7	0,8%	1	0,1%
<b>Total</b>	<b>260</b>	<b>3%</b>	<b>435</b>	<b>5%</b>	<b>57</b>	<b>1%</b>	<b>426</b>	<b>4%</b>	<b>115</b>	<b>1%</b>	<b>1017</b>	<b>11%</b>	<b>97</b>	<b>1%</b>	<b>46</b>	<b>0%</b>	<b>3</b>	<b>0%</b>

**TABLEAU 35 : RESULTATS DETAILLES DU MINI SITE PAR SITE – 3 / 3**

	Dépendance à l'alcool		Utilisation nocive d'alcool		Dépendance à une (des) drogues		Utilisation nocive de drogue(s)		Diag du clinicien - syndrome psychotique							
									Syn.psy.isolé actuel		Synd.psy.isolé passé		Synd.psy.récurrent actuel		Synd.psy.récurrent passé	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Comores											2	0,2%			2	0,2%
Antananarivo	55	6,1%	23	2,6%	6	0,7%	2	0,2%	1	0,1%			1	0,1%	1	0,1%
Mahajanga	49	5,4%	26	2,9%	2	0,2%	1	0,1%			13	1,4%	1	0,1%	3	0,3%
Maurice	29	3,2%	8	0,9%	3	0,3%	1	0,1%	1	0,1%	8	0,9%	15	1,7%	6	0,7%
Réunion	11	1,2%	16	1,8%	6	0,7%	5	0,6%	1	0,1%	8	0,9%	9	1,0%	2	0,2%
Guadeloupe	12	1,4%	11	1,3%	8	0,9%	4	0,5%	7	0,8%	10	1,2%	22	2,6%	9	1,1%
Marseille	17	1,9%	19	2,1%	18	2,0%	7	0,8%	2	0,2%	3	0,3%	11	1,2%	3	0,3%
Pyrénées Orientales	11	1,2%	20	2,3%	6	0,7%	4	0,5%	2	0,2%	1	0,1%	5	0,6%	2	0,2%
Nantes	6	1,5%	8	1,9%	8	1,9%	9	2,2%			4	1,0%	4	1,0%	2	0,5%
Sud des Hauts de Seine	15	1,7%	13	1,4%	9	1,0%	10	1,1%	2	0,2%	3	0,3%	11	1,2%	8	0,9%
Vallée de la Lys	17	1,9%	16	1,8%	6	0,7%	3	0,3%			1	0,1%	1	0,1%	3	0,3%
Lille-Hellemmes	9	1,48%	16	2,6%	6	1,0%	2	0,3%	1	0,2%	3	0,5%	4	0,7%	4	0,7%
Tourcoing	17	1,9%	19	2,1%	15	1,7%	7	0,8%	3	0,3%	4	0,4%	6	0,7%	6	0,7%
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>3%</b>	<b>195</b>	<b>2%</b>	<b>93</b>	<b>1%</b>	<b>55</b>	<b>1%</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	<b>60</b>	<b>1%</b>	<b>90</b>	<b>1%</b>	<b>51</b>	<b>1%</b>

## A. LES TROUBLES DEPRESSIFS

- Les **troubles dépressifs** (épisode dépressif majeur [Code CIM-10 : F32], isolé ou récurrent [Code CIM-10 : F33], actuel et/ou passé et, dysthymie [Code CIM-10 : F34.1]) présentent une **prévalence globale de 13%** (1440 personnes), se répartissant de 7,5% dans les Pyrénées Orientales à 22% à **Antananarivo (Comores : 4,7%)**. Parmi ces troubles, 6% sont récurrents : 2,9% dans les **Pyrénées Orientales** à 7,6% à **Antananarivo (Comores 0,9%)**.
- La prévalence globale l'épisode maniaque (actuel ou passé) est égale à 1%. La très faible représentation de ce trouble de l'humeur dans l'échantillon global n'autorise aucune analyse ni interprétation, quelles qu'elles soient.
- La prévalence globale de l'**épisode dépressif majeur est de 9%**, qui s'échelonne de 4,5% dans les **Pyrénées Orientales** à 12,1% à **Antananarivo (Comores 1,7%)**. La fourchette de prévalence pour les sites français va de 4,5% (P-O) à 8,3% à **Marseille**.
- Si nous comparons ces chiffres à ceux des enquêtes similaires, nous voyons que la National Comorbidity Survey avait trouvé une prévalence sur les douze derniers mois de 10% pour l'épisode dépressif majeur.
- L'enquête DEPRES (Depression Research in European Society), a déterminé la prévalence sur 6 mois de la dépression en utilisant le MINI. En France, 22% des personnes interrogées (15.000) présentaient une symptomatologie dépressive, dont 9,1% correspondant à une dépression majeure, 1,7% à une dépression mineure et 11,6 à des symptômes dépressifs. La dépression majeure a une prédominance féminine (sexe ratio de 2 femmes pour 1 homme) mais les taux de dépressions mineures sont équivalents pour les deux sexes.
- En France également, le CREDES a publié une étude sur la prévalence et la prise en charge médicale de la dépression, et a retrouvé un taux de 12% de personnes déprimées dans son échantillon d'assurés sociaux (1996-97), avec le même instrument de diagnostic (MINI), utilisé en auto-questionnaire. Cette enquête montre de plus que 6,3% des personnes se déclarent spontanément dépressives. En combinant ces deux modes d'interrogation, on obtient un taux de dépressifs total de 15% dans la population de 16 ans et plus (20% chez les femmes et 9% chez les hommes).
- D'autre part, les derniers chiffres de l'OMS montrent que la dépression est un problème de santé fréquent dans le monde qui touche 340 millions de personnes.
- Les données de prévalence retrouvées dans notre enquête sont donc cohérentes avec celles des dernières enquêtes nationales et internationales. Même si la représentation de la dépression varie en fonction des cultures, comme l'a bien démontré la première partie de l'enquête, la symptomatologie dépressive, elle, se retrouve quel que soit le site. Soulignons que la prévalence la plus élevée se trouve à **Antananarivo**, alors même que c'est dans ce site que le nombre le plus important de personnes n'ont pas pu donner de réponse aux questions sur les représentations de la "dépression", le terme n'existant pas en malgache. On peut donc présenter des troubles dépressifs selon le MINI et les nommer différemment selon la culture.

## **SEXE**

- **L'épisode dépressif est plus fréquent chez les femmes** (sex ratio général de 1,6 femmes pour 1 homme). Sa répartition est assez large : de 1,06 à **Nantes**, à quasiment 3 en **Guadeloupe** (2,8) et dans les **Pyrénées Orientales** (2,9). Dans ces deux derniers sites, les raisons expliquant le différentiel homme femme sont différentes : en **Guadeloupe**, par rapport aux autres sites, la proportion de femmes dépressives est plus élevée. Dans les **Pyrénées Orientales**, par rapport aux autres sites, les hommes déprimés sont moins nombreux. Cette répartition corréle difficilement les éléments de variabilité culturelle : le sex ratio est identique à **Mahajanga** et à **Tourcoing** (1,2) d'une part, à **Nantes** et aux **Comores** d'autre part (+/- 1).

## **AGE**

- Il existe quelques particularités locales dans la répartition des épisodes dépressifs en fonction de l'âge, mais peu probantes statistiquement. Les troubles dépressifs atteignent toutes les classes d'âge. Notons toutefois, qu'à **Marseille** et dans la **Vallée de la Lys** les personnes présentant un épisode dépressif actuel sont proportionnellement plus nombreuses chez les jeunes (18-29 ans).

## **SITUATION MATRIMONIALE**

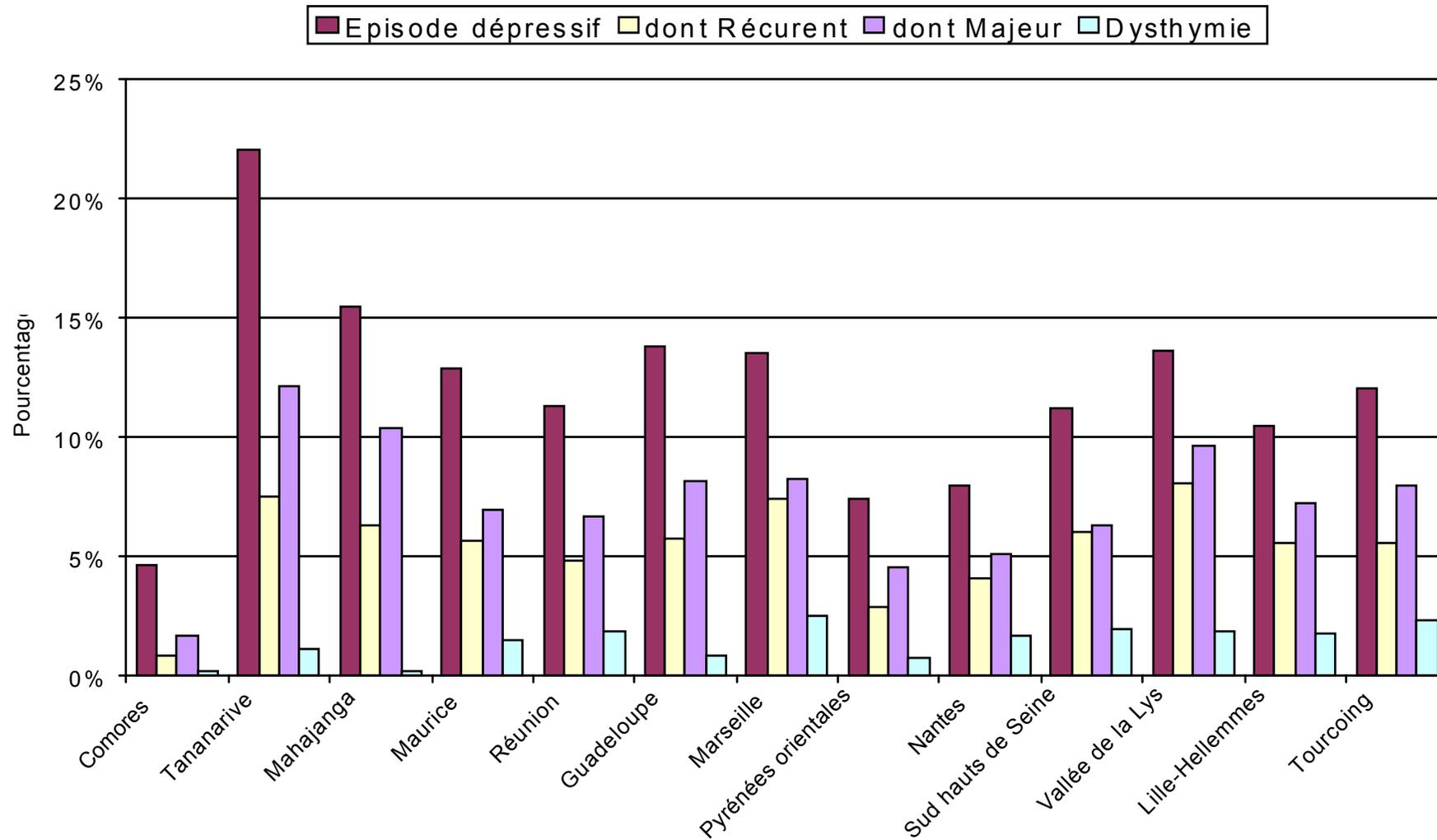
- Quel que soit le site, les personnes séparées ou divorcées présentent proportionnellement, 2 à 3 fois plus d'épisodes dépressifs que les personnes, mariées, veuves ou célibataires. Notons, qu'à **Marseille** et dans la **vallée de la Lys**, le taux de célibataires présentant un épisode dépressif actuel est plus élevé, par rapport aux autres sites. On peut dire que dans ces deux sites, les personnes jeunes et célibataires sont plus souvent déprimées que la moyenne de leur site. Toutefois, il convient de pondérer ces résultats, car les effectifs concernés sont très faibles par site. Ainsi, le nombre de personnes séparées ou divorcées présentant un épisode dépressif varie de 4 à 24 personnes dans cette catégorie, alors que les effectifs de personnes mariées présentant un épisode dépressifs varie de 15 à 144.

## **EMPLOI**

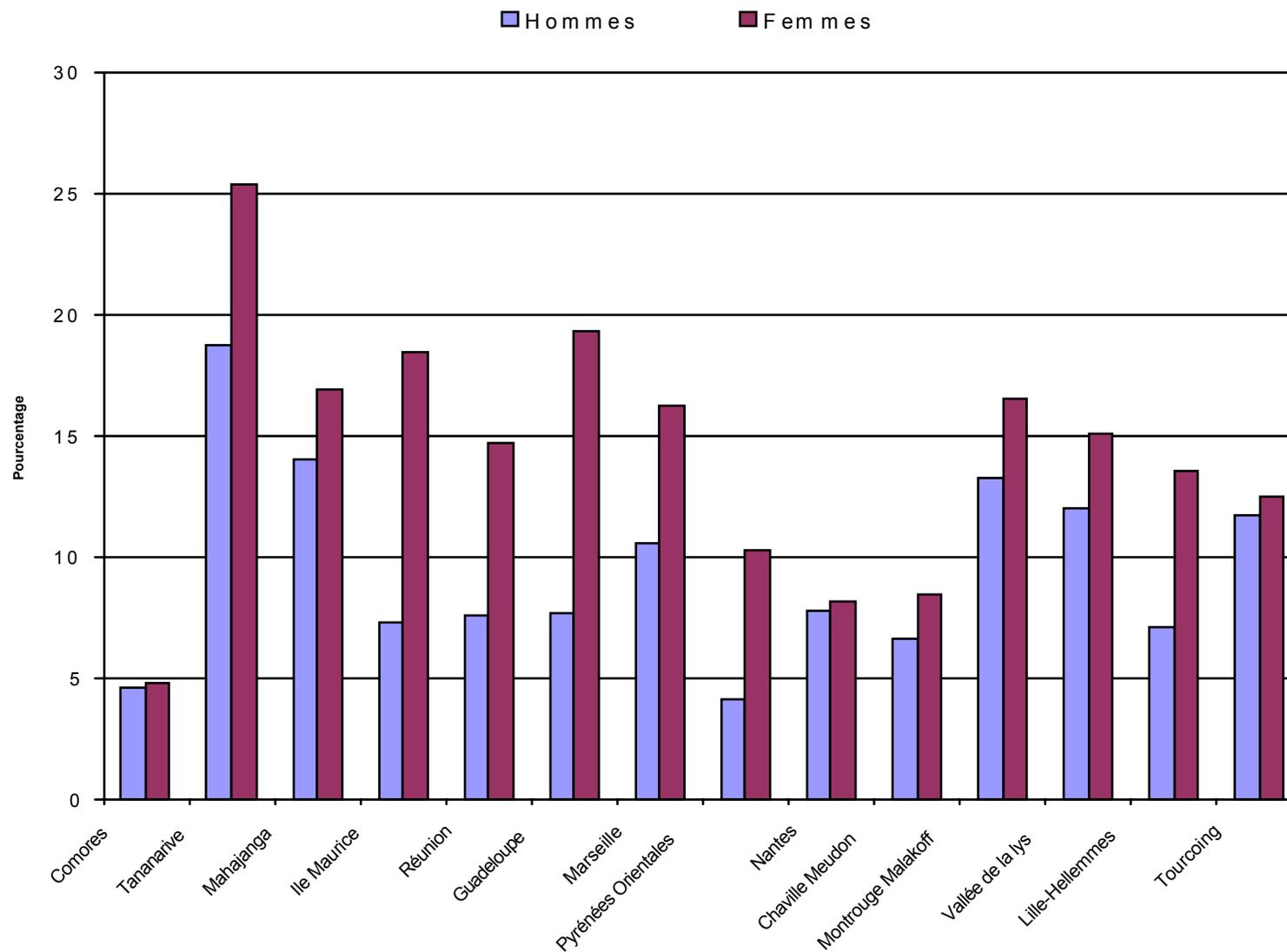
- L'analyse de la situation vis à vis de l'emploi doit être faite avec beaucoup de prudence ; la définition du statut varie avec l'âge. On peut néanmoins remarquer que dans tous les sites, il se dégage une prévalence légèrement supérieure des troubles dépressifs pour les personnes sans emploi. C'est en **Guadeloupe** que cette prévalence est la plus marquée. Dans ce site, la prévalence est la même quelle que soit la classe d'âge et le sexe.

**Quels que soient les sites, les autres variables socio-démographiques (migration, croyance, pratique religieuse active) ne montrent aucune différences significatives en fonction des troubles.**

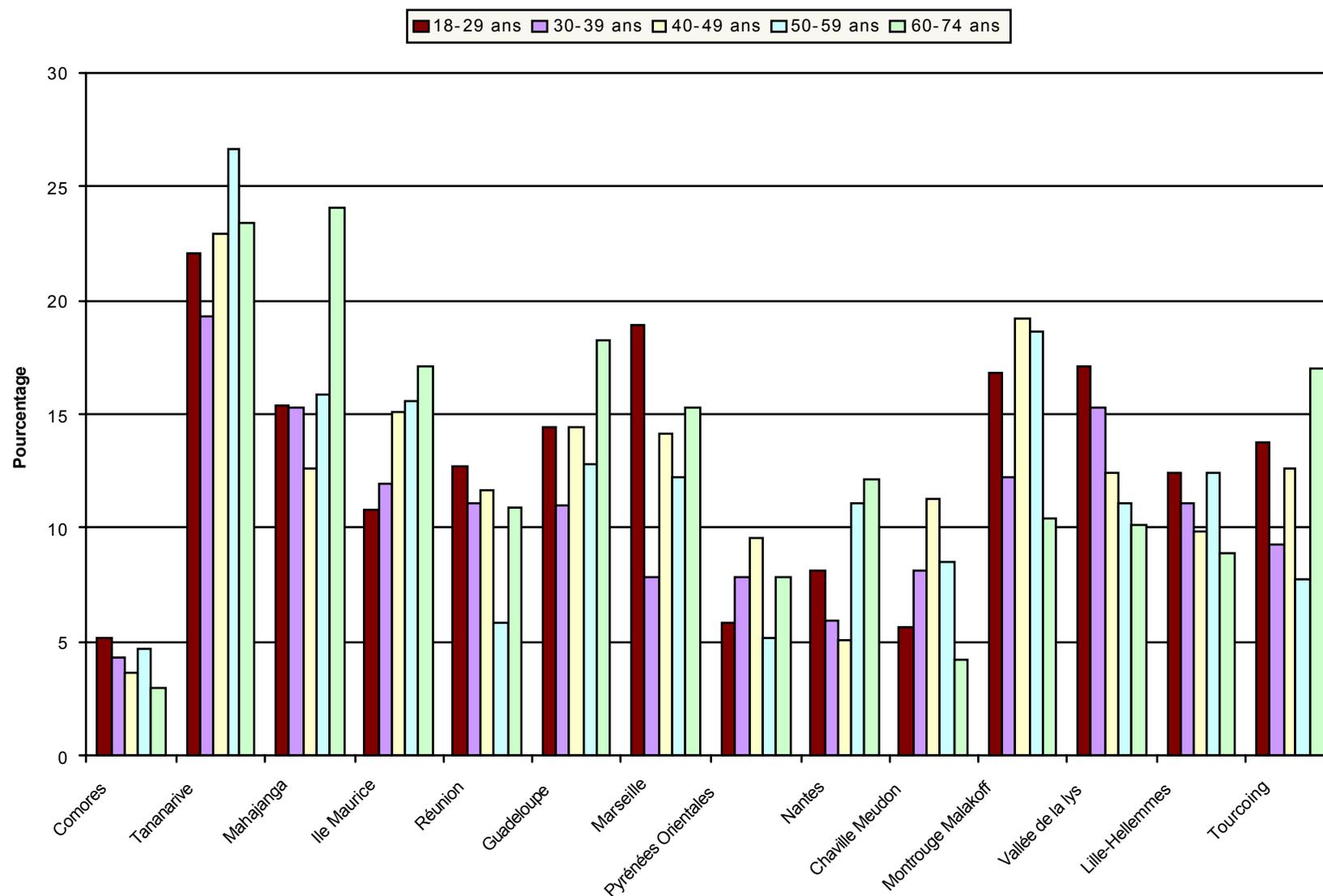
**GRAPHIQUE 45 : PREVALENCE DE L'EPISODE DEPRESSIF (RECURRENT ET/OU MAJEUR)  
ET DE LA DYSTHYMIE**



## GRAPHIQUE 46 : PREVALENCE DES EPISODES DEPRESSIFS EN FONCTION DU SEXE

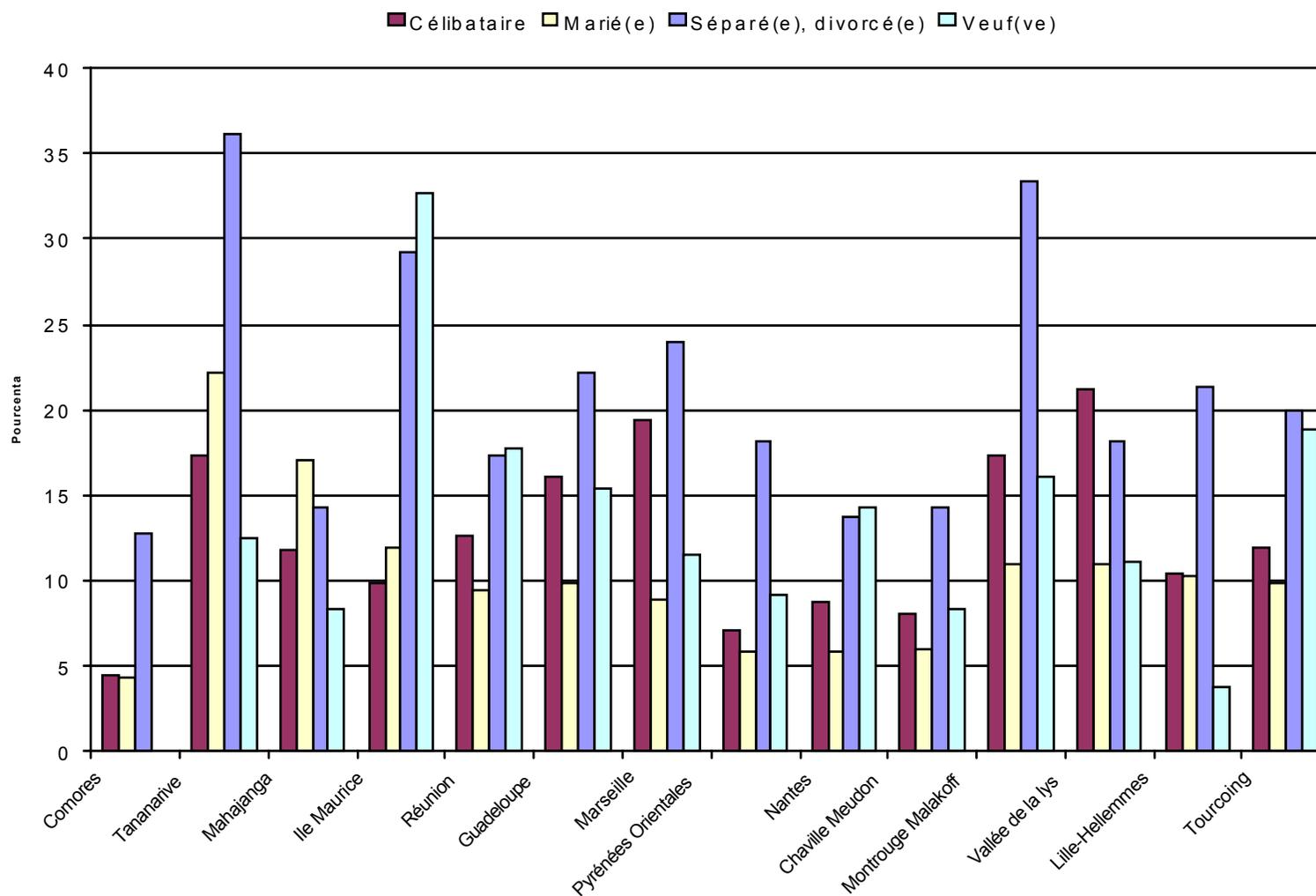


## GRAPHIQUE 47 : PREVALENCE DES EPISODES DEPRESSIFS EN FONCTION DES CLASSES D'AGE



## GRAPHIQUE 48 : PREVALENCE DES EPISODES DEPRESSIFS EN FONCTION DE LA SITUATION MATRIMONIALE

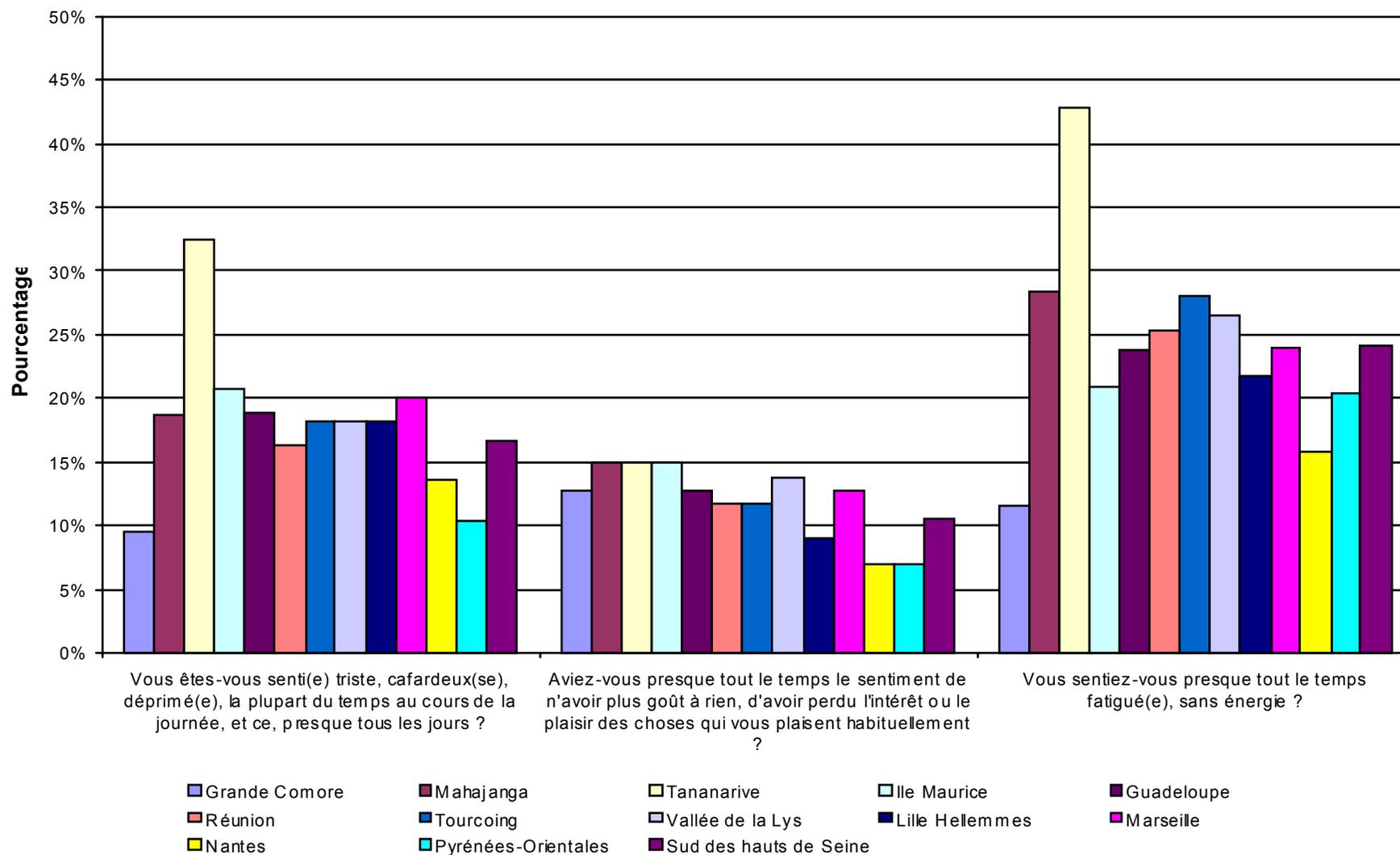
(% de célibataires, mariés, séparés ou divorcés et de veufs présentant un épisode dépressif)



## TROUBLES DEPRESSIFS ET CONTEXTE CULTUREL

- Longtemps la maladie dépressive a été considérée comme une entité morbide réservée aux populations occidentales et il a fallu attendre les années 1960 pour que les psychiatres commencent à la reconnaître chez les non occidentaux<sup>103-104</sup>. Cependant la présentation clinique de ce trouble continue à interroger par la difficulté à définir un tableau universel et invariant. Culture de la faute ou culture de la honte, somatisation ou psychologisation des affects dépressifs, le débat reste d'actualité : définir une clinique universelle de la dépression reste un objectif dont les anthropologues nous rappellent régulièrement la difficulté.
- **L'utilisation d'un outil commun (le MINI) pour explorer la prévalence de l'épisode dépressif dans des populations générales évoluant dans des contextes culturels différents interroge sur la validité transculturelle de l'épidémiologie psychiatrique.**
- Comme nous l'avons vu, l'évaluation de la prévalence de l'épisode dépressif actuel en population générale selon le MINI montre une prévalence estimée qui va de 4,7% pour le site des **Comores** à 22% pour le site de **Tananarive**. La prévalence moyenne est autour de 12%. Les extrêmes sont donc deux sites proches géographiquement et s'il est possible d'expliquer ces résultats par d'éventuels biais logistiques dans ces sites, nous devons nous interroger également sur la validité de la description de la maladie dépressive sur laquelle repose le MINI dès lors qu'elle est utilisée dans un contexte non occidental. L'utilisation de signe – symptôme pour définir toute entité psychiatrique n'est jamais culturellement neutre.
- **L'analyse comparative des résultats du MINI peut se faire, au-delà de la prévalence syndromique, à un niveau symptomatique.**
- Le **graphique 49** représente les variations intersites de la prévalence en population générale des symptômes dépressifs explorés par la section A1 du MINI. **Il s'agit de l'humeur dépressive, l'anhédonie, l'aboulie et l'asthénie.** Les résultats montrent une hétérogénéité certaine entre les sites.
- **Pour l'humeur dépressive**, on retrouve ce symptôme entre 9,6% pour le site des **Comores** et 32,5% pour le site de **Tananarive**. Pour les sites métropolitains les extrêmes sont entre **Marseille** (20%) et les **Pyrénées Orientales** (10,3%)  
Les anthropologues nous mettent en garde sur la modalité d'expression des affects dysphoriques et sur la construction culturellement déterminées des affects dépressifs<sup>105</sup>. Interroger en population générale sur un sentiment de "dépression" implique qu'un équivalent sémantique existe dans le langage or ceci n'est pas vrai dans de nombreuses cultures. La validité transculturelle de cet item doit être évaluée.
- **L'anhédonie et l'aboulie** sont retrouvées de façon plus homogène dans les différents sites : entre 7% pour les sites des **Pyrénées Orientales** et de **Nantes** et 15% pour les sites de **Tananarive** et de **Maurice**. Cet item est celui qui est le moins retrouvé en population générale ; c'est aussi celui pour lequel il y a le moins de variation entre les sites.

## GRAPHIQUE 49 : PREVALENCE DES SYMPTOMES DEPRESSIFS DE PREMIER RANG EN POPULATION GENERALE.

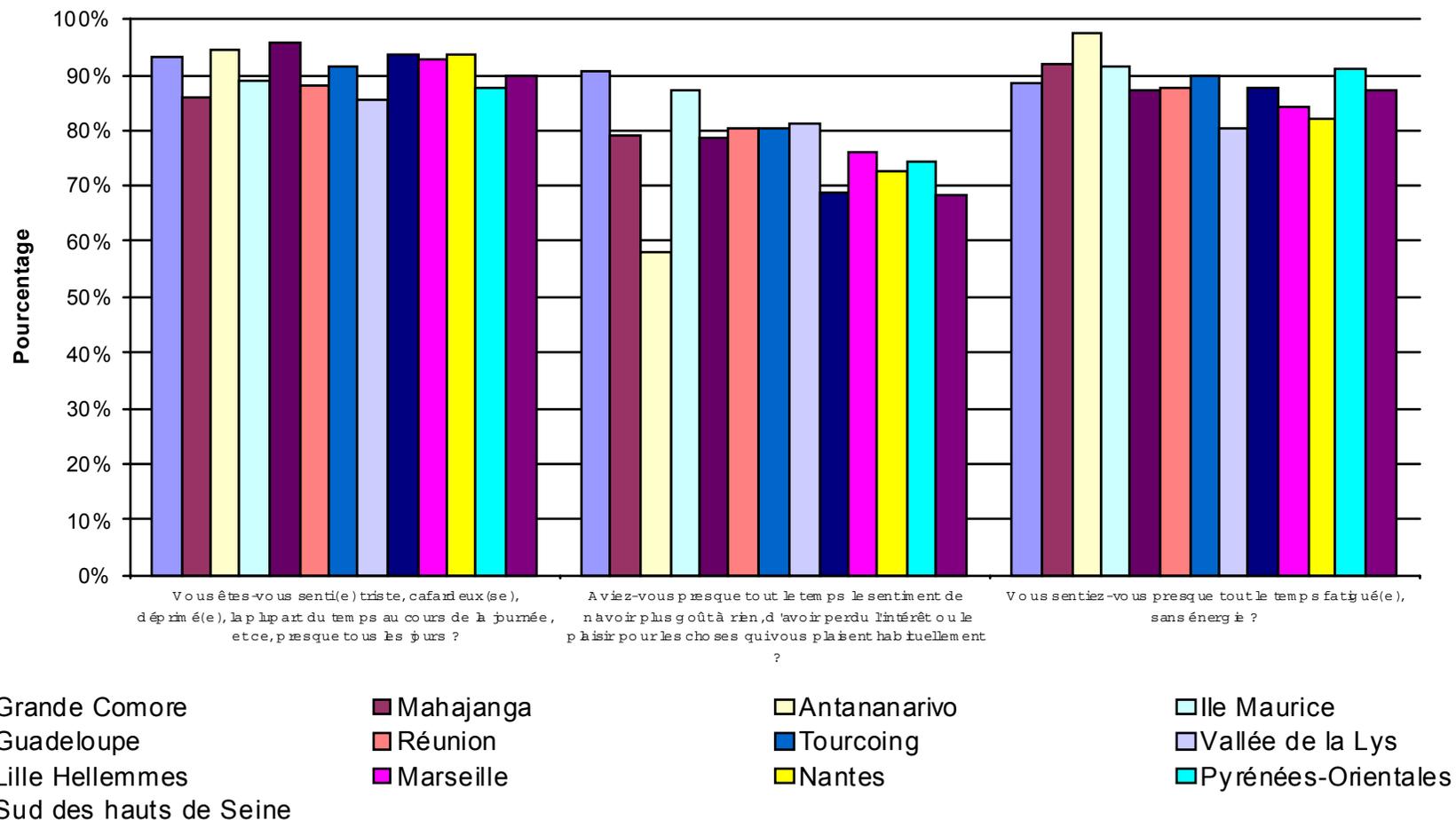


- **L'asthénie** est retrouvée entre 11,5% pour le site des **Comores** et 42,8% pour **Tananarive**. Pour les sites métropolitains les extrêmes sont **Nantes** 15,8% et **Tourcoing** 28%.  
L'hétérogénéité des résultats pour ce symptôme pose également la question de sa validité transculturelle. Qu'est ce qu'être fatigué, sans énergie à **Tananarive** ou à **Nantes** ? Est-ce un sentiment comparable ? A partir de quel seuil cette fatigue devient-elle morbide pour se transformer en signe médical ? Ces interrogations nécessitent une approche complémentaire avec l'anthropologie pour définir le sens que l'asthénie possède dans les différents contextes culturels.
- Le Tableau 42 montre la prévalence des symptômes dépressifs de premier rang en population générale identifiés par le MINI.  
Si la prévalence de ces symptômes est marquée par une certaine hétérogénéité intersites en population générale, on retrouve ici une relative homogénéité entre les sites. Ainsi hormis le cas de **Tananarive** où seuls 58% des dépressifs présentent une anhédonie, il n'existe que peu de variations intersites quant à la prévalence des symptômes de premier rang.

**Le MINI semble donc efficace pour constituer des groupes d'individus homogènes pour le trouble dépressif. Cependant son utilité pour l'étude des variations interculturelles de la clinique dépressive reste limitée, dans le sens où, de part sa construction même, il exclut les individus dont la dépression s'exprimerait selon des symptômes culturellement déterminés.**

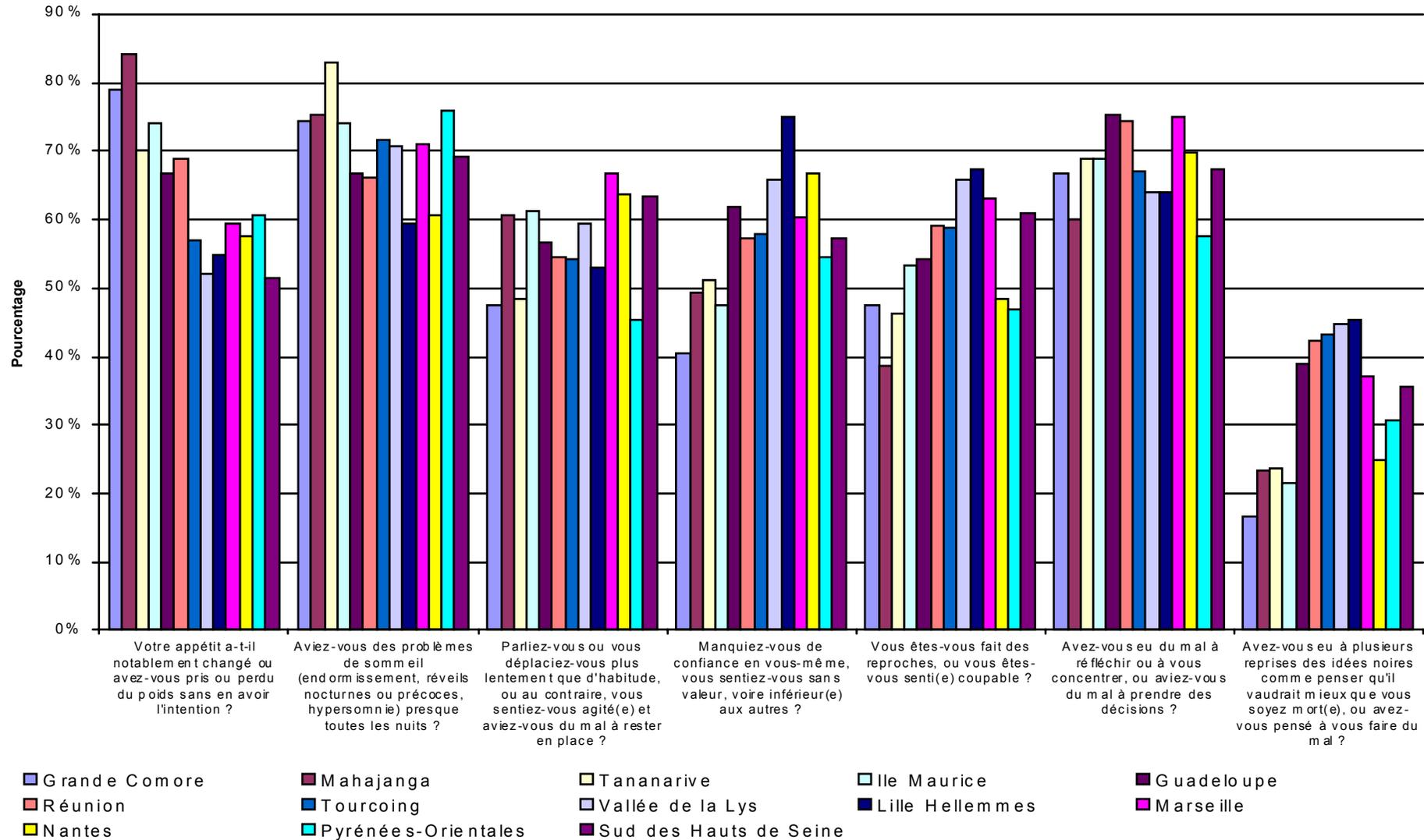
- Kleinman<sup>106-107</sup> avait ainsi critiqué la méthodologie utilisée lors de l'International Pilot Study of Schizophrenia et l'utilisation du Present State Examination, en soulignant que le recours à des critères d'inclusion identiques pour tous les sites, s'il avait permis de constituer des échantillons comparables avec une bonne fiabilité de "schizophrènes" dans différentes cultures, en avaient exclu les individus chez lesquels les variations culturelles étaient les plus importantes ; c'est précisément l'étude de ces exclus épidémiologiques qui aurait pu permettre de mettre en évidence les variations culturelles de ce trouble.

## GRAPHIQUE 50 : PREVALENCE DES SYMPTOMES DEPRESSIFS DE PREMIER RANG CHEZ LES INDIVIDUS IDENTIFIES PAR LE MINI COMME PRESENTANT UN EPISODE DEPRESSIF



- L'analyse de la prévalence des symptômes dépressifs de second rang chez les individus identifiés comme présentant un épisode dépressif actuel avec le MINI révèle une hétérogénéité intersites plus importante. **Ainsi l'homogénéité apparente des symptômes de premier rang semble devoir être pondérée par les variations suivantes.**
- **On retrouve un gradient Sud – Nord pour les variations pondérales et l'anorexie.** Il est possible que cet item possède une valeur non comparable, dans des sites où la prévalence en population générale de certaines pathologies somatiques ayant un lien direct avec le poids (parasitoses, avitaminoses, etc. ) sont différentes. Des causes organiques peuvent être évoquées pour rendre compte de ces variations intersites.
- L'item qui explore **l'auto dévalorisation dépressive** semble plus présent dans les sites métropolitains. La place de l'individu et l'importance de sa situation en fonction d'un référentiel groupal ( "Vous sentiez-vous inférieur aux autres ?" ) implique de préciser cette dimension dans chacune des cultures et dans chaque site. Des variations en fonction de culture "individualiste" ou "communautaire" peuvent être évoquées (cf. "le moi groupal" à Madagascar).
- Classiquement, **la culpabilité et l'auto-accusation** ont longtemps été décrites comme étant spécifiques à la culture occidentale, judéo-chrétienne<sup>108</sup>. Les résultats du MINI ne sont pas aussi catégoriques : si la culpabilité semble moindre dans les sites de l'Océan Indien elle n'en est pas absente.
- De même il a souvent été dit que **le suicide et les idéations suicidaires** épargnaient un grand nombre de cultures non occidentales. Ce postulat résiste de moins en moins à la réalité. Les résultats du MINI confirment une moindre prévalence des idées "noires" et suicidaires dans les sites de l'Océan Indien mais ne permettent pas de poser leur inexistence dans ces sites.
- **Au vu de ces résultats il semble que la validité transculturelle du MINI ne puisse être catégoriquement affirmée en population générale et que si la relative homogénéité des symptômes de premier rang est en faveur de sa capacité à constituer des groupes d'individus comparables, de façon fiable avec une bonne "reliability", les variations intersites des symptômes de second rang doivent nous interroger sur sa validité transculturelle.**
- L'approche épidémiologique comparative de la maladie dépressive dans des contextes culturels différents doit s'accompagner d'une approche anthropologique visant à la fois à préciser la valeur des symptômes dans une culture donnée et à restituer le champ de la dépression dans chaque culture. Sans une telle complémentarité le risque d'ethnocentrisme est important et l'épidémiologie psychiatrique risque d'être limitée par ses propres catégories.
- Nous rappelons pour mémoire certains principes posés par A. Kleinman concernant l'intervention des faits de culture dans l'approche de la dépression :
  - ✓ Nous avons besoin de recherche clinique descriptive pour évaluer la validité transculturelle de nos diagnostics relatifs aux catégories de dépression.
  - ✓ Il nous faut de nouveaux standards dans la réalisation d'enquêtes sur l'épidémiologie transculturelle des troubles dépressifs.
  - ✓ Il faut sérieusement s'occuper d'insérer un axe culturel dans le processus du diagnostic psychiatrique.

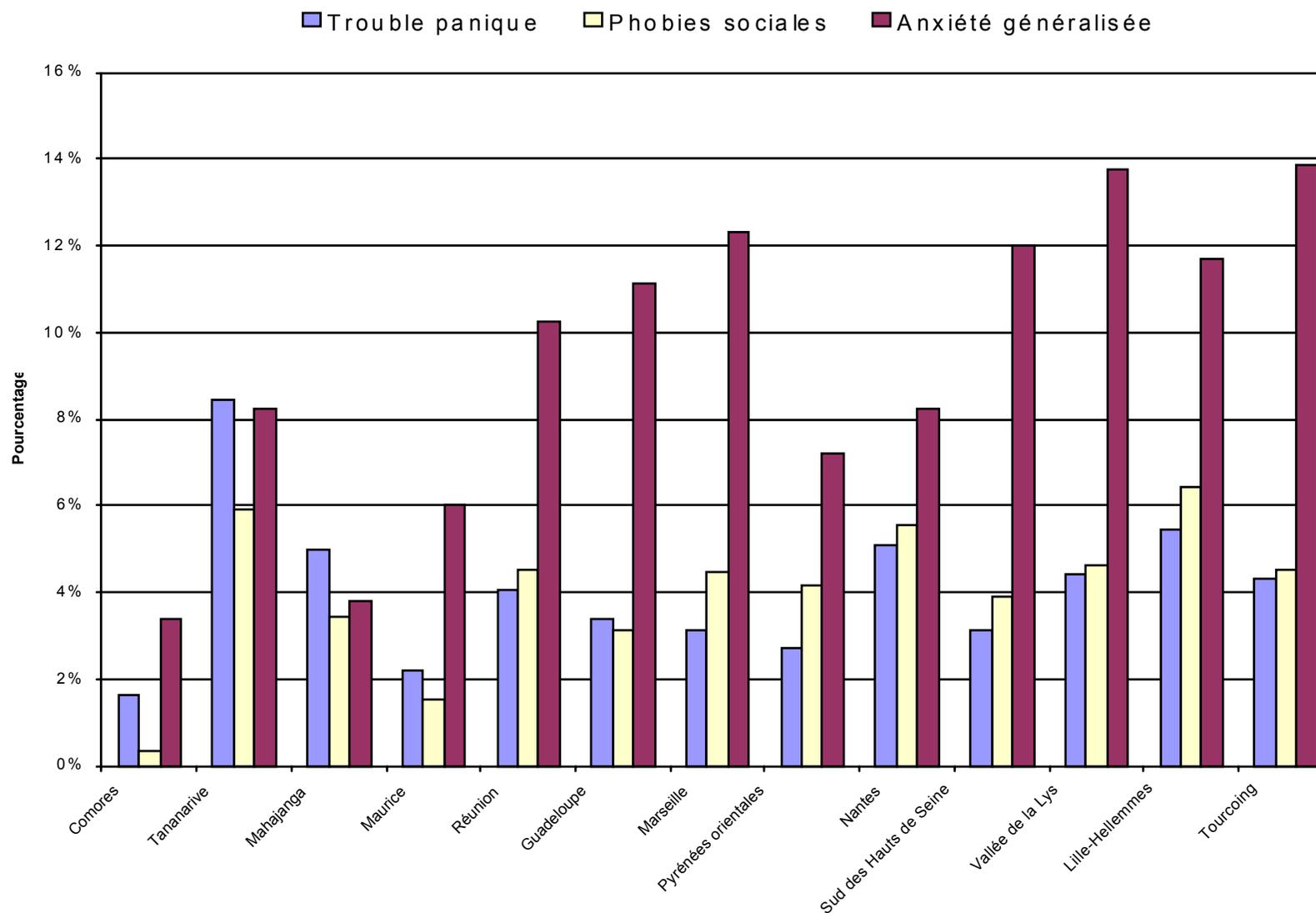
**GRAPHIQUE 51 : PREVALENCE DES SYMPTOMES DEPRESSIFS DE SECOND RANG CHEZ LES INDIVIDUS IDENTIFIES COMME DEPRESSIFS PAR LE MINI**



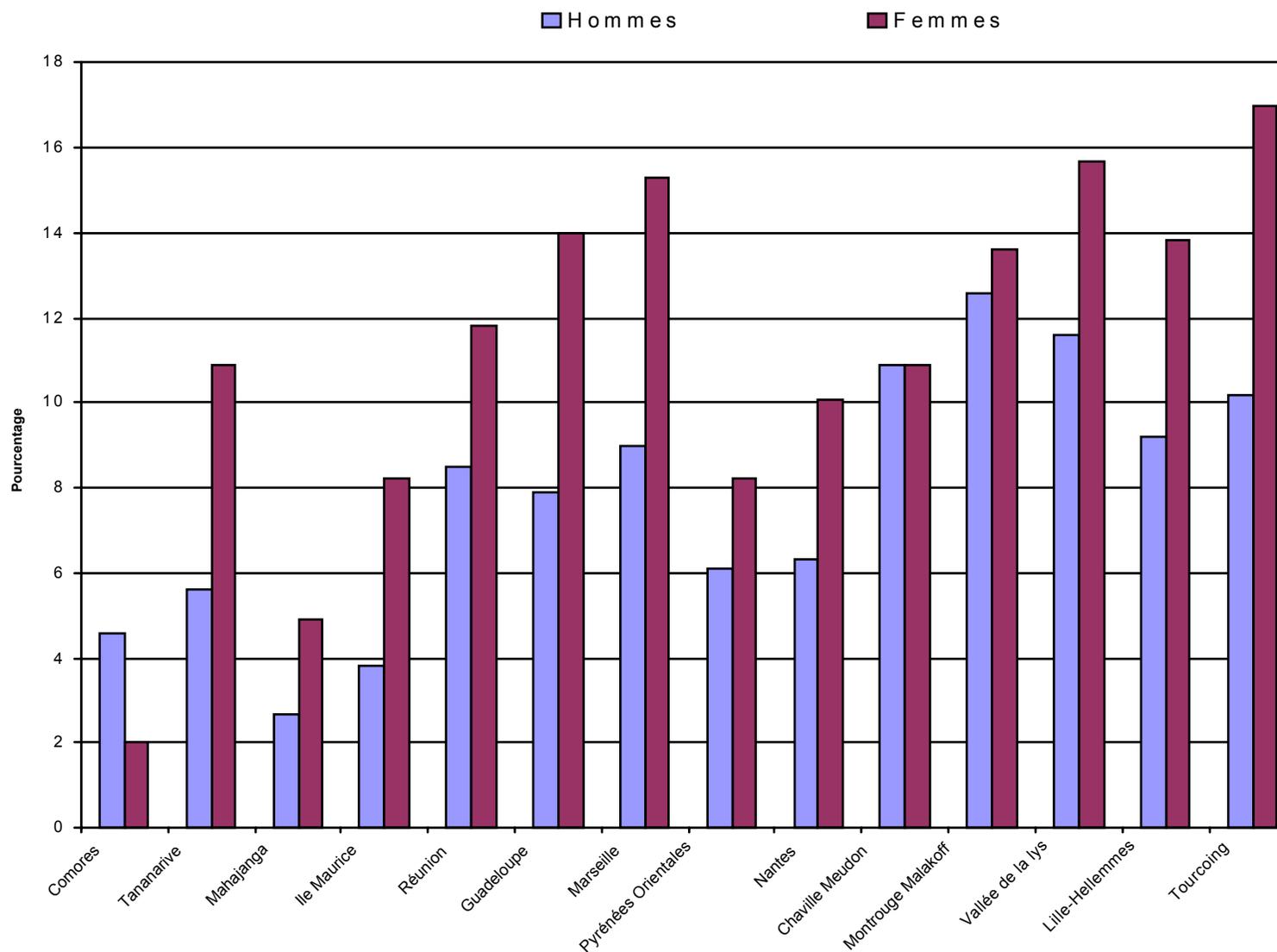
## B. LES TROUBLES ANXIEUX ACTUELS

- **Les troubles les plus fréquents sont les troubles anxieux, avec une prévalence globale de 18,7%** (anxiété généralisée [F41.1], agoraphobie [F40.0], trouble panique [F41.0], phobies sociales [F40.1], troubles obsessionnels compulsifs [F40.2] ou état de stress post-traumatique [F43.1]).
- **L'anxiété généralisée 11% (1017 personnes)**, qui s'étale de 3,8% à *Mahajanga*, à 13,9% à *Tourcoing*. La fourchette de prévalence pour les sites français va de 7,2% dans les *Pyrénées Orientales* à 13,9% à *Tourcoing* (graphique 52).
- **La prévalence de l'anxiété généralisée est plus élevée chez les femmes que chez les hommes** (le sex ratio varie de 1,5 à 2, dans les sites où le nombre de cas permet de le calculer). Ces résultats sont comparables aux données classiques de la littérature. Cette répartition ne corrèle pas les éléments de variabilité culturelle : le sex ratio est identique dans les sites malgaches, mauriciens, guadeloupéens, marseillais et tourquois (1,9). **La prévalence est la même quelle que soit la classe d'âge et quelle que soit la situation de la personne par rapport à l'emploi. De nouveau, les sujets séparés présentent proportionnellement une prévalence élevée et ceux mariés une prévalence plus faible** (graphiques 53 et 54). Toutefois, comme pour les troubles dépressifs les effectifs concernés sont très faibles, ils sont de l'ordre d'une dizaine de personnes par site, séparés et présentant une anxiété généralisée.
- **La prévalence du trouble panique est de 5% (435 personnes)**. Elle s'échelonne de 2,2% à *Maurice* à 8,5% à *Tananarive*. Pour les sites français cette prévalence va de 2,4% dans les *Pyrénées Orientales* à 5,4% à *Lille-Hellemmes*.
- **Les phobies sociales ont une prévalence de 4% (426 personnes)**. Elle varie de 1,6% à *Maurice* à 6,4% à *Lille-Hellemmes*. En France, les valeurs s'échelonnent de 3,2% en *Guadeloupe* à 6,4% à *Lille-Hellemmes*.
- **La prévalence de l'agoraphobie est de l'ordre de 3% (260 personnes)**, allant de 1,3% dans le *Sud des Hauts de Seine*, à 5,9% à *Maurice*. Pour les sites français elle varie de 1,3% dans le *Sud des hauts de Seine* à 3,1% à *Marseille*.
- Les autres troubles anxieux, troubles post-traumatique, agoraphobie et trouble obsessionnel compulsif, présentent de très faibles prévalences (< 1%).

## GRAPHIQUE 52 : PREVALENCE DES PRINCIPAUX TROUBLES ANXIEUX EN FONCTION DES SITES



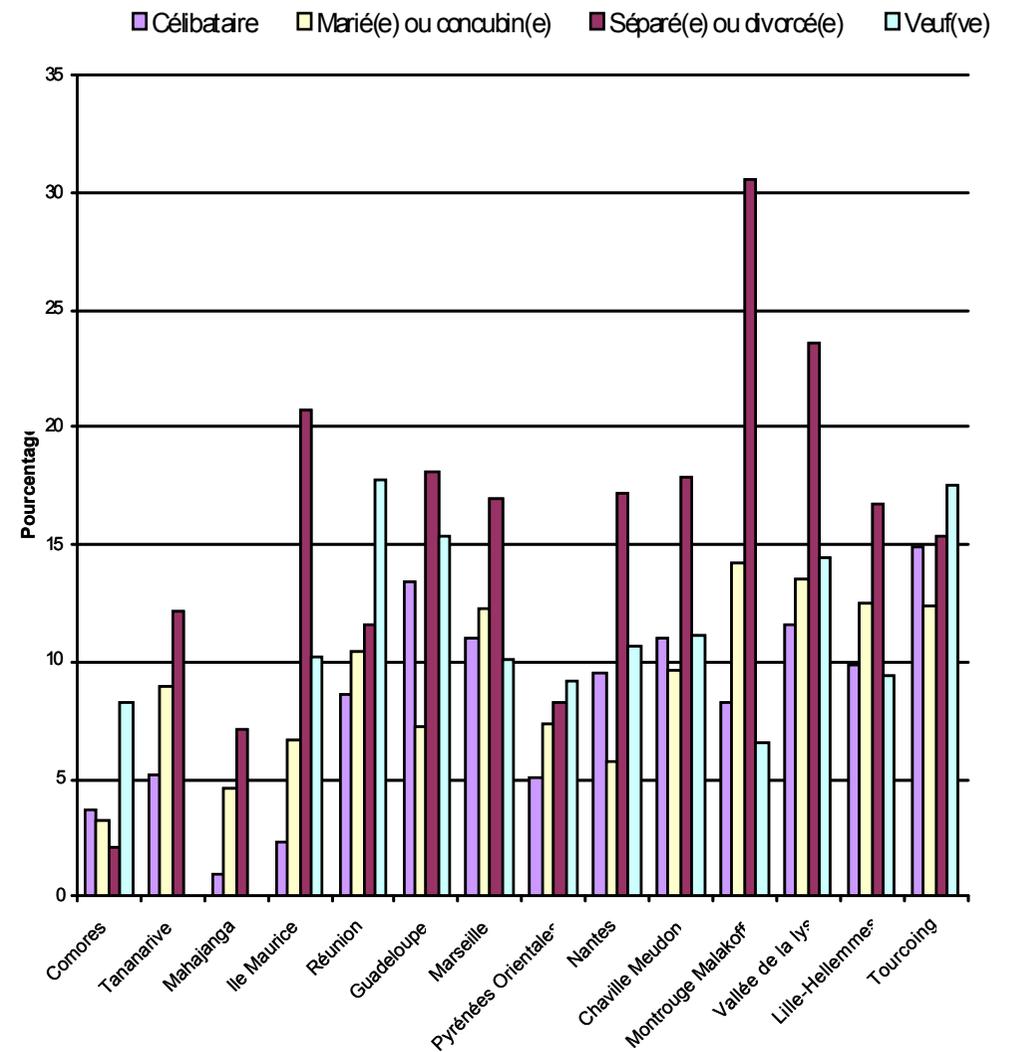
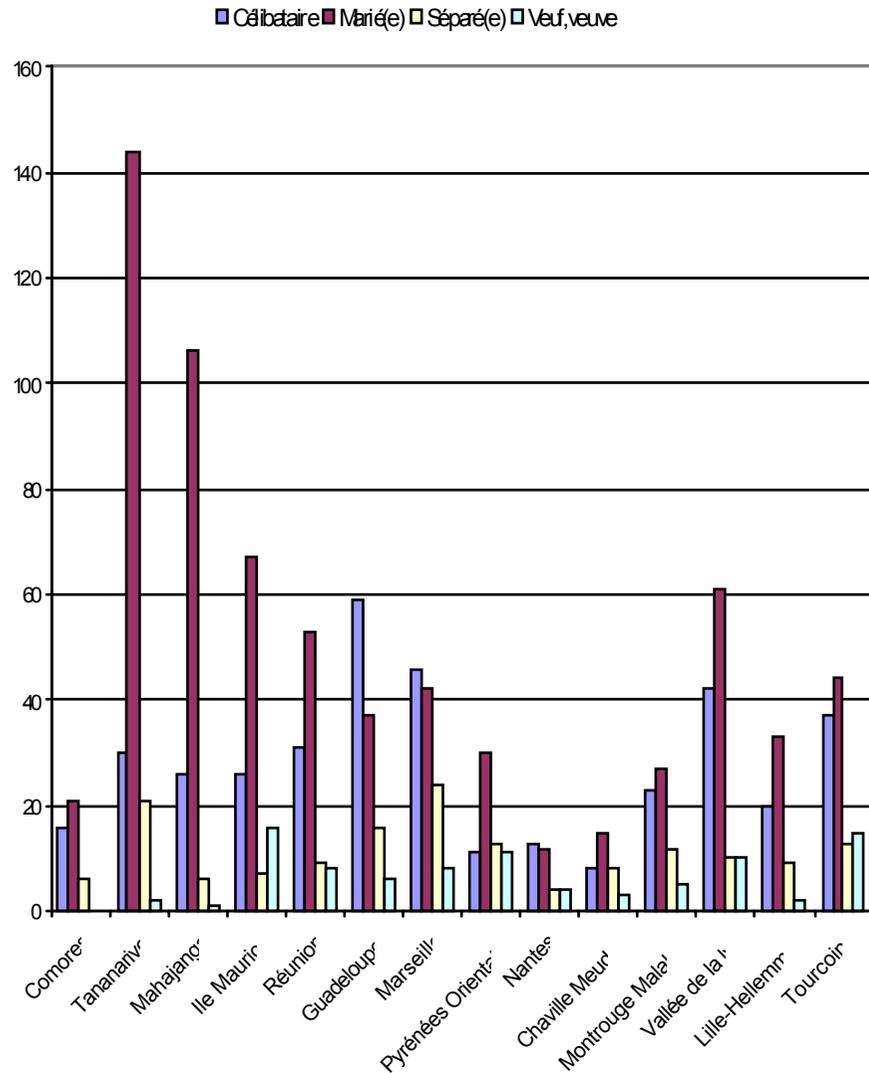
## GRAPHIQUE 53 : PREVALENCE DE L'ANXIETE GENERALISEE EN FONCTION DU SEXE



# GRAPHIQUE 54 : PREVALENCE DE L'ANXIETE GENERALISEE EN FONCTION DU STATUT MATRIMONIAL

**nb** de célibataires, mariés, séparés ou v eufs présentant un épisode dépressif

**%** de célibataires, mariés, séparés ou veufs présentant un épisode dépressif



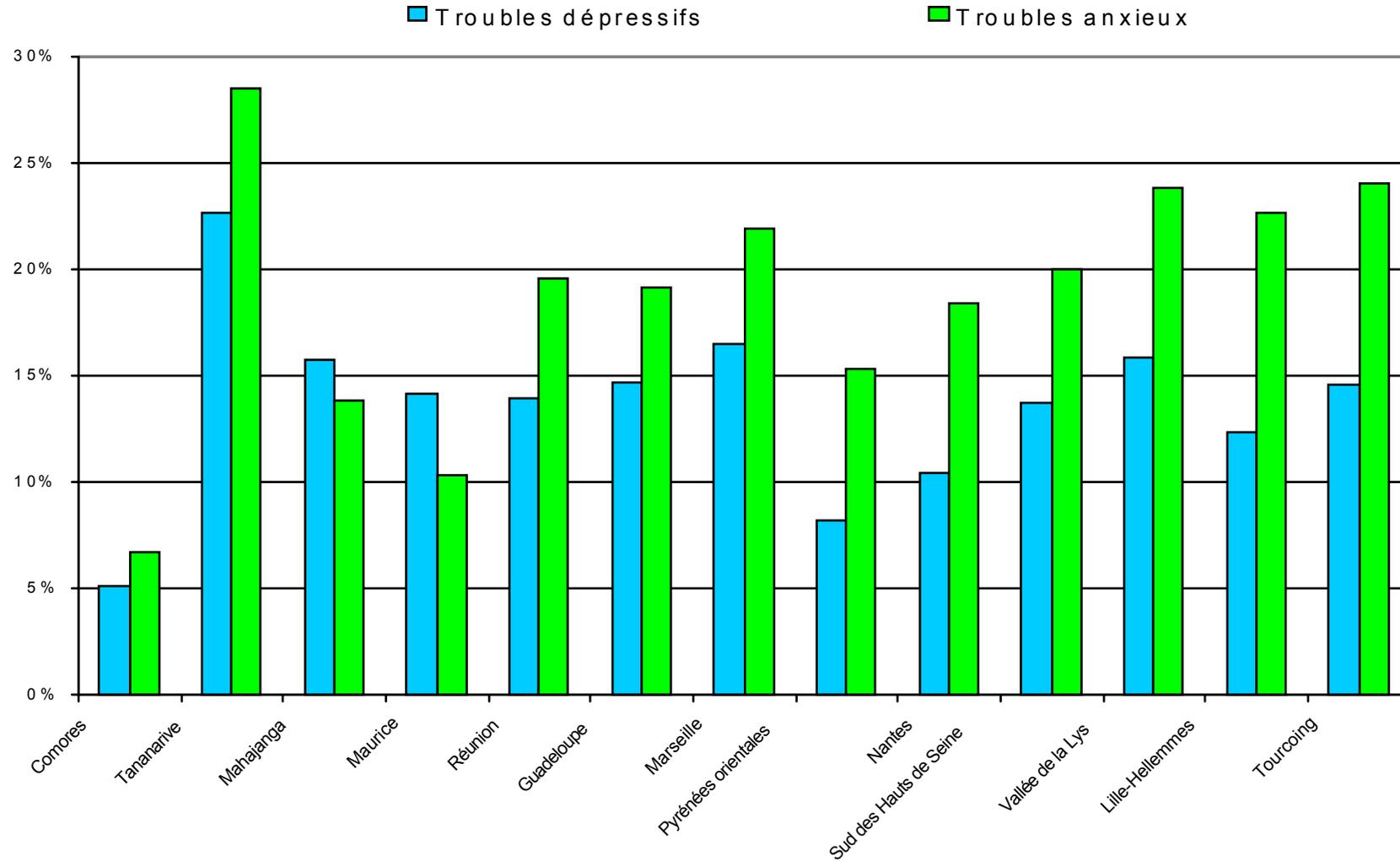
## C. COMORBIDITE DEPRESSION ANXIETE

Sur l'ensemble de l'échantillon, un tiers des personnes présentant un trouble anxieux présentent également un trouble dépressif et la moitié des personnes identifiées comme dépressives présentent aussi un trouble anxieux. Ces résultats sont totalement comparables à d'autres données épidémiologiques disponibles<sup>109-110</sup>

Parmi les personnes présentant à la fois des troubles anxieux et dépressifs au moment de l'enquête :

- 55% ont déjà pris des " médicaments pour les nerfs " (contre 6 à 38% sur l'échantillon global)
- 24% déclarent avoir déjà suivi une "psychothérapie" (contre 0 à 15% sur l'échantillon global)
- 40% disent avoir déjà été soignés pour "dépression" (contre 0,7 à 24% sur l'échantillon global)
- 45% pensent que l'on peut soigner un " dépressif " sans médicaments (comme l'ensemble de l'échantillon).

## GRAPHIQUE 55 : PREVALENCE DES TROUBLES DEPRESSIFS ET DES TROUBLES ANXIEUX



## D. TROUBLES LIÉS AUX CONDUITES ADDICTIVES

- Concernant la détection des troubles liés aux conduites addictives, le MINI présente les mêmes problèmes méthodologiques que tous les instruments de dépistage de ce type. La fiabilité des réponses dépend en grande partie de la "sincérité" du répondant au moment de l'enquête. Nous savons que cette sincérité peut être influencée par un souhait conscient ou non de minimiser sa consommation, un sentiment de honte associé à celle-ci si elle est importante, une difficulté réelle à évaluer au plus près de la vérité sa consommation de boissons alcoolisées ou de toxiques et par la pénalisation ou non de l'usage. D'autre part, dans certains sites, des éléments culturels viennent s'ajouter à la difficulté d'évaluation. Par exemple, à Madagascar, la prise de drogues est porteuse d'un tabou social très fort car elle peut avoir pour conséquence des comportements induisant une perturbation de la relation aux ancêtres. Ce n'est apparemment pas le cas pour l'alcool, car les chiffres de prévalences sont très élevés. Aux **Comores**, le poids d'une société musulmane aux interdits très marqués joue certainement (mais dans quelle mesure ?) dans l'absence de détection de ces troubles par le MINI. En conséquence, il faut considérer ces chiffres comme des prévalences minimales, que l'on peut toutefois comparer aux autres données disponibles.
- Les troubles liés à la consommation **d'alcool** (abus ou utilisation nocive) représentent une prévalence globale de 5% (2,7% en **Guadeloupe** jusqu'à 8,7% à Antananarivo). Ces troubles sont absents aux **Comores**. Pour les sites français la prévalence va de 2,7% en **Guadeloupe** à 5,1% à **Lille-Hellemmes**.
- **Quels que soient les sites, on peut dire que les pathologies liées à la prise de l'alcool sont masculines.**
- Les troubles liés à la consommation de **drogues** (abus ou utilisation nocive) atteignent une prévalence globale de 2% (de 0,3% à **Mahajanga** jusqu'à 4,1% à **Nantes**). Ils sont absents aux **Comores**. En France ils vont de 1% dans la **Vallée de la Lys** à 4,1% à **Nantes**. Ils sont plus fréquents chez les hommes de moins de 35 ans.

## E. AUTRE TROUBLES

Les troubles des conduites alimentaires n'ont pratiquement pas été détectés par le MINI, sans doute du fait de leur faible prévalence en population générale et que les personnes interrogées avaient plus de 18 ans. En effet, on ne retrouve que 3 cas d'anorexie et très peu de cas de boulimie, sauf sur le site marseillais (1,6%).

## F. TROUBLES "D'ALLURE PSYCHOTIQUE"

### a. Précisions méthodologiques

Comme nous l'avons déjà souligné dans la première partie de ce rapport, la question de l'aptitude des questionnaires diagnostiques standardisés à détecter de manière fiable et valide les troubles psychotiques est récurrente depuis que les premières équipes anglo-saxonnes ont commencé à s'intéresser à une évaluation diagnostique standardisable en psychiatrie. En effet, si l'évaluation standardisée fiable de la présence de troubles de type névrotique pose déjà problème, celle des troubles de type psychotique est presque insoluble.

Afin de réduire les biais induits par la conception même du questionnaire et par le recours à des enquêteurs non cliniciens, nous avons développé une **méthodologie complémentaire** pour cette partie du questionnaire, à savoir :

- quelle que soit la pertinence de la réponse, l'enquêteur notait systématiquement un **exemple détaillé** donné par le sujet en cas de réponse positive à une des questions de la section psychose,
- une série de **questions complémentaires** au MINI concernant les conséquences psychosociales des troubles et le recours aux soins était ensuite posée, pour tout trouble coté positif,
- à l'aide de l'exemple détaillé, des informations complémentaires et du sentiment de l'enquêteur vis à vis de l'exemple recueilli, un clinicien (psychiatre ou psychologue) évaluait les vrais et faux positifs, chaque soir, en compagnie des enquêteurs.

Cette méthode a été testée de manière empirique durant la phase pilote, dans les sites des **Comores** et de **Maurice** et a montré son efficacité à réduire le nombre de faux positifs (l'estimation de présence de troubles psychotiques est passée de 32% à 5%). **Une enquête de fiabilité** a ensuite été menée sur 106 patients tout venant, suivis par une équipe de secteur psychiatrique française, permettant de comparer la présence d'un trouble psychotique (actuel ou vie entière), telle qu'évaluée par un clinicien A et telle qu'évaluée par un enquêteur passant le MINI et vérifiée en cas de cotation positive par un clinicien B (avec la méthode décrite ci-dessus). **Les kappas obtenus varient, pour la CIM-10, entre 0.79 (épisode psychotique isolé actuel) et 0.83 (épisode psychotique vie entière). Ce qui constitue d'excellents résultats.**<sup>1</sup>

Des précautions ont donc été prises pour réduire au maximum les erreurs systématiques inhérentes au type d'instrument utilisé et à l'objet même de l'évaluation. Toutefois, si nous pouvons, grâce à cette méthodologie complémentaire contrôler les faux positifs et fiabiliser les vrais positifs, rien ne peut nous prémunir des faux négatifs, c'est-à-dire, une personne qui, souffrant de troubles psychotiques, répondrait négativement à toutes les questions de cette section...

Les analyses que nous proposons portent sur les questions de la section du MINI intitulée " Syndromes psychotiques " :

*Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou inhabituelles, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ?*

*Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?*

*Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?*

*Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous pouvait influencer ou contrôler vos pensées ou vos actes ?*

*Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision, la radio, ou les journaux ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?*

*Vous est-il déjà arrivé d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ?*

*Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ?*

Si une de ces questions est cotée oui, et confirmée par la méthodologie complémentaire, la logique de l'instrument fait qu'elle peut aboutir au "diagnostic" de "syndrome psychotique" (isolé ou récurrent, actuel ou passé). C'est pour ces raisons que nous parlerons plutôt avec prudence de troubles d'allure psychotique, que de syndromes psychotiques.

## **b. Analyse des résultats**

- Les troubles d'allure psychotique ("syndrome psychotique isolé ou récurrent, actuel et/ou passé") sont identifiés chez environ 2% des personnes interrogées : 0,3% à **Tananarive** jusqu'à 5,7% en **Guadeloupe**.

<sup>1</sup> Nous remercions pour ce travail : Gladys Mondière, Gérard Tréboutte, Nathalie Bruynooghe, Helen Brice, Christian Porteaux et les Drs Hervé Bonnel, Muriel Gomez, Isabelle Guesdon, Frédéric Wizla

- Sur la totalité de la population explorée par l'enquête (10.882 personnes), 221 d'entre elles (soit 2%), sont identifiées par le MINI comme présentant, ou ayant présenté un trouble d'allure psychotique : syndrome psychotique isolé actuel (20 personnes), isolé passé (60 personnes), récurrent actuel (90 personnes) et récurrent passé (51 personnes).
- Un certain nombre de tris croisés ont été effectués sur cette population, prise dans son ensemble, pour appréhender ses représentations de la maladie psychiatrique, et les soins dont elle dit avoir déjà bénéficié. Les faibles contingents par site, et par diagnostic, rendent les comparaisons intersites et interdiagnostics non significatives.
- Dans l'hypothèse où ces personnes n'iraient pas bien, elles expriment l'intention d'en parler en premier aux professionnels de santé générale (34%), ainsi qu'à des relations (34% également). Les professionnels de la santé mentale ne seraient sollicités en premier que pour seulement 18% des personnes.
- 53% de ces personnes sont déjà entrés dans un hôpital ou une clinique psychiatrique. 54% ont déjà pris des médicaments pour les nerfs, contre 47% pour les personnes présentant des troubles dépressifs et 45% pour les personnes présentant des troubles anxieux. A 85% ces médicaments étaient pris pour des causes psychologiques. Parmi ces personnes ayant pris des médicaments, 17% disent avoir pris des antipsychotiques (contre 4% chez les dépressifs et 2,5% chez les anxieux), 23% des antidépresseurs (contre 28% chez les dépressifs et 24% chez les anxieux), 34% des tranquillisants (contre 40% chez les dépressifs et 45% chez les anxieux).
- Seulement 4% de ces personnes identifiées au MINI comme présentant ou ayant présenté des troubles psychotiques disent avoir été soignées pour folie. 10% disent l'avoir été pour maladie mentale. Les personnes concernées sur les sites français métropolitains semblent confier plus volontiers avoir été soignées pour une pathologie psychique. Pour les personnes disant avoir été soignées pour "dépression", 60% disent l'avoir été par des médicaments, 13% déclarent avoir suivi une "psychothérapie".
- Par contre, lorsque la question est posée sans référence à la pathologie mentionnée par la personne elle-même, 29% des personnes identifiées par le MINI comme présentant ou ayant présenté des troubles psychotiques disent avoir suivi une "psychothérapie".

### **c. Commentaires**

- N'oublions pas de rappeler au préalable que la population sélectionnée l'est par un instrument diagnostique simple, et manié par des enquêteurs non professionnels de santé mentale. Même si la méthodologie complémentaire permet de réintroduire une "dose" de perception clinique dans l'analyse, les résultats obtenus doivent de toute façon être interprétés avec une grande prudence. La fiabilité, la sensibilité et la spécificité dans ce type d'utilisation à large échelle sont encore mal connues.
- Il importe ensuite de se souvenir que les faibles contingents de personnes concernées par site n'autorisent pas les comparaisons inter-sites. Toutefois il semble bien que les personnes interrogées dans les sites métropolitains, confient plus volontiers avoir été soignées pour "dépression", avoir pris des "médicaments pour les nerfs" et être entrées dans un hôpital psychiatrique.

- Si l'on isole la population explorée en France métropolitaine, 65% des personnes présentant ou ayant présenté un "trouble psychotique" sont déjà entrés dans un hôpital psychiatrique, 72% ont pris des "médicaments pour les nerfs", 57% disent avoir été soignés pour "dépression", 47% disent avoir suivi une "psychothérapie". S'agit-il d'une véritable différence d'accès aux soins, ou seulement d'une moindre réticence à en parler ?
- Quoi qu'il en soit, il ressort de ces chiffres qu'environ 2/3 des personnes concernées par un "trouble psychotique" ont reçu un soin psychiatrique en France métropolitaine. Des données disponibles, il n'est pas possible de dire si ce soin émane d'un professionnel de santé générale, d'un psychiatre du secteur libéral ou du secteur psychiatrique. Toutefois la forte proportion de personnes déjà entrées dans un hôpital psychiatrique laisse penser que le système public de soins spécialisés est fortement positionné sur cette pathologie. La deuxième vague d'enquête pourrait peut être s'intéresser à cet aspect.
- Pourtant, à rebours de ces fortes proportions, l'intention de premier recours en cas de souffrance psychique reste le professionnel de santé générale, à égalité avec les relations. Le professionnel de santé mentale, en France métropolitaine, ne sera sollicité en premier que dans 20% des cas, à peine plus que dans la population d'ensemble (18%). Cette réponse peut indiquer l'importance du système de soins primaires.

### 3. ANALYSE DES RESULTATS PAR SITE

#### A. COMORES

- Comme nous l'avons déjà dit, les résultats de la passation du MINI aux **Comores** sont à lire avec une grande prudence. Dans la population générale interrogée 10,6% des personnes présentent au moins un trouble (soit 97 personnes sur 918 interrogées). Cet effectif apparaît très faible si on le compare aux prévalences globales des autres sites d'enquête et aux données internationales disponibles. Cela pose bien entendu la question de la passation de ce genre de test dans une population insulaire qui n'a pas encore été au contact direct de la psychiatrie occidentale et où les données culturelles et sociales sont très différentes du monde occidental et des représentations concernant la "maladie mentale" et la "folie".
- Ces 97 personnes se répartissent en 53 hommes (54%) et 44 femmes (46%). Sur l'ensemble de l'échantillon on constate donc que les troubles mentaux sont présents parmi 5,7% des hommes et 4,8% des femmes. Ceci correspond à un sex ratio de 1.2 hommes pour une femme. On constate peu de différences significatives par rapport aux critères socio-démographiques (Tableau 36)

#### Troubles dépressifs

- Les troubles dépressifs ont une prévalence de 5% environ. On note 24 hommes pour 23 femmes, donc aucune différence selon le sexe. A noter le faible nombre de personnes déclarant avoir été soignées pour "dépression" : 4 femmes et 1 homme.
- Un tiers des personnes présentant des troubles dépressifs ont également des troubles anxieux.

#### Troubles anxieux

- Les troubles anxieux sont identifiés chez 7% des répondants, avec une légère prédominance masculine, mais à un taux non significatif étant donné le petit nombre de cas (36 hommes pour 26 femmes).

#### Troubles liés aux conduites addictives

- Aucun trouble lié à la consommation d'alcool n'est détecté par le MINI. Mais il ne faut pas oublier que les **Comores** sont un pays musulman, où les pratiques religieuses sont importantes (100% de croyants 99% de pratiquants dans notre échantillon) et l'interdiction de consommation de toute boisson alcoolisée doit être respectée rigoureusement. Les troubles liés à l'utilisation de drogues sont également absents de la détection par le MINI

#### Troubles d'allure psychotique

- Seuls deux hommes et deux femmes ont été identifiés comme ayant des troubles psychotiques, ce qui paraît effectivement très faible par rapport aux chiffres du même type rapportés dans les diverses études concernant la plupart des sociétés.
- En résumé, le MINI révèle aux **Comores** des taux de prévalence de pathologie mentale beaucoup moins élevés que dans d'autres sites de l'Océan Indien, y compris Madagascar. Par exemple on note trois fois moins de déprimés et d'anxieux qu'à la **Réunion** ou à **Maurice**. Comparées à Madagascar, on pourrait dire que les mêmes causes ne produisent pas les mêmes effets : la population malgache est aussi très croyante et pratiquante, la pauvreté y est encore plus critique qu'aux **Comores**, mais les troubles au MINI y sont relativement élevés. Les résultats de cette enquête nous interrogent et nous montrent que cette étude est incomplète pour ce site et qu'il est difficile d'interpréter ces données sans tomber dans des extrapolations qui pourraient être abusives.

**TABLEAU 36 : PRESENCE D'AU MOINS UN TROUBLE AU MINI - LES COMORES**

Critère socio-démographique		Présence d'au moins un trouble						X <sup>2</sup>	
		OUI		NON		TOTAL			
		Nb	%	Nb	%	Nb	%		
Sexe	Homme		53	54,60	424	51,60	477	52,00	0,577
	Femme		44	45,40	397	48,40	441	48,00	
Age	Homme	≤ 35 ans	32	60,40	256	60,40	288	60,40	0,97
		> 35-59 ans	19	35,80	149	35,10	168	35,20	
		60 et +	2	3,80	19	4,50	21	4,40	
	Femme	≤ 35 ans	32	72,70	220	55,40	252	57,10	0,089
		> 35 – 59ans	11	25,00	163	41,10	174	39,50	
		60et +	1	2,30	14	3,50	15	3,40	
Emploi	Oui		57	60,00	414	51,60	471	52,40	0,119
	Non		38	40,00	389	48,40	427	47,60	
Niveau d'étude	Pas de scolarité		26	27,10	362	45,10	388	43,20	0,026
	Cycle primaire non terminé		21	21,90	132	16,40	153	17,00	
	Cycle primaire terminé		3	3,10	34	4,20	37	4,10	
	Cycle secondaire non terminé		36	37,50	218	27,10	254	28,30	
	Cycle secondaire terminé		7	7,30	42	5,20	49	5,50	
	Niveau universitaire		3	3,10	15	1,90	18	2,00	
Situation Maritale	Célibataire		45	46,40	307	38,00	352	38,90	0,242
	Marié		44	45,50	450	55,70	494	54,60	
	Séparé		7	7,20	40	5,00	47	5,20	
	Veuf/Veuve		1	1,00	11	1,40	12	1,30	

## B. MADAGASCAR (avec l'aide du Dr Andriantseho)

### Site de MAHAJANGA

- Bien qu'inférieure à la moyenne des autres sites, la prévalence globale des troubles reste élevée à **Mahajanga** (30,90% vs 34% pour les autres sites), ce qui le situe au même niveau de morbidité que le site " **Sud des Hauts de Seine** " ...
- Ici, 278 des 900 personnes interrogées présentent au moins un trouble mental. Elles se répartissent en 142 hommes (51%) et 136 femmes (49 %). Sur l'ensemble de l'échantillon on constate donc que les troubles mentaux sont présents chez 15,7% des hommes et 15,1% des femmes, soit un **sex ratio proche de 1** (0,96).
- Aucune variable socio-démographique classique ne semble avoir d'influence significative sur la prévalence globale. (Tableau 37)

### Site d'ANTANANARIVO

- Si l'on se réfère aux résultats, **Antananarivo** présenterait la plus forte prévalence de troubles mentaux de tous les sites d'enquête (45,9% des enquêtés vs environ 34% pour les autres sites, soit la présence d'au moins un trouble pour approximativement 1 habitant sur 2 !). Compte tenu des conditions de passation de l'enquête dans ce site (cf. rapports antérieurs), on ne peut exclure un biais méthodologique (Tableau 38).
- 45,9% des personnes interrogées présenteraient donc au moins un trouble mental. Ces 413 personnes se répartissent en 193 hommes (46,7%) et 220 femmes (53,3%). Sur l'ensemble de l'échantillon les troubles mentaux seraient donc présents parmi 21,5% des hommes et 24,5% des femmes. Ceci correspond à un sexe ratio de 1,14 femmes pour 1 homme.
- On constate peu de différences significatives par rapport aux critères socio-démographiques (Tableau 38)  
**L'âge** ne semble pas avoir d'influence sur la prévalence ni le fait **d'avoir un emploi, ni la situation maritale**.  
**Le niveau d'étude marque une différence significative** : plus on est éduqué (≥ cycle secondaire terminé) moins on est touché par un trouble mental ( $p= 0.0002$ ).

### Troubles dépressifs

- La dépression serait une maladie fréquente, si l'on se réfère à la prévalence globale des épisodes dépressifs (15,40% pour **Mahajanga**, 22% pour **Antananarivo** vs environ 14% pour le reste des sites). La fréquence des récurrences ne s'écarte toutefois pas de façon significative de celle rencontrée dans les autres sites (6,30% à **Mahajanga**, 7,60% à **Antananarivo** vs 6% dans les autres sites). Pour l'épisode dépressif, le **sex ratio** y est de 1,2 à **Mahajanga** et 1,36 à **Antananarivo**. Ces résultats concordent avec les observations cliniques quotidiennes, où elle représente le 3<sup>ème</sup> motif de consultation neuropsychiatrique, après les céphalées et l'épilepsie (Andriantseho M. et al, 1997). Beaucoup de fatigues inexplicables ou d'irritabilité, traitées par du calcium, des vitamines ou du magnésium, sont en fait des cas de dépression mal diagnostiqués.
- Contrairement à ce qu'on retrouve dans la pratique clinique quotidienne, la dysthymie est inhabituelle (0,20% à **Mahajanga**, 1,10% à **Antananarivo** vs 2% dans les autres sites). Mais la confusion avec l'épisode dépressif est possible.

- **La comorbidité avec les troubles anxieux est importante** : 34% des dépressifs à *Mahajanga* et 45% à *Antananarivo*, présentent aussi des troubles anxieux.

### Troubles anxieux

- Si à Madagascar, les troubles paniques figurent parmi le peloton de tête (5% à *Mahajanga*, 8,50% à *Antananarivo* vs 5,40% à *Lille* et 5,10% à *Nantes*), on est par contre surpris par la faible représentativité de l'anxiété généralisée (3,80% à *Mahajanga*, 8,20% à *Antananarivo* vs 11% dans les autres sites). Avec un sex ratio pour *Mahajanga* et *Antananarivo* respectivement de 1,83 et 1,96. Ce constat appelle une étude plus approfondie.
- Il semblerait aussi que les troubles obsessionnels soient plus fréquents chez le Malgache (1,90% à *Mahajanga*, 2,60% à *Antananarivo* vs 1% dans les autres sites).

### Troubles liés aux conduites addictives

- Que ce soit à *Mahajanga* (5,40% des enquêtés) ou à *Antananarivo* (2,60%), la dépendance alcoolique y est plus forte qu'ailleurs (3%). Il en est de même de son utilisation nocive (2,90% à *Mahajanga*, 2,60% à *Antananarivo* vs 2% ailleurs) : la pathologie alcoolique semble donc constituer un problème majeur de santé publique.
- Bien que la toxicomanie (essentiellement au chanvre) soit nettement moins fréquente qu'ailleurs (0,20% à *Mahajanga*, 0,70% à *Antananarivo* vs 1% ailleurs), sa "révélation" à l'enquêteur est probablement occultée par la crainte d'une double répression, légale et culturelle.

### Remarques générales :

- Globalement, les résultats de prévalence sont nettement plus élevés à *Antananarivo* qu'ailleurs : ils devraient être pris avec précaution et nécessitent des études complémentaires, avant d'être considérés comme représentatifs des Hautes terres.
- Les remarques concernant les fiches complémentaires (cf. le Rapport général provisoire du 25/4/00) sont bien fondées. La non représentativité des résultats prive le site malgache d'informations essentielles sur les traitements perçus comme les plus efficaces.
- Compte tenu de ces limites, il semble que :
  - ✓ le sentiment d'être malade paraît plus répandu chez le Malgache
  - ✓ les problèmes liés aux troubles mentaux sont plus pénalisants à Madagascar
  - ✓ les relations personnelles et les religieux y jouent encore un rôle de soutien non négligeable
  - ✓ il existe parfois comme dans toute enquête, une discordance entre l'intention et la pratique effective: on conseillerait l'hospitalisation, mais peu de malades sont hospitalisés en premier recours.

**TABLEAU 37 : PRESENCE D'AU MOINS UN TROUBLE AU MINI - MAHAJANGA**

Critère socio-démographique			Présence d'au moins un trouble						X <sup>2</sup>
			OUI		NON		TOTAL		
			Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Sexe	Homme		142	51,10	309	49,70	541	50,10	0,698
	Femme		136	48,90	313	50,30	449	49,90	
Age	Homme	≤ 35 ans	65	45,80	149	48,20	241	47,50	0,788
		> 35-59 ans	61	43,00	131	42,40	192	42,60	
		60 et +	16	11,30	29	9,40	45	10,00	
	Femme	≤ 35 ans	88	64,70	191	61,00	279	62,10	0,76
		> 35 – 59ans	43	31,60	109	34,80	152	33,90	
		60et +	5	3,70	13	4,20	18	4,00	
Emploi	Oui		209	75,20	481	77,50	690	76,80	0,455
	Non		69	24,80	140	22,50	209	23,20	
Niveau d'étude	Pas de scolarité		29	10,60	70	11,50	99	11,30	0,482
	Cycle primaire non terminé		60	22,00	135	22,20	195	22,20	
	Cycle primaire terminé		31	11,40	61	10,00	92	10,50	
	Cycle secondaire non terminé		128	46,90	259	42,70	387	44,00	
	Cycle secondaire terminé		16	5,90	58	9,60	74	8,40	
	Niveau universitaire		9	3,30	24	4,00	33	3,80	
Situation Maritale	Célibataire		55	19,80	166	26,70	221	24,60	0,091
	Marié		203	73,00	422	67,80	625	69,40	
	Séparé		17	6,10	25	4,00	42	4,70	
	Veuf/Veuve		3	1,10	9	1,40	12	1,30	

**TABLEAU 38 : PRESENCE D'AU MOINS UN TROUBLE AU MINI - ANTANANARIVO**

Critère socio-démographique			Présence d'au moins un trouble						X <sup>2</sup>
			OUI		NON		TOTAL		
			Nb	%	Nb	%	Nb	%	
<b>Sexe</b>	Homme		193	46,70	257	52,90	450	50,10	0,066
	Femme		220	53,30	229	47,10	449	49,90	
<b>Age</b>	Homme	≤ 35 ans	80	41,50	107	41,60	487	41,60	0,805
		> 35-59 ans	103	53,40	133	51,80	236	52,40	
		60 et +	10	5,20	17	6,60	27	6,00	
	Femme	≤ 35 ans	96	43,60	100	43,70	196	43,70	
		> 35 – 59ans	113	51,40	116	50,70	229	51,00	
		60et +	11	5,00	13	5,70	24	5,30	
<b>Emploi</b>	Oui		321	77,70	399	82,10	720	80,10	0,102
	Non		92	22,30	87	17,90	179	19,90	
<b>Niveau d'étude</b>	Pas de scolarité		10	2,50	32	6,80	42	4,80	0,000
	Cycle primaire non terminé		101	25,30	72	15,20	173	19,90	
	Cycle primaire terminé		74	18,50	82	17,50	156	18,00	
	Cycle secondaire non terminé		158	39,50	178	38,00	336	38,70	
	Cycle secondaire terminé		31	7,80	55	11,70	86	9,90	
	Niveau universitaire		24	6,00	49	10,40	73	8,40	
<b>Situation Maritale</b>	Célibataire		78	18,90	95	19,70	173	19,30	0,084
	Marié		296	71,80	352	72,90	648	72,40	
	Séparé		34	8,30	24	5,00	58	6,50	
	Veuf/Veuve		4	1,00	12	2,50	16	1,80	

## C. MAURICE

- A **Maurice**, 22,2% des personnes interrogées (soit 200 sur 899 personnes) présentent au moins un trouble mental. Ces 200 personnes se répartissent en 80 hommes (40%) et 120 femmes (60%). Sur l'ensemble de l'échantillon on constate donc que les troubles mentaux sont présents parmi 18% des hommes et 27% des femmes. Ceci correspond à un sex ratio de 1.5 femmes pour un homme.
- On constate aussi des différences significatives par rapport aux critères socio-démographiques suivants (Tableau 39)  
**L'âge** semble avoir une influence chez les hommes. La prévalence est moins importante parmi les hommes entre 18 et 35 ans ( $p=0.04$ ).  
**Le niveau d'étude** : plus on est éduqué moins on est touché par un trouble mental ( $p=0.0002$ ).  
**La situation maritale** : les personnes séparées, divorcées et les veufs/veuves semblent être plus touchés par les épisodes dépressifs ( $p = 0.004$ ).

### Troubles dépressifs

- Près de 13% des personnes interrogées rapportent des signes amenant au diagnostic d'épisode dépressif. Le sex-ratio est de 2,5 femmes pour un homme. La prévalence augmente avec l'âge. Les personnes séparées sont plus souvent diagnostiquées comme dépressives que les mariés ou les célibataires (respectivement 29,2%, 11,9% et 9,9%), de même que les personnes sans emploi, par rapport à celles en ayant un. Parmi les troubles dépressifs, près de un sur deux sont de nature récurrente (6% de la population générale).
- On note par ailleurs l'existence d'environ 1,6% de diagnostic positif de dysthymie. Au total donc, environ 15% des mauriciens interrogés présentaient un syndrome dépressif au moment de l'enquête.
- **La comorbidité avec les troubles anxieux est importante** : 43% des dépressifs présentent aussi des troubles anxieux

### Troubles anxieux

- Environ **10% des personnes interrogées présentent des troubles anxieux** (Agoraphobie, Trouble Panique, Phobie Sociale, Troubles Obsessionnels Compulsifs, Anxiété Généralisée), parfois ces troubles étant associés entre eux.
- Le sex ratio pour le principal de ces troubles (anxiété généralisée) de 2,1 femmes pour un homme. Les personnes de 40-49 ans sont légèrement plus touchées que celles des autres classes d'âge, de même, là encore que les personnes séparées. Le fait d'avoir un emploi n'intervient pas.

### Troubles liés aux conduites addictives

- Le taux pour la **dépendance à l'alcool constaté dans l'échantillon est environ 3%**. Une très forte prédominance des hommes est notée pour ce trouble : 26 sur un total de 29 sont des hommes, ce qui correspond à un taux de 6% pour la dépendance à l'alcool parmi les hommes. On a aussi noté qu'environ 1%, uniquement des hommes, ont une utilisation nocive d'alcool. Ceci représente, donc, un taux de près de 2% pour l'ensemble de la population d'hommes.

**TABLEAU 39 : PRESENCE D'AU MOINS UN TROUBLE AU MINI - MAURICE**

Critère socio-démographique		Présence d'au moins un trouble						X <sup>2</sup>	
		OUI		NON		TOTAL			
		Nb	%	Nb	%	Nb	%		
<b>Sexe</b>	Homme	79	39,50	371	53,10	450	50,10	0,001	
	Femme	121	60,50	328	46,90	449	49,90		
<b>Age</b>	Homme	≤ 35 ans	32	40,50	197	53,10	229	50,90	0,062
		> 35-59 ans	39	49,40	131	35,30	170	37,80	
		60 et +	8	10,10	43	11,60	51	11,30	
	Femme	≤ 35 ans	54	44,60	163	49,70	217	48,30	0,486
		> 35-59 ans	51	42,10	118	36,00	169	37,60	
		60et +	16	13,20	47	14,30	63	14,00	
<b>Emploi</b>	Oui	108	54,00	373	53,40	481	53,50	0,873	
	Non	92	46,00	326	46,60	418	46,50		
<b>Niveau d'étude</b>	Pas de scolarité	9	4,50	24	3,40	33	3,70	0,000	
	Cycle primaire non terminé	33	16,50	52	7,50	85	9,50		
	Cycle primaire terminé	53	26,50	149	21,50	202	22,55		
	Cycle secondaire non terminé	76	38,00	317	45,50	393	43,90		
	Cycle secondaire terminé	21	10,50	98	14,10	119	13,30		
	Niveau universitaire	8	4,00	56	8,00	64	7,10		
<b>Situation Maritale</b>	Célibataire	45	22,50	217	31,00	262	29,10	0,004	
	Marié	128	64,00	436	62,40	564	62,70		
	Séparé	9	4,50	15	2,10	24	2,70		
	Veuf/Veuve	18	9,00	31	4,40	49	5,50		

## D. REUNION

- Au moment de l'enquête, 29,9% des personnes interrogées (soit 272 sur 909) présentaient au moins un trouble mental. Ces 272 personnes se répartissent en 115 hommes (42,3%) et 157 femmes (57,7%). Sur l'ensemble de l'échantillon on constate donc que les troubles mentaux sont présents parmi 12,6% des hommes et 17,3% des femmes. Ce qui correspond à un **sex ratio de 1,37 femmes pour un homme**.
- On constate peu de différences significatives par rapport aux critères socio-démographiques (Tableau 40)  
Seul le **fait d'avoir un emploi** semble avoir une influence sur la prévalence globale : les personnes se déclarant sans emploi présentent plus souvent un trouble mental que les autres.

### Troubles dépressifs

- Près de **11,3%** des personnes interrogées rapportent des signes amenant au diagnostic d'épisode dépressif. Le sex-ratio est de **2,12** femmes pour un homme pour les troubles dépressifs. Parmi les troubles dépressifs, près de 40% sont de nature récurrente (soit **4,8%** de l'échantillon total).
- La prévalence de l'épisode dépressif est plus faible chez les personnes de 50-59 ans que dans les autres classes d'âge. Elle est beaucoup plus élevée chez les personnes séparées et les veufs (17,3% et 17,8%) que chez les mariées (9,5%) ou les célibataires (12,7%).
- On note par ailleurs l'existence d'environ **1,9%** de diagnostic positif de dysthymie. Au total donc, environ **13,2%** des personnes interrogées présentaient un syndrome dépressif au moment de l'enquête.
- **La comorbidité avec les troubles anxieux est très importante** : 54% des enquêtés dépressifs ont aussi des troubles anxieux.

### Troubles anxieux

- **22,6% des personnes interrogées présentent des troubles anxieux**, ces troubles étant parfois associés entre eux. La répartition se fait comme suit : anxiété généralisée 10,2%, phobies sociales 4,5%, trouble panique 4,1%, agoraphobie 3,1%, troubles obsessionnels compulsifs 0,7% et état de stress post-traumatique 0,3%).
- Le sex ratio pour l'anxiété généralisée est **1,5** femmes pour un homme. La prévalence est légèrement plus basse chez les personnes de 50-59 ans (7,8% vs 10,2% sur l'échantillon global), elle est beaucoup plus élevée chez les veufs (17,8%) comme pour l'épisode dépressif.
- Ces résultats sont confirmés par la première partie du questionnaire, où 27% de l'échantillon déclarent avoir déjà pris des " médicaments pour les nerfs " (pour des " causes psychologiques " dans 82% des cas), essentiellement des anxiolytiques (52% des cas).

### Troubles liés à l'utilisation d'alcool (dépendance ou utilisation nocive)

- Le taux pour les troubles liés à l'utilisation d'alcool constaté dans l'échantillon est **3%**.

**TABLEAU 40 : PRESENCE D'AU MOINS UN TROUBLE AU MINI LA REUNION**

Critère socio-démographique			Présence d'au moins un trouble						X <sup>2</sup>
			OUI		NON		TOTAL		
			Nb	%	Nb	%	Nb	%	
<b>Sexe</b>	Homme		115	42,0	318	49,90	433	47,60	0,035
	Femme		157	57,70	319	50,10	476	52,40	
<b>Age</b>	Homme	≤ 35 ans	61	53,00	141	44,30	202	46,70	0,276
		> 35-59 ans	42	36,50	138	43,40	180	41,60	
		60 et +	12	10,40	39	12,30	51	11,80	
	Femme	≤ 35 ans	73	46,50	121	37,90	194	40,80	0,07
		> 35 – 59ans	67	42,70	141	44,20	208	43,70	
		60et +	17	10,80	57	17,90	74	15,50	
<b>Emploi</b>	Oui		76	28,00	237	37,30	313	34,50	<b>0,007</b>
	Non		195	72,00	398	62,70	593	65,50	
<b>Niveau d'étude</b>	Pas de scolarité		12	4,50	25	4,10	37	4,20	0,173
	Cycle primaire non terminé		26	9,70	59	9,70	85	9,70	
	Cycle primaire terminé		56	21,00	103	16,90	159	18,10	
	Cycle secondaire non terminé		89	33,30	172	28,20	261	29,80	
	Cycle secondaire terminé		43	16,10	121	19,80	164	18,70	
	Niveau universitaire		41	15,40	127	20,80	168	19,20	
<b>Situation maritale</b>	Célibataire		77	28,70	167	26,40	244	27,10	0,69
	Marié		159	59,30	400	63,30	559	62,10	
	Séparé		18	6,70	34	5,40	52	5,80	
	Veuf/Veuve		14	5,20	31	4,90	45	5,00	

## E. GUADELOUPE (avec l'aide Du Dr Eynaud)

- Avec 32% des enquêtés présentant ou ayant présenté des troubles psychiques, la prévalence des troubles mentaux en *Guadeloupe* paraît importante. Dans une région où le système de soins psychiatriques est encore quasiment exclusivement public ces chiffres illustrent clairement le sous-dépistage des troubles mentaux en *Guadeloupe* (seulement 1,1% de la population y est traitée).
- Au moment de l'enquête 270 personnes interrogées sur 855 présentaient au moins un trouble mental. Ces 270 personnes se répartissent en 107 hommes (39,6%) et 163 femmes (60,4%). Sur l'ensemble de l'échantillon on constate donc que les troubles mentaux sont présents parmi 12,5% des hommes et 19% des femmes. Ce qui correspond à un **sex ratio de 1,5 femmes pour un homme**. (Il est intéressant de constater que cette répartition est très proche de celle de *Maurice*).
- On constate aussi des différences significatives par rapport aux critères socio-démographiques suivants (Tableau 41)
- **Le fait d'avoir un emploi** semble avoir une influence sur la prévalence : La prévalence est plus élevée chez les personnes sans emploi ( $p = 0,001$ ).
- **Le niveau d'éducation** : les personnes n'ayant pas été scolarisées au-delà du cycle primaire sont un peu plus nombreuses à présenter des troubles mentaux ( $p = 0,033$ )
- **La situation maritale** : les personnes séparées ou divorcées semblent être plus touchées par les troubles dépressifs ( $p = 0,003$ ).

### Troubles dépressifs

- Près de 14% des personnes interrogées rapportent des signes amenant au diagnostic d'épisode dépressif actuel (F 32 de la CIM 10). Parmi ces troubles dépressifs, 40% sont de nature récurrente (soit 5,7% de l'échantillon total). On note par ailleurs l'existence de presque 1% de diagnostic positif de dysthymie. C'est donc au total environ **15% des Guadeloupéens qui présentaient un syndrome dépressif au moment de l'enquête**.
- Les 125 personnes présentant des troubles dépressifs se répartissent en 36 hommes (29 %) et 89 femmes (71%). Ceci correspond à un sex-ratio d'environ **2,5 femmes pour un homme**, ce qui est à confronter aux données de la littérature qui rapportent en général un sex-ratio de 2 femmes pour 1 homme. Sur l'ensemble de l'échantillon, on constate que 9% des hommes et 20% des femmes ont des troubles dépressifs. On retrouve là des données proches de celles de la littérature.
- En ce qui concerne les troubles dépressifs récurrents, le sex-ratio est encore plus inégal, puisqu'ils concernent 2% des hommes pour 9% des femmes, soit un sex-ratio de 4,6 femmes pour un homme
- Les épisodes dépressifs sont légèrement plus fréquents chez les personnes de 60-74 ans. Ils sont beaucoup plus fréquents chez les personnes séparées (22,2%) par rapport aux mariées (9,9%) ou aux veufs ou célibataires (15,4 et 16,1%). Le fait d'avoir un emploi joue aussi sur le risque de présenter un épisode dépressif (18,9% pour 9,7%).
- **La comorbidité avec les troubles anxieux est importante** : un guadeloupéen dépressif sur deux a aussi des troubles anxieux (50%)

### Troubles anxieux

- Sur l'ensemble des 855 questionnaires, environ 20% rapportent des troubles anxieux. Le sex-ratio montre qu'il existe aussi une forte prédominance féminine, avec 1,9 femmes pour un homme.
- Concernant l'anxiété généralisée, la prévalence est la même quels que soient l'âge et la situation vis à vis de l'emploi. Par contre, comme ailleurs les séparés sont plus exposés que les mariés, les veufs ou les célibataires.

- Les troubles anxieux, avec une prévalence de plus de 19% dans l'échantillon, ainsi que les troubles dépressifs, avec une prévalence d'environ 15% (alors que la file active des secteurs n'en compte que 3%...) sont manifestement des problèmes de santé publique à prendre en compte.
- Ces résultats sont confirmés par la première partie du questionnaire, où 26% de l'échantillon déclarent avoir pris des " médicaments pour les nerfs " (pour des " causes psychologiques " dans 74% des cas), essentiellement des anxiolytiques (56% des cas).

### **Troubles " d'allure psychotique "**

- Les symptomatologies aboutissant à un diagnostic positif de troubles psychotiques ne sont pas non plus négligeables : avec un taux d'environ 5% la **Guadeloupe** se singularise par rapport aux autres sites...

**TABLEAU 41 : PRESENCE d'AU MOINS UN TROUBLE AU MINI - GUADELOUPE**

Critères socio-démographique			Présence d'au moins un trouble						X <sup>2</sup>
			OUI		NON		TOTAL		
			Nb	%	Nb	%	Nb	%	
<b>Sexe</b>	Homme		107	39,60	298	50,90	405	47,40	0,002
	Femme		163	60,40	287	49,10	450	52,60	
<b>Age</b>	Homme	≤ 35 ans	48	44,90	125	41,90	173	42,70	0,662
		> 35-59 ans	43	40,20	117	39,30	160	39,50	
		60 et +	16	15,00	56	18,80	72	17,80	
	Femme	≤ 35 ans	76	46,60	119	41,50	195	43,30	0,353
		> 35 – 59ans	58	35,60	122	42,50	180	40,00	
		60et +	29	17,80	46	16,00	75	16,70	
<b>Emploi</b>	Oui		127	47,00	348	59,50	475	55,60	<b>0,001</b>
	Non		143	53,00	237	40,50	380	44,40	
<b>Niveau d'étude</b>	Pas de scolarité		3	1,10	4	0,70	7	0,80	0,033
	Cycle primaire non terminé		12	4,50	33	5,70	45	5,30	
	Cycle primaire terminé		47	17,50	63	10,90	110	13,00	
	Cycle secondaire non terminé		83	30,90	166	28,80	249	29,50	
	Cycle secondaire terminé		77	28,60	158	27,40	235	27,80	
	Niveau universitaire		44	16,40	145	25,20	189	22,40	
<b>Situation maritale</b>	Célibataire		132	48,90	235	40,40	367	43,10	<b>0,003</b>
	Marié		97	35,90	277	47,60	374	43,90	
	Séparé		31	11,50	41	7,00	72	8,50	
	Veuf/Veuve		10	3,70	29	5,00	39	4,60	

## F. MARSEILLE (avec l'aide du Dr Boissinot et de L. Kurkdjian)

- Avec 35,1% des enquêtés présentant ou ayant présenté des troubles psychiques, **Marseille** se place au deuxième rang de prévalence des troubles mentaux par rapport aux autres sites français.
- Au moment de l'enquête 313 personnes interrogées sur 893 présentaient au moins un trouble mental. Ces 313 personnes se répartissent en 124 hommes (39,6%) et 189 femmes (60,4%). Sur l'ensemble de l'échantillon on constate donc que les troubles mentaux sont présents parmi 14% des hommes et 21% des femmes. Ce qui correspond à un **sex ratio de 1.5 femmes pour un homme**. (Il est intéressant de constater que cette répartition est très proche de celle de **Maurice** et de la **Guadeloupe**).
- On constate aussi des différences significatives par rapport aux critères socio-démographiques suivants (TABLEAU 42)  
**L'âge** : la prévalence des troubles est plus élevée chez les hommes de moins de 35 ans que dans les autres classes d'âge ( $p = 0.0001$ ).  
**Le niveau d'éducation** : les personnes n'ayant pas terminé leur cycle secondaire sont un peu plus nombreuses à présenter des troubles mentaux ( $p = 0,02$ )  
**La situation maritale** : les personnes séparées ou divorcées semblent être proportionnellement plus touchées par les problèmes psychiques ( $p = 0,0001$ ) que les personnes mariées ou célibataires.

### Troubles dépressifs

- A **Marseille**, 13,54% des personnes interrogées rapportent des signes amenant au diagnostic d'épisode dépressif actuel. Parmi ces troubles dépressifs un sur deux est récurrent (soit 7,4% de l'échantillon total). On note par ailleurs l'existence de 2,6% de diagnostic positif de dysthymie, taux le plus élevé de tous les sites d'enquête. C'est donc **au total plus de 16% des marseillais interrogés qui présentent un syndrome dépressif au moment de l'enquête**.
- Les 121 personnes présentant un épisode dépressif, se répartissent en 45 hommes (37%) et 76 femmes (63%). Ceci correspond à un sex-ratio d'environ **1,7 femmes pour un homme**, ce qui est à confronter aux données de la littérature qui rapportent en général un sex-ratio de 2 femmes pour 1 homme. Sur l'ensemble de l'échantillon, on peut dire que 10,6% des hommes et 16,2% des femmes présentent un épisode dépressif actuel. On retrouve là des données proches de celles de la littérature, un peu plus faibles pour les femmes.
- Contrairement à d'autres sites, ce sont **les moins de 30 ans qui sont le plus touchés** (18,9%). De même, si les séparés présentent la plus forte prévalence (24%) les célibataires sont également très touchés (19,4% contre 8,9% pour les mariés). On peut dire qu'à Marseille, les déprimés sont plutôt des femmes jeunes et célibataires.
- **La comorbidité avec les troubles anxieux est importante** : 45% des marseillais dépressifs ont aussi des troubles anxieux.

### Troubles anxieux

- **Sur l'ensemble des 893 personnes interrogées, une sur quatre (24,7%) présente des troubles anxieux.**
- Concernant le trouble anxieux le plus fréquent, l'anxiété généralisée (12,3%), le sex-ratio montre qu'il existe aussi une forte prédominance du sexe féminin, avec un peu moins de 2 femmes pour un homme.
- Les personnes de plus de 50 ans semblent moins touchées que les plus jeunes et les séparés plus que les mariés, les célibataires ou les veufs.
- Ces résultats sont confirmés par la première partie du questionnaire, où 35% de l'échantillon déclare avoir déjà pris des " médicaments pour les nerfs " (pour des " causes psychologiques " dans 85% des cas), essentiellement des anxiolytiques (51% des cas).

### **Troubles liés à l'utilisation d'alcool (dépendance ou utilisation nocive)**

Avec 2 % pour chaque item, on retrouve des taux de prévalence plus élevés que ceux "attendus", car en décalage avec les données concernant la consommation moyenne d'alcool, réputée plus faible dans le sud-est de la France que dans bien d'autres régions.

### **Troubles liés à l'utilisation de drogues (dépendance ou utilisation nocive)**

On trouve le taux de prévalence le plus élevé des sites métropolitains en zone urbaine, avec une dépendance aux drogues de 2 %.

**TABLEAU 42 : PRESENCE D'AU MOINS UN TROUBLE AU MINI - MARSEILLE**

Critère socio-démographique			Présence d'au moins un trouble						X <sup>2</sup>
			OUI		NON		TOTAL		
			Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Sexe	Homme		124	39,60	299	51,60	423	47,40	0,001
	Femme		189	60,40	281	48,40	470	52,60	
Age	Homme	≤ 35 ans	66	53,20	100	33,40	166	39,20	0,000
		> 35-59 ans	44	35,50	114	38,10	158	37,40	
		60 et +	14	11,30	85	28,40	99	23,40	
	Femme	≤ 35 ans	79	41,80	103	36,70	182	38,70	0,051
		> 35 – 59ans	76	40,20	100	35,60	176	37,40	
		60et +	34	18,00	78	27,80	112	23,80	
Emploi	Oui		133	43,90	279	50,10	412	47,90	0,082
	Non		170	56,10	278	49,90	448	52,10	
Niveau d'étude	Pas de scolarité		9	3,10	12	2,20	21	2,50	0,02
	Cycle primaire non terminé		10	3,40	27	5,00	37	4,40	
	Cycle primaire terminé		52	17,70	118	21,90	170	20,40	
	Cycle secondaire non terminé		98	33,40	118	21,90	216	26,00	
	Cycle secondaire terminé		58	19,80	127	23,60	185	22,20	
	Niveau universitaire		64	21,80	134	24,90	198	23,80	
Situation maritale	Célibataire		105	34,00	132	23,20	237	27,00	0,000
	Marié		138	44,70	334	58,70	472	53,80	
	Séparé		49	15,90	51	9,00	100	11,40	
	Veuf/Veuve		17	5,50	52	9,10	69	7,90	
Niveau de revenu familial (sites français)	- 5500 Frs		68	21,70	106	18,30	174	19,50	0,161
	+ 5500 Frs		224	71,60	447	77,10	671	75,10	
	Sans information		21	6,70	27	4,70	48	5,40	

## G. PYRENEES ORIENTALES

- Avec 23,8% des enquêtés présentant ou ayant présenté des troubles psychiques, les **Pyénées orientales** se placent au dernier rang de prévalence des troubles mentaux par rapport aux autres sites français.
- Au moment de l'enquête 211 personnes interrogées sur 885 présentaient au moins un trouble mental. Ces 211 personnes se répartissent en 88 hommes (41,7%) et 123 femmes (58,3%). Sur l'ensemble de l'échantillon on constate donc que les troubles mentaux sont présents parmi 10% des hommes et 13,9% des femmes. Ce qui correspond à un **sex ratio de 1,4 femmes pour un homme**.
- On constate peu de différences significatives par rapport aux critères socio-démographiques suivants (Tableau 43)  
**La situation maritale** : les personnes séparées ou divorcées semblent être plus touchées par les problèmes psychiques ( $p = 0,001$ ).  
**Le niveau de revenu familial** : les personnes ayant un revenu familial inférieur à 5500,00 frs par mois présentent plus de troubles mentaux que les autres ( $p = 0,006$ )

### Troubles dépressifs

- Dans les Pyrénées Orientales, **7,5% des personnes interrogées présentent un épisode dépressif actuel, soit deux fois moins qu'à Marseille, en Guadeloupe ou dans la Vallée de la Lys**. Parmi ces troubles dépressifs, 40% sont de nature récurrente. On note par ailleurs un très faible taux de diagnostic positif de dysthymie (0,8%), taux le plus faible de tous les sites d'enquête.
- Les 66 personnes présentant un épisode dépressif, se répartissent en 17 hommes (25,75%) et 49 femmes (74,25%). Ceci correspond à un **sex-ratio d'environ 1,7 femmes pour un homme**. On constate donc que "seulement" 1,9% des hommes et 5,5% des femmes ont un épisode dépressif actuel.
- L'âge ne semble pas avoir d'influence sur la prévalence, toutes les classes sont à peu près également représentées. Les personnes séparées sont trois fois plus souvent déprimées que les mariées (18,1% vs 5,8%) et deux fois plus que les veuves (9,2%).
- Un peu plus d'un tiers (36%) des personnes dépressives ont aussi un trouble lié à l'anxiété.

### Troubles anxieux

- Sur l'ensemble des 885 personnes interrogées, **16,5% présentent des troubles anxieux**.
- Concernant le trouble anxieux le plus fréquent, l'anxiété généralisée (7,2% soit le taux le plus faible des sites français) le sex-ratio montre qu'il existe aussi une prédominance du sexe féminin, avec environ **1,6 femmes pour un homme**. Les personnes les moins touchées sont les célibataires, mais les effectifs sont très faibles.
- Ces résultats de prévalence relativement faibles sont à mettre en rapport avec la première partie du questionnaire, où les enquêtés des Pyrénées Orientales ne se différencient pas de ceux des autres sites, puisque 32% de l'échantillon déclarent avoir déjà pris des " médicaments pour les nerfs " (pour des " causes psychologiques " dans 90% des cas), essentiellement des anxiolytiques (51% des cas) ou des hypnotiques (22% des cas).
- **Il apparaît donc pour ce site un décalage entre l'estimation de prévalence et la déclaration de consommation de médicaments psychotropes.**

**TABLEAU 43 : PRESENCE d'AU MOINS UN TROUBLE AU MINI - PYRENEES ORIENTALES**

Critères socio-démographique			Présence d'au moins un trouble						X <sup>2</sup>
			OUI		NON		TOTAL		
			Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Sexe	Homme		88	41,70	323	47,90	411	46,40	0,114
	Femme		123	58,30	351	52,10	474	53,60	
Age	Homme	≤ 35 ans	32	36,40	92	28,50	124	30,20	0,227
		> 35-59 ans	33	37,50	119	36,80	152	37,00	
		60 et +	23	26,10	112	34,70	135	32,80	
	Femme	≤ 35 ans	31	25,20	96	27,40	127	26,80	0,392
		> 35 – 59ans	49	39,80	116	33,00	165	34,80	
		60et +	43	35,00	139	39,60	182	38,40	
Emploi	Oui		102	48,30	319	47,40	421	47,60	0,811
	Non		109	51,70	354	52,60	463	52,40	
Niveau d'étude	Pas de scolarité		7	3,50	12	1,90	19	2,30	0,552
	Cycle primaire non terminé		9	4,50	27	4,30	36	4,40	
	Cycle primaire terminé		34	16,80	134	21,50	168	20,30	
	Cycle secondaire non terminé		56	27,70	155	24,80	211	25,50	
	Cycle secondaire terminé		41	20,30	113	18,10	154	18,60	
	Niveau universitaire		50	24,80	172	27,60	222	26,90	
Situation maritale	Célibataire		45	21,70	111	16,80	156	18,00	0,001
	Marié		105	50,70	416	62,80	521	60,00	
	Séparé		29	14,00	43	6,50	72	8,30	
	Veuf/Veuve		28	13,50	92	13,90	120	13,80	
Niveau de revenu familial (sites français)	- 5500 Frs		51	24,20	107	15,90	158	17,90	0,006
	+ 5500 Frs		157	74,40	504	83,70	721	81,50	
	Sans infomation		3	1,40	3	0,40	6	0,70	

## H. NANTES

- Pour des raisons essentiellement logistiques, le site de **Nantes** n'a pas pu récolter 900 questionnaires. Les quotas ont donc été calculés pour 450 personnes, 413 questionnaires ont été recueillis. Cela a une influence sur le degré de détail de l'analyse, pas sur sa validité.
- Au moment de l'enquête, 28% des personnes interrogées présentaient un trouble psychique, soit 116 personnes sur les 413 enquêtées. Ces 116 personnes se répartissent en 57 hommes (49%) et (51%) 59 femmes. Sur l'ensemble de l'échantillon on constate donc que les troubles mentaux sont présents parmi 13,8% des hommes et 14,3% des femmes. Ce qui correspond à un **sex ratio de 1 femme pour un homme. Ce qui diffère des résultats présentés par les autres sites métropolitains, où la prévalence des troubles est plus élevée chez les femmes.**
- On constate aussi des différences significatives par rapport aux critères socio-démographiques suivants (Tableau 44)  
**La situation maritale** : les personnes séparées ou divorcées semblent être plus touchées ( $p = 0,011$ ).  
**Le niveau de revenu familial** : les personnes ayant un revenu familial inférieur à 5500,00 frs par mois présentent plus de troubles mentaux que les autres ( $p = 0,0001$ )

### Troubles dépressifs

- Au moment de l'enquête, 33 personnes (8%) rapportaient des signes amenant au diagnostic d'épisode dépressif actuel, ce qui situe le site nantais en avant-dernière position, avant celui des **Pyrénées Orientales**. Parmi ces troubles dépressifs, un sur deux est de nature récurrente. On note par ailleurs 7 personnes ayant un diagnostic positif de dysthymie. C'est donc au total **9,7% des Nantais interrogés qui présentaient trouble dépressif au moment de l'enquête.**
- Les 33 personnes présentant des troubles dépressifs se répartissent en 16 hommes et 17 femmes. Le faible effectif ne nous autorise pas à calculer un sex ratio fiable. Tout au plus peut-on remarquer que les troubles dépressifs semblent plus concerner les personnes de plus de 50 ans que les plus jeunes, les veuves (14,3%) et les séparées (13,8%) plus que les mariées (5,8%). Il faut prendre ces résultats avec beaucoup de précaution.
- **La comorbidité avec les troubles anxieux est importante** : un nantais dépressif sur deux a aussi des troubles anxieux (51%)

### Troubles anxieux

- Sur l'ensemble des 413 questionnaires, environ **23% rapportent des troubles anxieux**. L'anxiété généralisée concerne 8,2 % des personnes ce qui place **Nantes** en avant-dernière position par rapport à l'ensemble des sites français, avant les **Pyrénées orientales**. Par contre, les phobies sociales (5,6%) et le trouble panique (5,1%) sont plus fréquents ; ils arrivent en deuxième position des sites français, après **Lille-Hellemmes**.
- L'anxiété généralisée touche 44 personnes avec un sex ratio de 1,6 femmes pour 1 homme. Les faibles effectifs nous empêchent de conclure par rapport au rôle de l'âge. Par contre, comme dans les autres sites, les individus séparés sont plus touchés que les autres. Les personnes sans emploi semblent l'être moins.
- Ces résultats sont à mettre en relation avec la première partie du questionnaire où, comme à peu près tous les sites français, 34% de l'échantillon nantais déclarent avoir pris des " médicaments pour les nerfs " (pour des " causes psychologiques " dans 80% des cas), essentiellement des anxiolytiques (44% des cas). Comme dans les **Pyrénées orientales**, il existe un léger décalage entre l'estimation de prévalence et la consommation déclarée de médicaments pour les nerfs.

**TABLEAU 44 : PRESENCE D'AU MOINS UN TROUBLE AU MINI - NANTES**

Critères socio-démographique			Présence d'au moins un trouble						X <sup>2</sup>
			OUI		NON		TOTAL		
			Nb	%	Nb	%	Nb	%	
<b>Sexe</b>	Homme		57	49,10	149	50,20	206	49,90	0,851
	Femme		59	50,90	148	49,80	207	50,10	
<b>Age</b>	Homme	≤ 35 ans	38	66,70	65	43,60	103	50,00	0,002
		> 35-59 ans	16	28,10	46	30,90	62	30,10	
		60 et +	3	5,30	38	25,50	41	19,90	
	Femme	≤ 35 ans	22	37,30	62	41,90	84	40,60	0,145
		> 35 – 59ans	18	30,50	57	38,50	75	36,20	
		60et +	19	32,20	29	19,60	48	23,20	
<b>Emploi</b>	Oui		65	56,00	178	59,90	243	58,80	0,469
	Non		51	44,00	119	40,10	170	41,20	
<b>Niveau d'étude</b>	Pas de scolarité		1	0,90	2	0,70	3	0,70	0,557
	Cycle primaire non terminé		/	/	1	0,30	1	0,20	
	Cycle primaire terminé		25	21,60	42	14,10	67	16,20	
	Cycle secondaire non terminé		21	18,10	47	15,80	68	16,50	
	Cycle secondaire terminé		33	28,40	91	30,60	124	30,00	
	Niveau universitaire		34	29,30	108	36,40	142	34,40	
<b>Situation maritale</b>	Célibataire		49	42,20	98	33,10	147	35,70	0,011
	Marié		44	37,90	164	55,40	208	50,50	
	Séparé		12	10,30	17	5,70	29	7,00	
	Veuf/Veuve		11	9,50	17	5,70	28	6,80	
<b>Niveau de revenu familial (sites français)</b>	- 5500 Frs		41	35,30	45	15,20	86	20,80	0,000
	+ 5500 Frs		70	60,30	222	74,70	292	70,70	
	Sans infomations		5	4,30	30	10,10	35	8,50	

## I. SUD DES HAUTS DE SEINE

- Soulignons tout d'abord qu'environ 30% des personnes interrogées présentent un trouble psychiatrique au moment de l'enquête, ce qui reste homogène par rapport au reste de la population métropolitaine et place ce site au même niveau que **Lille-Hellemmes**, **Nantes**, la **Réunion** ou **Mahajanga**.
- Sur 900 personnes interrogées ce sont donc 270 qui présentaient au moins un trouble mental. Ces 270 personnes se répartissent en 128 hommes (47%) et 142 femmes (53%). Sur l'ensemble de l'échantillon on constate donc que les troubles mentaux sont présents chez 14,2% des hommes et 15,8% des femmes. Ce qui est à peu près équivalent, contrairement à d'autres sites où les troubles sont plus beaucoup plus fréquents chez les femmes.
- On constate quelques différences significatives par rapport aux critères socio-démographiques suivants (Tableau 45)  
**L'âge** semble avoir une influence. La prévalence est légèrement plus importante parmi les hommes et les femmes de 18 à 35 ans ( $p = 0,002$  et  $0,005$ ) que chez les plus âgés.  
**La situation maritale** : les personnes séparées ou divorcées semblent être plus touchées ( $p = 0,0001$ ).  
**Le niveau de revenu familial** : la prévalence globale est plus élevée chez les personnes ayant un revenu familial inférieur à 5.500 FF ( $p = 0,02$ ).

### Troubles dépressifs

- La présence d'un épisode dépressif actuel est repérée par le MINI chez **11,2%** des personnes interrogées, dont plus de un sur deux est récurrent (6% de l'échantillon total). Si l'on rajoute les dysthymies (2%) c'est au total **13,2% des personnes qui présentent un trouble dépressif** au moment de l'enquête. Le sex-ratio est de **1,5** femmes pour un homme.
- **La comorbidité avec les troubles anxieux est importante** : un enquêté dépressif sur deux a aussi des troubles anxieux (50%)

### Troubles anxieux

- Ce sont les problèmes d'anxiété qui sont les plus fréquents : 22,4% au total parfois associés entre eux. La répartition se fait comme suit : **12% d'anxiété généralisée**, 3,9% de phobies sociales, 3,1% de trouble panique, 1,3% d'agoraphobie, 1,1% de stress post-traumatique et 1% de troubles obsessionnels compulsifs. Le sex ratio pour l'anxiété généralisée est de **1,2 femmes pour un homme**.
- Ces résultats de prévalence sont à mettre en rapport avec la première partie du questionnaire, où environ 35% de l'échantillon déclarent avoir déjà pris des " médicaments pour les nerfs " (pour des " causes psychologiques " dans 87% des cas), essentiellement des anxiolytiques (45% des cas).

**TABLEAU 45: PRESENCE D'AU MOINS UN TROUBLE AU MINI - SUD DES HAUTS DE SEINE**

Critère socio-démographique		Présence d'au moins un trouble						X <sup>2</sup>	
		OUI		NON		TOTAL			
		Nb	%	Nb	%	Nb	%		
<b>Sexe</b>	Homme	128	47,40	290	46,00	418	46,40	0,705	
	Femme	142	52,60	340	54,00	482	53,60		
<b>Age</b>	Homme	≤ 35 ans	64	50,00	117	40,30	181	43,30	0,002
		> 35-59 ans	53	41,40	105	36,20	158	37,80	
		60 et +	11	8,60	68	23,40	79	18,90	
	Femme	≤ 35 ans	48	33,80	83	24,40	131	27,20	0,005
		> 35 – 59ans	68	47,90	148	43,50	216	44,80	
		60et +	26	18,30	109	32,10	135	28,00	
<b>Emploi</b>	Oui	207	76,70	431	68,50	638	71,00	0,014	
	Non	63	23,30	198	31,50	261	29,00		
<b>Niveau d'étude</b>	Pas de scolarité	1	0,40	2	0,30	3	0,30	0,002	
	Cycle primaire non terminé	8	3,10	8	1,30	16	1,80		
	Cycle primaire terminé	36	14,00	95	15,50	131	15,00		
	Cycle secondaire non terminé	63	24,50	97	15,80	160	18,40		
	Cycle secondaire terminé	65	25,30	133	21,70	198	22,70		
	Niveau universitaire	84	32,70	279	45,40	363	41,70		
<b>Situation maritale</b>	Célibataire	80	30,00	152	24,40	232	26,10	0,000	
	Marié	129	48,30	369	59,30	498	56,00		
	Séparé	43	16,10	49	7,90	92	10,30		
	Veuf/Veuve	15	5,60	52	8,40	67	7,50		
<b>Niveau de revenu familial (sites français)</b>	- 5500 Frs	38	14,10	46	7,30	84	9,30	0,003	
	+ 5500 Frs	231	85,00	575	91,30	806	89,60		
	Sans Information	1	0,40	9	1,40	10	1,10		

## J. VALLEE DE LA LYS (avec l'aide de G. Mondière)

- L'état de santé mentale du Nord /Pas de Calais présente des spécificités notamment en terme de dépression, de tentatives de suicide et de problèmes liés à la consommation d'alcool. Ceux-ci sont connus. Par ailleurs, la surmortalité suicidaire apparaît récemment plus importante en milieu rural (cf. : La Santé d'une Région, ORS, 1995).
- Soulignons tout d'abord que 33% des personnes interrogées présentent un trouble psychiatrique au moment de l'enquête, ce qui reste homogène par rapport au reste de la population métropolitaine.
- Au moment de l'enquête, ce sont donc 298 personnes sur les 902 interrogées qui présentaient au moins un trouble mental. Ces 298 personnes se répartissent en 131 hommes (44%) et 167 femmes (56%). Sur l'ensemble de l'échantillon on constate donc que les troubles mentaux sont présents chez 14,5% des hommes et 18,5% des femmes. Ce qui correspond à un **sex ratio de 1,3 femmes pour un homme**.
- On constate aussi des différences significatives par rapport aux critères socio-démographiques suivants (TABLEAU 46) :  
**L'âge** semble avoir une influence chez les hommes. La prévalence est légèrement plus importante parmi les hommes de 35 à 59 ans ( $p= 0,02$ ).  
**Le niveau de revenu familial** : la prévalence globale est plus élevée chez les personnes ayant un revenu familial inférieur à 5.500 FF ( $p= 0,02$ ).

### Troubles dépressifs

- Près de **13,6%** des personnes interrogées présentent un épisode dépressif, dont plus de 60% sont récurrents (8,1% de l'échantillon total). Le sex-ratio est de **1,4** femmes pour un homme. Les épisodes dépressifs sont corrélés à l'âge : plus on est jeune plus ils sont fréquents. Les célibataires et les séparés sont les plus touchés (21,2% et 18,2%). La situation vis-à-vis de l'emploi ne semble pas avoir d'influence. Dans la Vallée de la Lys, les personnes dépressives sont surtout des femmes jeunes et célibataires, avec ou sans emploi.
- On note par ailleurs l'existence d'environ **1,9%** de diagnostic positif de dysthymie. Au total donc, **15,5% des personnes interrogées présentaient un syndrome dépressif au moment de l'enquête**. Les résultats de la **Vallée de la Lys** s'avèrent particulièrement plus importants que les autres sites métropolitains. La dépression n'est pas ponctuelle mais elle est récurrente et majeure. Il sera intéressant d'effectuer des croisements avec des questions concernant le sentiment d'être malade, l'accès aux soins, la consultation d'un médecin généraliste. Ainsi, en terme d'objectifs de travail, les professionnels de la santé de la **Vallée de la Lys** peuvent, dès aujourd'hui, réfléchir à cette singularité épidémiologique. Ces troubles de l'humeur ne sont pas corroborés par une surconsommation d'alcool ou de toxiques, où, là encore, les résultats restent homogènes par rapport à la métropole.
- **La comorbidité avec les troubles anxieux est très importante** : près de 60% des personnes dépressives ont également des troubles anxieux.

### Troubles anxieux

- Ce sont les problèmes d'anxiété qui sont les plus fréquents : 27,6% au total parfois associés entre eux. La répartition se fait comme suit : **13,7% d'anxiété généralisée**, 4,7% de phobies sociales, 4,4% de trouble panique, 3,1% d'agoraphobie, 0,11% de stress post-traumatique et 1,1% de troubles obsessionnels compulsifs. Le sex ratio pour l'anxiété généralisée est de **1,5 femmes pour un homme**. Ces chiffres sont très proches de ceux présentés

par le site géographiquement voisin de Tourcoing. Toutes les classes d'âges sont concernées. Les personnes séparées restent les plus touchées (23,6%) par rapport aux veufs (14,4%), aux mariés (13,5%) ou aux célibataires (11,6%).

- Ces résultats de prévalence sont à mettre en rapport avec la première partie du questionnaire, où 36% de l'échantillon déclarent avoir déjà pris des " médicaments pour les nerfs " (pour des "causes psychologiques" dans 87% des cas), essentiellement des anxiolytiques (47% des cas).

**TABLEAU 46 : PRESENCE D'AU MOINS UN TROUBLE AU MINI - VALLEE DE LA LYS**

Critère socio-démographique		Présence d'au moins un trouble						X <sup>2</sup>	
		OUI		NON		TOTAL			
		Nb	%	Nb	%	Nb	%		
Sexe	Homme	131	44,00	301	49,80	432	47,90	0,097	
	Femme	167	56,00	303	50,20	470	52,10		
Age	Homme	≤ 35 ans	52	39,70	105	34,90	157	36,30	0,026
		> 35-59 ans	65	49,60	131	43,50	196	45,40	
		60 et +	14	10,70	65	21,60	79	18,30	
	Femme	≤ 35 ans	59	35,30	93	30,70	152	32,30	0,589
		> 35 – 59ans	65	38,90	126	41,60	191	40,60	
		60et +	43	25,70	84	27,70	127	27,00	
Emploi	Oui	183	61,40	378	62,70	567	62,30	0,71	
	Non	115	38,60	225	37,30	340	37,70		
Niveau d'étude	Pas de scolarité	3	1,00	7	1,20	10	1,10	0,106	
	Cycle primaire non terminé	13	4,40	30	5,10	43	4,80		
	Cycle primaire terminé	79	26,50	131	22,10	210	23,60		
	Cycle secondaire non terminé	77	25,80	163	27,50	240	26,90		
	Cycle secondaire terminé	75	25,20	120	20,20	195	21,90		
	Niveau universitaire	46	15,40	136	22,90	182	20,40		
Situation maritale	Célibataire	72	24,20	126	20,90	198	22,00	0,014	
	Marié	171	57,40	386	64,10	557	61,90		
	Séparé	28	9,40	27	4,50	55	6,10		
	Veuf/Veuve	27	9,10	63	10,50	90	10,00		
Niveau de revenu familial (sites français)	- 5500 Frs	65	21,80	89	14,70	154	17,10	0,029	
	+ 5500 Frs	218	73,20	484	80,10	702	77,80		
	Sans Information	15	5,00	31	5,10	46	5,10		

## K. LILLE HELLEMES

- Soulignons tout d'abord qu'environ 30% des personnes interrogées présentent un trouble psychiatrique au moment de l'enquête, ce qui reste homogène par rapport au reste de la population métropolitaine et place ce site en troisième position par rapport aux deux autres sites de la région Nord (**Tourcoing** : 36% **Vallée de la Lys** : 33%).
- L'échantillon du site de **Lille-Hellemmes** ne compte que 608 questionnaires, suite à la défection, en cours d'enquête, d'une équipe d'enquêteurs du CHRU de Lille. Au moment de l'enquête, ce sont donc 182 personnes sur les 608 interrogées qui présentaient au moins un trouble mental. Ces 182 personnes se répartissent en 69 hommes (38%) et 113 femmes (62%). Sur l'ensemble de l'échantillon on constate donc que les troubles mentaux sont présents chez 11% des hommes et 19% des femmes. Ce qui correspond à un **sex ratio de 2 femmes pour un homme**.
- On constate aussi des différences significatives par rapport aux critères socio-démographiques suivants (TABLEAU 47) :  
**L'âge** semble avoir une influence. La prévalence est légèrement plus importante parmi les hommes et les femmes de 18 à 35 ans ( $p= 0,04$  et  $0,005$ ) que chez les plus âgés.

### Troubles dépressifs

- Près de **10,5%** des personnes interrogées présentent un épisode dépressif, dont plus de un sur deux est récurrent (5,6% de l'échantillon total). Le sex-ratio est de **2,2** femmes pour un homme. Les épisodes dépressifs concernent toutes les classes d'âges, mais sont un peu moins fréquents chez les personnes de plus de 60 ans. Les séparés sont plus touchés que les mariés et les célibataires (21,4% vs 10,3% et 10,4%). La situation vis-à-vis de l'emploi ne semble pas avoir d'influence. Sur le site de **Lille-Hellemmes**, les personnes dépressives sont surtout des femmes séparées, avec ou sans emploi.
- On note par ailleurs l'existence d'environ **1,8%** de diagnostic positif de dysthymie. Au total donc, **12,3% des personnes interrogées présentaient un syndrome dépressif au moment de l'enquête**.
- **La comorbidité avec les troubles anxieux est très importante** : 61% des personnes dépressives ont également des troubles anxieux.

### Troubles anxieux

- Ce sont les problèmes d'anxiété qui sont les plus fréquents : 28,6% au total parfois associés entre eux. La répartition se fait comme suit : **11,7% d'anxiété généralisée**, 6,4% de phobies sociales, 5,4% de trouble panique, 2% d'agoraphobie, 0,16% de stress post-traumatique et 1,7% de troubles obsessionnels compulsifs. Le sex ratio pour l'anxiété généralisée est de **1,5 femmes pour un homme**. Les personnes séparées restent les plus touchées (16,7%) par rapport aux célibataires (9,9%), aux veufs (9,4%) ou aux mariés (12,5%).
- Ces résultats de prévalence sont à mettre en rapport avec la première partie du questionnaire, où 37% de l'échantillon déclarent avoir déjà pris des "médicaments pour les nerfs" (pour des "causes psychologiques" dans 88% des cas, essentiellement des anxiolytiques (43% des cas).

**TABLEAU 47 : PRESENCE D'AU MOINS UN TROUBLE AU MINI - LILLE - HELLEMMES**

Critères socio-démographiques		Présence d'au moins un trouble						X <sup>2</sup>	
		OUI		NON		TOTAL			
		Nb	%	Nb	%	Nb	%		
Sexe	Homme	69	37,90	213	50,00	282	46,40	0,006	
	Femme	113	62,10	213	50,00	326	53,60		
Age	Homme	≤ 35 ans	33	47,80	80	37,60	113	40,10	0,04
		> 35-59 ans	30	43,50	86	40,40	116	41,10	
		60 et +	6	8,70	47	22,10	53	18,80	
	Femme	≤ 35 ans	53	46,90	81	38,00	134	41,10	0,005
		> 35 – 59ans	50	44,20	82	38,50	132	40,50	
		60et +	10	8,80	50	23,50	60	18,40	
Emploi	Oui	108	59,30	242	56,90	350	57,70	0,584	
	Non	74	40,70	183	43,10	257	42,30		
Niveau d'étude	Pas de scolarité	/	/	5	1,20	5	0,80	0,57	
	Cycle primaire non terminé	4	2,20	8	1,90	12	2,00		
	Cycle primaire terminé	22	12,20	62	14,90	84	14,10		
	Cycle secondaire non terminé	34	18,90	61	14,70	95	15,90		
	Cycle secondaire terminé	50	27,80	107	25,70	157	26,30		
	Niveau universitaire	63	35,00	158	38,00	221	37,10		
Situation maritale	Célibataire	64	35,20	128	30,00	192	31,60	0,175	
	Marié	93	51,10	228	53,50	321	52,80		
	Séparé	15	8,20	27	6,30	42	6,90		
	Veuf/Veuve	10	5,50	43	10,10	53	8,70		
Niveau de revenu familial (sites français)	- 5500 Frs	33	18,10	68	16,00	101	16,60	0,751	
	+ 5500 Frs	143	78,60	346	81,20	489	80,40		
	Sans Information	6	3,30	12	2,80	18	3,00		

## L. TOURCOING (avec l'aide du Dr Thévenon)

- Soulignons tout d'abord que 36% des personnes interrogées à **Tourcoing** présentent un trouble psychiatrique au moment de l'enquête. Ce pourcentage place ce site au deuxième rang, après **Antananarivo** et avant **Marseille**.
- Au moment de l'enquête, ce sont donc 324 personnes sur les 901 interrogées qui présentaient au moins un trouble mental. Ces 324 personnes se répartissent en 138 hommes (42,6%) et 186 femmes (57,4%). Sur l'ensemble de l'échantillon on constate donc que les troubles mentaux sont présents chez 15,3% des hommes et 20,6% des femmes. Ce qui correspond à un **sex ratio de 1,35 femmes pour un homme**.
- On constate aussi des différences significatives par rapport aux critères socio-démographiques suivants (**tableau 48**) :  
**L'âge** semble avoir une influence chez les hommes. La prévalence est plus importante parmi les hommes entre 18 et 35 ans ( $p= 0,005$ ).  
**Le niveau de revenu familial** : la prévalence globale est plus élevée chez les personnes ayant un revenu familial inférieur à 5.500 FF. ( $p= 0,001$ ).

### Troubles dépressifs

- Près de **12,1%** des personnes interrogées rapportent des signes amenant au diagnostic d'épisode dépressif. Le sex-ratio est de **1,22** femmes pour un homme. Parmi les troubles dépressifs, près de un sur deux est de nature récurrente (5,5% de l'échantillon total).
- Contrairement à d'autres sites français, ce sont ici les personnes de plus de 60 ans qui paraissent les plus touchées (17% vs 12,1% pour l'ensemble). Les séparés et les veufs (20% et 18,8%) sont plus touchés que les mariés et les célibataires (9,9% et 12%). A Tourcoing les dépressifs sont davantage des femmes âgées séparées ou veuves.
- On note par ailleurs l'existence d'environ **2,3%** de diagnostic positif de dysthymie. Au total donc, **14,4%** des tourquois interrogés présentaient un syndrome dépressif au moment de l'enquête.
- **La comorbidité avec les troubles anxieux est importante** : un tourquois dépressif sur deux a aussi des troubles anxieux (49%)

### Troubles anxieux

- Ce sont les problèmes d'anxiété qui sont les plus fréquents à **Tourcoing** : 26,1% au total parfois associés entre eux. La répartition se fait comme suit : **13,9% d'anxiété généralisée**, 4,6% de phobie sociale, 4,3% de trouble panique, 2,1% d'agoraphobie, 0,9% de stress post-traumatique et 0,8% de troubles obsessionnels compulsifs. Le sex ratio pour l'anxiété généralisée est de 1,9 femmes pour un homme. Toutes les classes d'âge sont touchées, quelle que soit la situation vis à vis de l'emploi. On note aussi que le caractère protecteur du mariage s'atténue ; les veufs, les séparés et les célibataires sont légèrement plus exposés que les mariés mais de façon moins nette que pour les troubles dépressifs (respectivement 17,5%, 15,4%, 14,9% vs 12,4%).
- **Notons que pour 6% de l'échantillon (54 sur 901) ces troubles anxieux sont associés à un trouble dépressif.**

### Troubles liés à des conduites addictives (alcool et drogues)

- Le taux constaté pour les troubles liés à l'utilisation d'alcool dans l'échantillon est de **4%**.
- L'importance de la dépression et des manifestations anxieuses dans la population tourquoise est remarquable. Elle pose la question de l'adéquation du dispositif de soin lourd (majoritaire actuellement), destiné usuellement à une clientèle psychotique de faible effectif, à l'accueil et au traitement de pathologies mentales réputées plus légères, mais concernant plus d'un tiers de la population. Le faible recours à des demandes de soin est-il imputable à la bonne tolérance du trouble, au faible niveau d'éducation à la santé d'une population d'un faible niveau social, à la résistance à la stigmatisation psychiatrique ? Ou bien à l'inadéquation du dispositif (localisation, organisation, délai d'attente, information et communication...)?

**TABLEAU 48 : PRESENCE D'AU MOINS UN TROUBLE AU MINI - TOURCOING**

Critère socio-démographique			Présence d'au moins un trouble						X <sup>2</sup>
			OUI		NON		TOTAL		
			Nb	%	Nb	%	Nb	%	
<b>Sexe</b>	Homme		138	42,60	282	48,90	420	46,60	0,07
	Femme		186	57,40	295	51,10	481	53,40	
<b>Age</b>	Homme	≤ 35 ans	76	55,10	108	38,30	184	43,80	<b>0,005</b>
		> 35-59 ans	43	31,20	126	44,70	169	40,20	
		60 et +	19	13,80	48	17,00	67	16,00	
	Femme	≤ 35 ans	84	45,20	122	41,40	206	42,80	0,581
		> 35 – 59ans	63	33,90	100	33,90	163	33,90	
		60et +	39	21,00	73	24,70	112	23,30	
<b>Emploi</b>	Oui		171	52,80	335	58,30	506	56,30	0,112
	Non		153	47,20	240	41,70	393	43,70	
<b>Niveau d'étude</b>	Pas de scolarité		2	0,70	8	1,40	10	1,20	0,335
	Cycle primaire non terminé		12	3,90	21	3,80	33	3,80	
	Cycle primaire terminé		56	18,40	96	17,30	152	17,70	
	Cycle secondaire non terminé		93	30,60	133	23,90	226	26,30	
	Cycle secondaire terminé		58	19,10	114	20,50	172	20,00	
	Niveau universitaire		80	26,30	177	31,80	257	29,90	
<b>Situation maritale</b>	Célibataire		129	39,80	180	31,40	309	34,40	0,036
	Marié		140	43,20	304	53,00	444	49,40	
	Séparé		25	7,70	40	7,00	65	7,20	
	Veuf/Veuve		30	9,30	50	8,70	80	8,90	
<b>Niveau de revenu familial (sites français)</b>	- 5500 Frs		89	27,50	106	18,40	195	21,60	<b>0,001</b>
	+ 5500 Frs		227	70,10	436	75,60	663	73,60	
	Sans Information		8	2,50	35	6,10	43	4,80	



#### 4. CONSEQUENCES DES TROUBLES

##### A. QUELQUES MISES EN GARDE ET PRECISIONS METHODOLOGIQUES

- Nous avons exploré les recours en termes d'aide et de soins, utilisés par les personnes identifiées par le MINI comme ayant un trouble. A chaque fois qu'un trouble était coté positif à l'une des sections du MINI, une **fiche complémentaire** était remplie. Si plusieurs sections du MINI étaient cotées positivement, l'enquêteur devait déterminer si les problèmes étaient présents pendant la même période ou non. En cas de présence simultanée des troubles, une seule fiche était complétée ; en cas de troubles présents à des périodes différentes, une fiche était remplie pour chaque période. Cette fiche complémentaire explore le sentiment d'être malade, la réaction de l'entourage, la gêne occasionnée dans la vie de tous les jours, les relations et le travail. Elle permet d'investiguer de manière systématique les éventuels recours thérapeutiques suivants :

*Etes-vous allé(e) voir quelqu'un pour ces problèmes, Si oui qui avez-vous été voir ?*

*Avez-vous pris des médicaments pour ces problèmes, Si oui Lesquels ?*

*Avez-vous utilisé des médecines douces pour ces problèmes (homéopathie, acuponcture, sophrologie, plantes...) ? Si oui lesquelles ?*

*Avez-vous été hospitalisé(e) pour ces problèmes ? Si oui, combien de fois ?*

*Avez-vous suivi un traitement traditionnel pour ces problèmes (marabout, sorcier, guérisseur) ? Si oui lesquels ?*

*Avez-vous été soigné(e) par des religieux (prêtre, m'piandry, centre religieux...) ? Si oui lesquels ?*

*Avez-vous suivi une psychothérapie pour ces problèmes ? Si oui, par qui (psychiatre, psychologue) ?*

*Est-ce que d'autres personnes vous ont aidé ou donné des conseils (ami, famille, conjoint, collègue) ? Si oui lesquels ?*

- Pour chacune de ces propositions, en cas de réponse positive, on demandait au sujet d'évaluer l'impact de cette aide/ce traitement, sur ces problèmes, par la phrase suivante : "Après cette aide [ce traitement / cette psychothérapie...], vos problèmes se sont-ils arrêtés, se sont-ils améliorés, sont-ils restés les mêmes ou se sont-ils aggravés ?". Enfin, en cas de réponse multiple à cette série de questions, une dernière question était posée : "A votre avis, quel traitement, quelle aide a été le plus efficace ?".
- Les résultats des fiches complémentaires ne sont pas facilement exploitables car les effectifs concernés sont souvent faibles et les données donc peu fiables. Ainsi, à la série de questions "Avez-vous utilisé des médecines douces pour ces problèmes ?", on constate que moins de 10% des personnes interrogées à Madagascar, et moins de 5% aux **Comores** et à **Maurice** disent y avoir eu recours. Les deuxième et troisième questions "Si, oui, lesquels ?" et "Après ce traitement, vos problèmes... ", ne peuvent être interprétées car les effectifs sont trop faibles et les comportements atypiques.
- **Les premiers résultats des fiches complémentaires seront étudiés dans les grandes lignes et lorsque le nombre de sites sera plus important, nous pourrons les étudier plus en détail.**
- Les personnes interrogées sur le site des **Comores** sont peu nombreuses à répondre aux questions de la fiche complémentaires. Nous éviterons donc de les étudier.

- De la même façon, on peut étudier les questions concernant le recours aux médecines traditionnelles et aux religieux mais on ne peut détailler les sous-questions.
- La dernière question concernant le traitement le plus efficace est aussi difficilement exploitable. D'abord, la question, n'est pas exclusive : plusieurs propositions sont acceptées. De plus, un nombre non négligeable de personnes signalent comme traitement le plus efficace un traitement qu'ils ne l'ont pas eu... Enfin, aux vues des résultats, les sites ne semblent pas avoir réagi de la même façon face à cette question. Ainsi, le site du **Sud des Hauts de Seine** a toujours une proportion de "oui" beaucoup plus élevée que dans les autres sites. Cette question ne sera donc malheureusement pas exploitée.
- Cette première série de données sera tout simplement interprétée question par question.
- Il apparaît des comportements différents entre les sites français et les autres. Les **DOM** ne font plus "l'intermédiaire" entre les autres sites et les sites de France métropole.

## B. GENE OCCASIONNEE PAR LES TROUBLES

- Ces problèmes semblent plus pénalisants dans le monde du travail à Madagascar **ou à Maurice** que sur les sites français. Ainsi, **plus de la moitié des personnes** interrogées sur ces sites déclarent avoir été gênées par ces problèmes et plus d'une personne sur cinq a cessé son activité. Rappelons que le système de protection sociale est peu développé dans ces sites.
- **Sur les sites français, environ 40% des personnes présentant au moins un trouble se sentent gênés et environ 15% ont cessé leur activité.**
- Les personnes sont mitigées quant à leur gêne dans la vie de tous les jours et dans leurs relations avec les autres. Globalement, la gêne dans la vie de tous les jours est légèrement plus courante que la gêne dans les relations avec les autres.
- L'analyse de la gêne occasionnée au niveau du travail et de la vie de tous les jours montre que **quel que soit le site, les troubles dépressifs entraînent le plus de gêne, puis viennent les troubles anxieux et les troubles liés à la consommation d'alcool.**

**Entre 55 et 68% des personnes présentant un trouble dépressif au moment de l'enquête se déclarent gênés par celui-ci. Cette gêne liée à la présence d'un trouble dépressif est indépendante de tous les critères socio-démographiques (sexe, âge, emploi et revenus), c'est-à-dire qu'elle affecte tout le monde dans les mêmes proportions.**

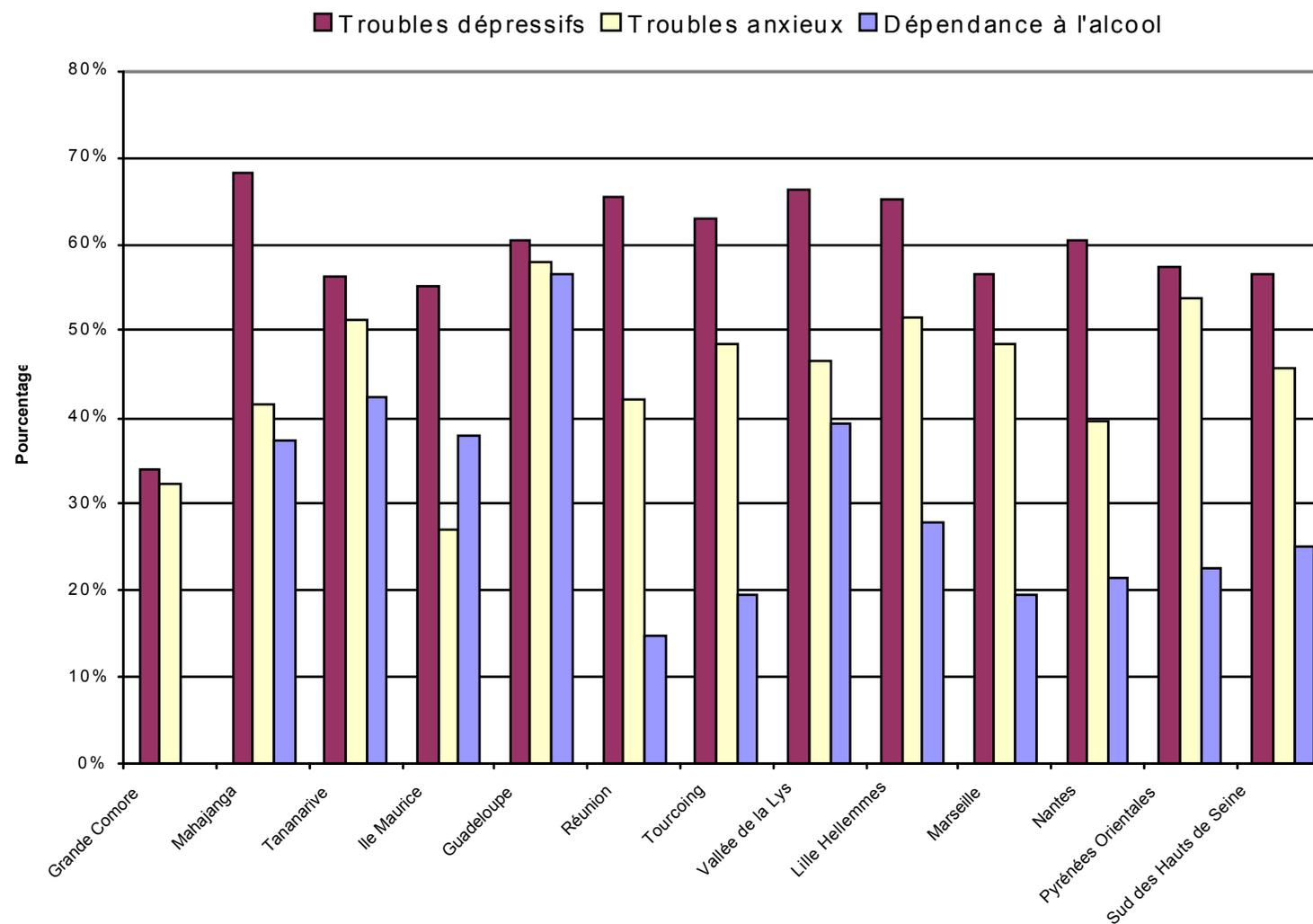
- La gêne perçue par rapport aux troubles varie peu en fonction de l'âge, du sexe, de l'emploi et du niveau de revenu familial : elle semble plus inhérente à la pathologie elle-même qu'à l'environnement social.

**TABLEAU 49 : POURCENTAGE DE GÊNE DANS LE TRAVAIL ET/OU LA VIE QUOTIDIENNE  
PAR TYPE DE TROUBLES**

SITES	Troubles dépressifs	Troubles anxieux	Dépendance à l'alcool	Dépendance à la drogue	Troubles psychotiques
Comores	34% (16)	32,3% (20)	--	--	25% (1)
Mahajanga	68,3% (97)	41,6% (52)	37,3% (28)	33,3% (1)	29,4% (5)
Tananarive	56,4% (115)	51,2% (131)	42,3% (33)	25% (2)	--
Maurice	55,1% (70)	26,9% (25)	37,8% (14)	50% (2)	13,3% (4)
Guadeloupe	60,3% (76)	57,9% (95)	56,5% (13)	16,7% (2)	37,5% (18)
Réunion	65,4% (83)	42,1% (75)	14,8% (4)	18,2% (2)	10% (2)
Tourcoing	62,9% (83)	48,4% (105)	19,4% (7)	27,3% (6)	26,3% (5)
Vallée de la Lys	66,4% (95)	46,5% (100)	39,4% (13)	22,2% (2)	80% (4)
Lille Hellemmes	65,3% (49)	51,4% (71)	28% (7)	37,5% (3)	50% (6)
Marseille	56,5% (83)	48,5% (95)	19,4% (7)	24% (6)	21,1% (4)
Nantes	60,5% (26)	39,5% (30)	21,4% (3)	11,8% (2)	40% (4)
Pyrénées Orientales	57,5% (42)	53,7% (73)	22,6% (7)	20% (2)	40% (4)
Sud des Hauts de Seine	56,5% (70)	45,6% (82)	25% (7)	26,3% (5)	33,3% (8)
<b>TOTAL</b>	<b>59,9% (905)</b>	<b>46,9% (954)</b>	<b>32,3% (143)</b>	<b>23,6% (35)</b>	<b>29,4% (65)</b>

- **Parmi les personnes qui ont un trouble anxieux, 46% ont une gêne associée.** Cela touche un peu plus les jeunes, ceux qui ont un emploi et donc ceux qui ont un revenu plus important que la moyenne.
- **Parmi les personnes qui ont un trouble lié à l'alcool, 21% ont une gêne associée.** Cela touche un peu plus les femmes, ceux qui ont un emploi et les 35-69 ans.
- Toutes ces tendances seront à vérifier après la deuxième phase d'enquête.

## GRAPHIQUE 56 : TROUBLES DEPRESSIFS, ANXIEUX ET DEPENDANCE A L'ALCOOL, ASSOCIES A UNE GENE DANS LA VIE DE TOUS LES JOURS, LE TRAVAIL OU LES RELATIONS A VEC LES AUTRES



### C. MODES D'AIDE ET DE SOINS

- **Une large majorité des personnes interrogées n'est pas allée voir quelqu'un pour ces problèmes.** Pour celles qui y ont eu recours, elles sont allées principalement voir des professionnels de santé générale et de psychiatrie.
- Les relations (ami, proche, etc.) sont fréquemment consultées à Madagascar et à **Maurice**, et les religieux représentent un recours non négligeable.
- Peu de personnes ont été hospitalisées pour ces problèmes.
- Peu de personnes déclarent avoir suivi un traitement traditionnel pour ces problèmes. Nous retrouvons ici le même phénomène de sous-déclaration que dans l'analyse des représentations
- Peu de personnes déclarent avoir été soigné par des religieux sur les sites français.
- **A Madagascar, ils sont un peu plus de 10% déclarant avoir eu recours aux soins des religieux et à Maurice 20%.**
- **Plus de 10%** des personnes présentant des troubles au MINI sur les sites français et mauricien, **déclarent avoir suivi une "psychothérapie"** pour ces problèmes, sauf dans les **Pyrénées-Orientales** et à la **Réunion**.
- **Plus de la moitié des personnes interrogées a été aidée ou conseillée par des proches.** Cette forme d'aide est la plus fréquente. C'est d'ailleurs principalement parmi les amis et la famille que les personnes ont trouvé de l'aide et du conseil. Après cette aide et ces conseils, les personnes ont majoritairement constaté une amélioration de leur état.

### D. LES MEDICAMENTS ET LES MEDECINES DOUCES

- **Environ 30% des personnes présentant au moins un trouble ont pris des médicaments pour ces problèmes.**
- Il est difficile d'étudier le type de médicament car certains sites ont très peu répondu à cette question. Ainsi, à **Marseille**, il n'y a eu que 27 réponses à cette question (réponse multiple comptant plusieurs fois), et pourtant 107 personnes ont déclaré avoir pris des "médicaments pour les nerfs". De la même façon, les sites de **Tourcoing** et de **Maurice** ont peu répondu à cette question. Cependant, au vu des résultats, on peut tout de même conclure que les anxiolytiques et les antidépresseurs sont les médicaments les plus consommés parmi les personnes interrogées.
- Après ce traitement, les personnes ont majoritairement constaté une amélioration, comme d'ailleurs avec tous les traitements utilisés.

- **Environ 20% des personnes interrogées sur les sites français disent avoir utilisé des médecines douces pour leur problème.**
- Le détail de ces médecines utilisées semble montrer que la **Guadeloupe** et la **Réunion** ont facilement recours aux plantes et les personnes interrogées dans les sites de France métropolitaine se tournent indifféremment vers l'homéopathie, l'acupuncture ou les plantes. Cependant, les trop faibles effectifs de chaque site ne nous permettent pas de conclure. Il faudra attendre l'exploitation des autres sites pour confirmer ou non cette tendance.

## XVI. SANTE MENTALE : IMAGES ET REALITES

### 1. LE SENTIMENT D'ETRE MALADE : PERCEPTION DES TROUBLES ET PRESENCE DES TROUBLES

- A Madagascar et à Maurice, le sentiment d'être malade paraît plus répandu et majoritaire chez les personnes présentant des troubles identifiés par le MINI, que dans les autres sites.
- Pour tous les sites français, 30% des personnes présentant au moins un trouble identifié par le MINI, déclarent avoir le sentiment d'être malade.

- A peine la moitié des personnes **interrogées** en France, a parlé de ces problèmes avec ses proches. Pourtant, plus de la moitié des personnes répond avoir été aidée ou conseillée par un proche.
- D'autre part, la comparaison des représentations explorées par la première partie de l'enquête et les prévalences de troubles issues du MINI a tendance à mettre en évidence le " décalage " qu'il existe entre la perception des personnes interrogées et le dépistage basé sur les critères de la CIM-10.
- Ainsi, 9 114 personnes (83,7 % des personnes interrogées) disent n'avoir **JAMAIS** été soignées ni pour "FOLIE", ni pour "MALADIE MENTALE", ni pour "DEPRESSION".  
 ✓ Parmi elles, 2 328 personnes (25,5 % des personnes disant n'avoir jamais été soignées ni pour "folie", ni pour "maladie mentale", ni pour "dépression") présentent au moins un trouble au MINI :

Troubles anxieux	Troubles dépressifs	Dépendance à l'alcool	Troubles psychotiques	Dépendance à la drogue	Boulimie, Anorexie
1 420* (15,6 %)	976* (10,7 %)	329* (3,6 %)	133* (1,4 %)	110*(1,2 %)	30* (0,3 %)

✓ Parmi elles, 1 324 personnes (14,5 % des personnes disant n'avoir jamais été soignées ni pour "folie", ni pour "maladie mentale", ni pour "dépression") présentent au moins un trouble au MINI entraînant une gêne :

Troubles anxieux	Troubles dépressifs	Troubles psychotiques	Dépendance à la drogue	Boulimie, Anorexie	Dépendance à l'alcool
892* (9,8 %)	567* (6,2 %)	62* (0,68 %)	48*(0,52 %)	18* (0,19 %)	15* (0,16 %)

\*Nombre de personnes présentant ce trouble, parmi celles disant n'avoir jamais été soignées ni pour «folie», ni pour «maladie mentale», ni pour «dépression». Attention ! Plusieurs diagnostics sont possibles.

- Ces résultats sont à mettre en relation avec ceux d'autres études, qui ont montré qu'une des raisons principales de ne pas consulter en cas de trouble dépressif ou anxieux, par exemple, est la difficulté du sujet à reconnaître l'existence de symptômes psychologiques<sup>111</sup> et/ou la difficulté à admettre le caractère psychologique des problèmes.

## 2. PRESENCE DE TROUBLES AU MINI ET REPRESENTATION DES TROUBLES

- Dans la première partie de l'enquête, 12 questions types nous permettaient d'explorer les comportements et conduites les plus fréquemment évoquées dans les différents sites culturels, comme relevant d'un trouble de la sphère mentale. Parmi ceux-ci, certains renvoient directement à des troubles pouvant être mis en évidence par le MINI. Nous avons cherché à savoir si le fait de présenter le trouble influait sur la représentation.

- Nous avons exploré les corrélations suivantes, lesquelles sont par la suite présentées dans des tableaux :

Présence de troubles au MINI	Comportements
Troubles dépressifs	Quelqu'un qui tente de se suicider
	Quelqu'un qui est isolé, en retrait, qui cherche à être seul
Episode dépressif majeur	Quelqu'un qui tente de se suicider
Troubles anxieux	Quelqu'un qui tente de se suicider
	Quelqu'un d'anxieux
Anxiété généralisée	Quelqu'un d'anxieux
Dépendance à l'alcool	Quelqu'un qui boit régulièrement des boissons alcoolisées
Utilisation nocive d'alcool	
Dépendance à une (des) drogues	Quelqu'un qui prend régulièrement des drogues
Utilisation nocive de drogue(s)	
Prise de drogue dans l'année écoulée	
Syndrome psychotique	Quelqu'un qui délire, hallucine

• Cette analyse nous montre que la présence de troubles dans une série donnée a peu d'influence sur la représentation liée aux comportements. C'est-à-dire, que l'on présente un trouble (identifié par le MINI) ou pas, la représentation du comportement le plus descriptif du trouble reste la même dans sa qualification de "fou" / "malade mental" "dépressif" ou "aucun des trois".

• Une seule exception : les personnes identifiées comme dépendantes à une drogue ou ayant pris une drogue dans l'année écoulée, pensent nettement plus que les autres, que quelqu'un qui prend régulièrement de la drogue n'est ni "fou", ni "malade mental", ni "dépressif" ("aucun des trois" : 73% versus 47,7%).

**TABLEAU 50 : PRÉSENCE DE TROUBLES DÉPRESSIFS AU MINI VERSUS  
" SELON VOUS, QUELQU'UN QUI TENTE DE SE SUICIDER EST "FOU", "MALADE MENTAL", "DÉPRESSIF",  
"AUCUN DES TROIS" ?**

			Présence de troubles dépressifs au MINI		Total
			Oui	Non	
Selon vous, quelqu'un qui tente de se suicider est :	<b>"fou"</b>	Effectif	150	820	<b>970</b>
		% dans troubles dépressifs	10,0%	8,8%	<b>8,9%</b>
	<b>"malade mental"</b>	Effectif	204	1 378	<b>1 582</b>
		% dans troubles dépressifs	13,6%	14,7%	<b>14,6%</b>
	<b>"dépressif"</b>	Effectif	1 005	6 175	<b>7 180</b>
		% dans troubles dépressifs	66,8%	66,0%	<b>66,2%</b>
	<b>"Aucun des trois"</b>	Effectif	146	976	<b>1 122</b>
		% dans troubles dépressifs	9,7%	10,4%	<b>10,3%</b>
<b>TOTAL</b>		Effectif	<b>1 505</b>	<b>9 349</b>	<b>10 854</b>
		% dans troubles dépressifs	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

**TABLEAU 51 : PRÉSENCE D'UN SYNDROME PSYCHOTIQUE AU MINI VERSUS " SELON VOUS, QUELQU'UN QUI DÉLIRE, HALLUCINE, EST "FOU", "MALADE MENTAL", "DÉPRESSIF", "AUCUN DES TROIS" ? "**

			Présence d'un syndrome psychotique au MINI		Total
			Oui	Non	
Selon vous, quelqu'un qui délire, hallucine, est	"fou"	Effectif	63	2 928	<b>2 991</b>
		% dans syndrome psychotique	28,8%	27,6%	<b>27,6%</b>
	"malade mental"	Effectif	103	4 838	<b>4 941</b>
		% dans syndrome psychotique	47,0%	45,6%	<b>45,6%</b>
	"dépressif"	Effectif	21	1 307	<b>1 328</b>
		% dans syndrome psychotique	9,6%	12,3%	<b>12,3%</b>
	Aucun des trois	Effectif	32	1 548	<b>1 580</b>
		% dans syndrome psychotique	14,6%	14,6%	<b>14,6%</b>
TOTAL		Effectif	<b>219</b>	<b>10 621</b>	<b>10 840</b>
		% dans syndrome psychotique	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

$p=0,68$

**TABLEAU 52 : PRÉSENCE DE DÉPENDANCE À UNE (DES) DROGUE(S) AU MINI VERSUS " SELON VOUS, QUELQU'UN QUI PREND RÉGULIÈREMENT DES DROGUES, EST "FOU", "MALADE MENTAL", "DÉPRESSIF", "AUCUN DES TROIS" ? "**

			Dépendance à une (des) drogue(s) au MINI		Total
			Oui	Non	
<i>Selon vous, quelqu'un qui prend régulièrement des drogues est</i>	<b>"fou"</b>	Effectif	2	1 490	<b>1 492</b>
		% dans dépendance à une (des)drogue(s)	2,2%	13,8%	<b>13,7%</b>
	<b>"malade mental"</b>	Effectif	4	1 778	<b>1 782</b>
		% dans dépendance à une (des)drogue(s)	4,3%	16,5%	<b>16,4%</b>
	<b>"dépressif"</b>	Effectif	19	2 370	<b>2 389</b>
		% dans dépendance à une (des)drogue(s)	20,4%	22,0%	<b>22,0%</b>
	<b>Aucun des trois</b>	Effectif	68	5 133	<b>5 201</b>
		% dans dépendance à une (des)drogue(s)	73,1%	47,7%	<b>47,9%</b>
<b>TOTAL</b>		Effectif	<b>93</b>	<b>10 771</b>	<b>10 864</b>
		% dans dépendance à une (des)drogue(s)	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

- On peut poursuivre cette analyse du lien entre présence de troubles et représentations, en explorant d'autres composantes de la représentation comme : la guérison, les soins, la conscience des troubles et la souffrance et en y associant certaines attitudes déclarées (consommation de médicaments, "psychothérapie"). Dans un souci de fiabilité, nous avons concentré ici notre analyse sur les troubles les plus fréquents, à savoir, troubles dépressifs et troubles anxieux. Nous avons exploré les corrélations suivantes :

Présence de troubles au MINI	Éléments de la représentation
Au moins un trouble identifié par le MINI Troubles dépressifs <sup>1</sup> , sans ou avec gêne Troubles anxieux <sup>2</sup> , sans ou avec gêne Troubles dépressifs et anxieux, sans ou avec gêne	Est-il possible de soigner un "fou" sans médicaments ?
	Est-il possible de soigner un "malade mental" sans médicaments ?
	Est-il possible de soigner un "dépressif" sans médicaments ?
	Est-il possible de guérir un "dépressif" ?
	Doit on soigner un "dépressif" qui ne le veut pas?
	Est-ce qu'un "dépressif" sait qu'il est "dépressif" ?
	Est-ce qu'un "dépressif" souffre ?
	Est-ce qu'un "dépressif" est exclu de sa famille ?
	Est-ce qu'un "dépressif" est exclu de son travail ?
	Est-ce qu'un "dépressif" est exclu de la société ?
	<b>Attitudes déclarées</b>
	Avez-vous déjà été soigné(e) pour "folie" ?
	Avez-vous déjà été soigné(e) pour "maladie mentale" ?
	Avez-vous déjà été soigné(e) pour "dépression" ?
Avez-vous déjà pris des médicaments pour les nerfs ?	
Avez-vous déjà suivi une "psychothérapie" ?	

<sup>1</sup> Troubles dépressifs : épisode dépressif majeur [Code CIM-10 : F 32], isolé ou récurrent [Code CIM-10 : F33], actuel et/ou passé et, dysthymie [Code CIM-10 : F 34.1]

<sup>2</sup> Troubles anxieux = (anxiété généralisée [F41.1], agoraphobie [F40.0], trouble panique [F 41.0], phobies sociales [F40.1], troubles obsessionnels compulsifs [F40.2] ou état de stress post-traumatique [F43.1])

**TABLEAU 53 : PRESENCE DE TROUBLES ANXIEUX ET DEPRESSIFS ET CONSOMMATION DE SOINS DECLAREE**

	Ensemble de l'échantillon <sup>3</sup>		Déjà soigné pour "dépression" <sup>4</sup>		Déjà pris des "médicaments pour les nerfs"		Déjà suivi une "psychothérapie"		Connait qq'un qui est "dépressif"		Pense que l'on peut soigner un "dépressif" sans médicaments	
Ensemble de l'échantillon	10 882	100%	1 233	11,3%	2 677	24,6%	722	6,6%	6 179	56,8%	4 754	43,7%
Au moins un trouble	3 244	29,8%	707	21,8%	1 338	41,2%	434	13,4%	2 071	63,8%	1 502	46,3%
Troubles anxieux	2 036	18,7%	497	24,4%	917	45%	300	14,7%	1 325	65,1%	895	44%
Troubles anxieux + gêne	954	8,8%	201	21,1%	420	44%	128	13,4%	609	63,8%	421	44,1%
Troubles dépressifs	1440	13,2%	406	28,2%	659	45,8%	236	16,4%	910	63,2%	671	46,6%
Troubles dépressifs + gêne	911	8,4%	305	33,5%	472	51,8%	185	20,3%	608	66,7%	439	48,2%
Troubles anxieux et dépressifs	682	6,3%	257	37,7%	369	54,1%	149	21,8%	452	66,3%	296	43,4%
Troubles anxieux et dépressifs + gêne	515	4,7%	206	40,0%	291	56,5%	123	23,9%	338	65,6%	234	45,4%
				↗		↗		↗		→		→

- Il existe un gradient de l'importance de la gêne associée aux troubles : **la gêne est plus importante pour les troubles dépressifs que pour les troubles anxieux.**
- Plus les symptômes et la gêne associée s'accumulent (anxiété ->, dépression -> anxiété + dépression + gêne), plus on déclare avoir déjà été soigné pour "dépression", avoir déjà pris des "médicaments pour les nerfs" ou suivi une "psychothérapie". **Il semble donc y avoir une corrélation entre la présence de symptômes et la consommation déclarée de soins.**

<sup>3</sup> Les pourcentages de cette colonne sont tous calculés par rapport au nombre total de personnes interrogées. Ainsi, il y a 8,4% des personnes interrogées qui ont un trouble dépressif associé à une gêne

<sup>4</sup> Les pourcentages exprimés dans les colonnes grisées sont des pourcentages qu'il faut lire en ligne. Ainsi, 11,3% de l'ensemble de l'échantillon déclarent avoir déjà été soigné pour "dépression"; 40% des personnes qui ont troubles anxieux et dépressifs associés déclarent avoir déjà été soignés pour « dépression ».

**TABLEAU 54: PRESENCE DE TROUBLES ET REPRESENTATIONS LIEES A LA "DEPRESSION"**

	Ensemble de l'échantillon <sup>5</sup>		Un "dépressif" est exclu de son travail <sup>6</sup>		Un "dépressif" est exclu de la société		Un "dépressif" est exclu de sa famille		On doit soigner un "dépressif" même s'il ne le veut pas		Pense que l'on peut guérir un "dépressif"	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Ensemble de l'échantillon</b>	10 882	100%	4 562	41,9%	2 895	26,6%	2 078	19,1%	7 434	68,3%	9 653	88,7%
<b>Au moins un trouble</b>	3 244	29,8%	1 362	42,0%	874	26,9%	665	20,5%	2 173	67,0%	2 863	88,3%
<b>Troubles anxieux</b>	2 036	18,7%	834	41%	511	25,1%	390	19,2%	1 330	65,3%	1 817	89,2%
<b>Troubles anxieux + gêne</b>	954	8,8%	370	38,8%	212	22,2%	179	18,8%	594	62,3%	829	86,9%
<b>Troubles dépressifs</b>	1 440	13,2%	637	44,2%	429	29,8%	314	21,8%	994	69,0%	1 272	88,3%
<b>Troubles dépressifs + gêne</b>	911	8,4%	401	44,0%	264	29,0%	188	20,6%	624	68,5%	814	89,4%
<b>Troubles anxieux et dépressifs</b>	682	6,3%	293	43,0%	187	27,4%	140	20,5%	465	68,2%	611	89,6%
<b>Troubles anxieux et dépressifs + gêne</b>	515	4,7%	224	43,5%	142	27,6%	99	19,2%	351	68,2%	460	89,3%
				→		→		→		→		→

- Par contre, on peut constater que les représentations ne bougent pas : Quels que soit les troubles présents, les représentations associées à la "dépression" restent immuables. Autrement dit, et contrairement à notre hypothèse de départ, que l'on ait (eu) ou pas de troubles dépressifs et/ou anxieux, n'influe pas sur la représentation que l'on a des personnes dépressives.

<sup>5</sup> Les pourcentages de cette colonne sont tous calculés par rapport au nombre total de personnes interrogées. Ainsi, il y a 8,4% des personnes interrogées qui ont un trouble dépressif associé à une gêne

<sup>6</sup> Les pourcentages exprimés dans les colonnes grisées sont des pourcentages qu'il faut lire **en ligne**. Ainsi, 26,6% de l'ensemble de l'échantillon pensent « qu'un dépressif est exclu de la société » ; 27,6% des personnes qui ont troubles anxieux et dépressifs associés à une gêne pensent de même.

## XVII. RECOMMANDATIONS

### 1. LES VARIANTS ET LES INVARIANTS CULTURELS DES RESULTATS ET LEURS CONSEQUENCES

La France a été la mère de tous les asiles dans le monde, au nom de la liberté et des droits de l'homme et du citoyen. C'est au nom de ces mêmes droits que l'on prône aujourd'hui la fermeture des concentrations asilaires. Le mal est fait en terme de stigmatisation. Comment s'inspirer des endroits qui n'ont pas encore d'asile, pour permettre cette évolution fondamentale de l'humanité ?

Tout le monde perçoit bien le décalage entre les discours lénifiants concernant la folie, la maladie mentale et la dépression, et le potentiel d'exclusion induit dans chacun de ces mots. Quand on vous traite de "fou", voire de "malade mental" aujourd'hui, on vous exclut du champ du sens et de la citoyenneté. Cette affirmation est si forte, qu'en même temps il est nécessaire de mettre en place des processus mentaux d'anti-exclusion. L'exclusion de l'autre pouvant être aussi la sienne propre, demain.

**Or, le fantastique champ sémiotique et scientifique de la santé mentale -ses milliers de planificateurs, de communications, d'universitaires, de congrès- ne modifie que très peu les perceptions. C'est plus la presse féminine et la découverte des antidépresseurs qui vont créer un changement sémantique majeur. Mais certainement pas avec les outils conceptuels du champ de la psychiatrie. Ces nouvelles définitions de champ vont bouleverser la société et avoir des conséquences en termes politiques.**

Il faut, à chaque fois que nous intervenons à l'étranger, non seulement poser la question de la politique de santé mentale, mais surtout poser la question de la santé mentale du politique.

Si la politique de santé française, suivant en cela celle de l'OMS, propose de remettre l'utilisateur au centre du système de soins, cela aura des répercussions évidentes sur la manière même de communiquer avec les autres états et d'envisager des recherches en santé mentale. Non plus une conception sécuritaire du soin, mais une conception de démocratie sanitaire en quelque sorte.

Pour cela, l'étude comparative des systèmes culturels et anthropologiques, des variations dans les appellations et des modes de prises en charge du problème est toute sa place.

Nous avons déplacé le centre de gravité de la richesse, de la puissance économique, de la pensée institutionnelle et financière, à l'étude des rituels humains, de la richesse personnelle, de la recherche de l'efficacité symbolique et réelle dans la lutte contre les troubles psychiques. Le village planétaire, c'est 15% des humains, pas plus : les décideurs uniquement.

De ce fait, la relativisation est une richesse qui nous permettra de travailler ensemble. Et non pas comme ces chercheurs australiens et canadiens, de faire des études à l'île Maurice et de publier les résultats sans en avertir les acteurs locaux, que ce soit la population ou les scientifiques. Situation néo-coloniale insoutenable pour des personnes qui n'ont pas été colonialistes auparavant.

Car, la richesse de l'Occident ne nous a rien fait gagner en termes de santé mentale. Les troubles restent importants et nécessitent un système de soins très anthropologiquement situé. Dans l'Océan Indien, pour sortir de la mendicité ou de la recherche de responsabilité vis à vis d'un ancien colonisateur, il faut pouvoir étudier en quoi le système de soins est aussi, plus ou moins efficace que le nôtre, ce qui contraint tout le monde à une forte modestie. Notons bien que l'approche interculturelle est identique dans ses fondements entre l'anthropologie, la sociologie et la psychiatrie.

**Le travail en commun mérite plus que des anathèmes et des traceurs de frontières, délimitant des vérités toutes faites. Aux figures du psychiatre, agent de contrôle social, répond l'attitude prédatrice de l'anthropologue, descriptif de phénomènes médicaux séduisants, mais jamais évalués, et la superbe du discours circulaire sociologique, qui comme le discours psychiatrique, se délite dans les lieux communs du discours populaire ou politique.**

Par rapport à un problème commun, dénommé différemment et intégrant les champs de discours cloisonnés, le travail de recherche et de coopération nécessite évidemment un dépassement des frontières et de soi-même. L'OMS l'a bien compris ; elle a demandé aux états membres d'intégrer les soins donnés par les tradipraticiens dans le dispositif de soin général en santé mentale et les programmes nationaux.

**La question générale** est bien sûr : est-ce que la science reste bonne pour l'homme et en quelle mesure ?

**Et la question particulière** : quelles sont les conséquences de cette recherche ?

Les résultats apparaissent divergents comme les notions de folie, maladie mentale et dépression. Chaque pays, chaque site a fait ses recommandations, à la fois particulières et générales. A la fois politiques, à la fois "OMS" et à la fois très ethno-centrées.

Nous avons été étonnés des similitudes et des différences entre folie, maladie mentale et dépression. Les tableaux suivants présentent les variants et invariants identifiés dans les sites, ainsi que les recommandations générales qui en découlent.

A partir de ceci, et à partir de l'importance des troubles, des possibilités d'y remédier, du fait que les troubles décrits par l'épidémiologie n'interfèrent quasiment pas sur les représentations mentales des individus concernés quant à la folie, maladie mentale et dépression, que ceci ne joue quasiment pas sur les processus de stigmatisation du "fou" et du "malade mental", que les conceptions sont archaïques, mais que les troubles sont bien présents, quelles peuvent-être les conséquences en terme de recherche ?

La fonction de dédoisonnement a été fondamentale et prépondérante dans cette recherche. Elle a permis la dynamisation des équipes et l'implication avec les pouvoirs locaux.

**Il s'agit à présent de construire en commun des programmes de santé mentale et de mettre en place une coopération internationale qui tienne compte des particularités culturelles et qui soit réciproque.**

**TABLEAU 55: LES INVARIANTS CULTURELS ET LEURS CONSEQUENCES**

	<b>INVARIANTS</b>	<b>CONSEQUENCES</b>
<b>Définition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tout le monde connaît dans son entourage un "fou", un "malade mental" ou un "dépressif"</li> <li>✓ Tous les actes violents sont attribués au "fou", et encore plus au "malade mental"</li> <li>✓ Les causes physiques sont attribuées comme étiologie à la "maladie mentale", le malheur ambiant comme cause à la "dépression"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <i>Insister sur l'importance du phénomène</i></li> <li>➔ <i>Informier et dissocier la violence de "folie" et "maladie mentale"</i></li> <li>➔ <i>Mettre en œuvre une communication intelligente avec les journalistes, les usagers de la psychiatrie et des représentants de la société profane, syndicaliste, politique, religieux et philosophes.</i></li> </ul>
<b>Responsabilité</b>	<p>Les populations pensent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ "fou" et "malade mental" ne sont pas responsables de leurs actes et ni de leur état.</li> <li>✓ Il faut les soigner même s'il ne le veulent pas.</li> <li>✓ La famille du "fou" et du "malade mental" souffre ; le "dépressif" aussi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <i>Centrer l'information sur les droits de l'homme et du citoyen plus que sur la stigmatisation</i></li> <li>➔ <i>Insister sur la nécessité de la participation aux soins des intéressés et sur le dialogue, plus que sur l'obligation de soins</i></li> <li>➔ <i>Mettre en place des médiations sociales et familiales</i></li> <li>➔ <i>Agir pour la diminution du fardeau familial</i></li> </ul>
<b>Guérison</b>	<p>Les populations pensent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La guérison est possible partout pour le "dépressif"</li> <li>✓ On ne peut guérir seul</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <i>Insister sur la possibilité de guérison pour la population quel, que soit le trouble</i></li> <li>➔ <i>Message de solidarité : "on ne peut guérir seul"</i></li> </ul>

	INVARIANTS	CONSEQUENCES
<b>Exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La majorité des personnes accepterait un "fou", "malade mental", "dépressif" dans sa famille, s'il est suivi ou soigné</li> <li>✓ La majorité des personnes accepterait un enfant ("fou", "malade mental" ou "dépressif")</li> <li>✓ Partout les populations pensent que l'exclusion du monde du travail est importante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <i>Mettre en évidence la protection familiale. Insister sur l'aide aux familles et la création de lieux non ségrégatifs</i></li> <li>➔ <i>Aider à intégrer les enfants dans les soins de santé primaire dans l'éducation adaptée</i></li> <li>➔ <i>Lutter contre les préjugés</i></li> <li>➔ <i>Mettre en place des programmes d'intégration dans le monde du travail</i></li> </ul>
<b>Recours aux soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Le médecin généraliste et les relations sont partout des recours privilégiés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <i>Impliquer avant tous les généralistes dans l'offre de soins, les former et les aider à soigner</i></li> <li>➔ <i>Insister sur l'aide des relations, sur les soins profanes parfois aussi efficaces que les soins officiels</i></li> </ul>
<b>Epidémiologie des troubles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Les troubles mentaux existent partout.</li> <li>✓ Il existe un gradient de prévalence : troubles anxieux &gt; troubles dépressifs &gt; addictions &gt; psychose</li> <li>✓ La gêne associée aux troubles est partout plus importante pour les troubles dépressifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <i>Développer l'information grand public sur les troubles mentaux et l'offre de soins</i></li> <li>➔ <i>Faire reconnaître la dépression comme une maladie moderne soignable et invalidante</i></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avoir ou non des troubles mentaux modifie peu les représentations que l'on en a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <i>Tout le monde est concerné : utiliser les décideurs dans la lutte contre le stigma (par exemple en leur faisant admettre qu'ils ont pu avoir un trouble mental un jour dans leur vie)</i></li> <li>➔ <i>Mettre en place des structures de solidarité pour les malades</i></li> <li>➔ <i>Construire des programmes de santé mentale en commun avec des experts et des usagers étrangers aux pays</i></li> </ul>

**TABLEAU 56: LES VARIANTS CULTURELS ET LEURS CONSEQUENCES**

	VARIANTS	CONSEQUENCES
<b>Définition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Les populations de l'Océan indien déclarent beaucoup plus connaître de "fou" et de "malade mental".</li> <li>✓ La population française déclare plus de "dépressif"</li> <li>✓ Les mots pour définir la "folie", la "maladie mentale" et la "dépression" sont variables selon les pays</li> <li>✓ La population française considère plus que le "fou" et le "malade mental" souffrent</li> <li>✓ Les caractéristiques de la "dépression" sont nettes et cohérentes en France.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <i>Mieux faire connaître les troubles dépressifs.</i></li> <li>➔ <i>Faire reconnaître l'humanité dans la souffrance potentielle de celui qui est "fou" ou "malade mental"</i></li> <li>➔ <i>Adapter la communication aux références culturelles des populations</i></li> </ul>
<b>Exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ L'exclusion de la famille et de la société est moins forte dans les pays de l'Océan Indien qu'en France</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <i>Mettre en place des structures de solidarité pour les malades en France (lieux de vie, foyers...)</i></li> </ul>
<b>Recours aux soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ On connaît d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner le "fou" et le "malade mental" dans l'Océan Indien : les temples et églises. Peu en France, où l'on pense que l'individu doit être "intemé" et "médicamenté"</li> <li>✓ Le recours magico-religieux est important dans les pays de l'Océan Indien</li> <li>✓ Les recours (aide ou soins) sont multiples</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <i>Accepter le religieux et le profane comme alternative et complément des soins bio-médicaux</i></li> <li>➔ <i>Promouvoir les recours multiples : quels qu'ils soient, les résultats sont cumulatifs. La santé mentale c'est avant tout la solidarité et l'accompagnement</i></li> </ul>
<b>Epidémiologie des troubles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La prévalence des troubles est très variables selon les pays</li> <li>✓ Il n'y a pas de groupe cible. Une légère augmentation des troubles chez les séparés/divorcés et les personnes à faible revenu, mais pas partout et le nombre de personnes concernées est faible. Les prévalences varient en fonction des classes d'âge</li> <li>✓ Les personnes ayant un trouble ont plus le sentiment d'être malade à Madagascar et à l'île Maurice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ <i>Faire plus particulièrement attention aux personnes seules, divorcées, séparées et à faible revenus, mais sans les surstigmatiser, car beaucoup n'ont pas de troubles</i></li> <li>➔ <i>Pas de groupe cible particulier : éviter la discrimination basée sur des données sociales</i></li> </ul>

## 2. LES RECOMMANDATIONS PAR SITE D'ENQUETE

### A. COMORES par les Drs Laurent DENIZOT, Noëlle BARBIERA, Philippe LAKERMANCE

- Au-delà des données chiffrées, tant en termes de représentations qu'au niveau épidémiologique, il paraît essentiel de souligner une fois encore le particularisme que revêt le peuple comorien. Il est le fruit de siècles d'histoire, de coutumes, de pensées qui ont façonné une société dont la pérennité repose sur les traditions communautaires, l'abnégation souvent, l'adaptation toujours. En se gardant bien de tomber dans les lieux communs, il est indispensable de reconnaître ces réalités, de les analyser et de les respecter pour mener au mieux une démarche qui touche l'individu et le groupe dans ce qu'il a de plus sensible, sa santé psychique. Cet effort est capital, à la veille de proposer à un pays quasi vierge de toute institution psychiatrique, une collaboration pour la mise en place d'une politique du soin.
- Comme nous l'avons vu, le site des **Comores** présente de nombreuses originalités, qui se sont retrouvées dans les résultats de l'enquête. Dans un pays non encore psychiatrisé, les recommandations concernant la prise en charge de la maladie mentale doivent être prudentes. On a pu voir que la prise en charge communautaire par les temples, divers établissements religieux et les communautés sont une ressource très importante pour les soins à donner aux fous, malades mentaux ou dépressifs souvent confondus dans les représentations des comoriens. Ce tissu actuellement actif, on pourrait dire, faute de mieux, doit être utilisé et renforcé et ne doit pas être fragilisé.
- Pour donner des recommandations plus précises, l'aide au développement d'un programme national de santé mentale devra intégrer les éléments suivants :
  - ✓ Conserver les particularismes locaux avant toute mise en œuvre d'une politique de santé mentale
  - ✓ Ne pas créer de structure psychiatrique favorisant l'enfermement asilaire.
  - ✓ Compléter l'enquête par une étude des besoins de soins des personnes souffrant de handicap mental (enfants et adultes). Aucune structure d'accueil n'existe à l'heure actuelle et le fardeau est immense pour les familles.
  - ✓ Encourager la formation des acteurs de soins locaux, médecins généralistes, agents de santé..., par des relais régionaux, concernant le repérage et la prise en charge des troubles les plus fréquents (anxiété et dépression), mais également la sphère du handicap mental.
  - ✓ Favoriser les échanges inter-îles à partir de la Réunion.
  - ✓ Approfondir les études faites et l'analyse des résultats de l'enquête, en particulier : continuer de s'interroger sur la méthodologie de l'enquête : les résultats obtenus sont-ils issus des particularismes de cette population ou bien les questions posées, de part les difficultés de traduction des concepts ou des représentations ne sont-elles pas adaptées à ce type de population ?
  - ✓ Cibler davantage d'autres études qui permettraient une meilleure approche de la réalité de la santé mentale dans ce pays.

## B. MADAGASCAR par le Dr Marcelin ANDRIANTSEHENO

Tout programme de santé doit partir des réalités du pays où on a l'intention de le mettre en place. C'était là le sens de la demande faite il y a 5 ans par les représentants de Madagascar présents à la première conférence régionale sur la Santé mentale dans l'Océan indien (cf. Première partie historique de la recherche).

Bien que nous ne puissions écarter totalement la possibilité de biais apparus au niveau du site **Tananarive**, cette enquête, qui fait partie intégrante du Programme National Malgache de Santé mentale, apporte des données nouvelles et valide des notions déjà connues. Quelques conclusions suivies de quelques recommandations peuvent être citées :

- **La Santé mentale constitue un problème de Santé publique**, si l'on se réfère :
  - ✓ à la prévalence élevée des troubles mentaux : 1,35 fois plus grande que la moyenne des autres sites d'enquête de **Tananarive** (0,459/0,34) - 0,9 à **Mahajanga** (0,30/0,34).
  - ✓ au fait que cette prévalence ira augmentant avec le stress induit par la pauvreté galopante et l'urbanisation sauvage, par la perte des repères culturels, conséquence de la mondialisation forcée,
  - ✓ à la charge affective et économique que de tels troubles imposent à la famille et à la société.
  
- **La Santé mentale constitue une priorité de Santé publique**, car on dispose de moyens éprouvés et efficaces pour faire face à ces problèmes :
  - ✓ *prévention primaire*, par l'éducation et la sensibilisation de la population qui donneront des résultats, par pression indirecte sur les politiques et les responsables sociaux : lutte contre la marginalisation, la désintégration du noyau familial (séparation du couple due au travail, exode rural, émigration forcée...), la désinsertion culturelle, la déshumanisation des rapports...
  - ✓ *prévention secondaire* en renforçant la solidarité familiale, sociale, nationale.
  - ✓ *traitement curatif* des troubles qui raccourcit de façon significative leur évolution (dépression, alcoolisme...)

Cette enquête montre bien qu'à Madagascar, les relations personnelles, familiales et les recours confessionnels constituent encore des recours possibles et peu coûteux, en cas de détresse.

Le travail avec le *médecin généraliste* (qu'il faut sensibiliser et former de façon continue) est incontournable car ils constituent les recours les plus disponibles, les plus proches de la population.

La collaboration avec les *thérapeutes traditionnels* est également inévitable, mais elle doit se faire hors de débats idéologiques, d'effet de mode ou de visées mercantiles. La grande force des pratiques traditionnelles repose sur leur aspect holistique, culturellement et économiquement acceptable. La science devrait, non les détruire ou les éblouir en effaçant leur contour, mais au contraire contribuer à faire dégager leur essence.

**Plusieurs facteurs conditionnent en fait la viabilité et l'efficacité du Programme National de Santé Mentale :**

- son degré de pénétration communautaire
- son acceptabilité culturelle : de par son histoire, le Malgache est hostile à toute intrusion étrangère brutale, surtout si elle n'entraîne pas d'effets "magiques" favorables
- son accessibilité : coût, proximité, disponibilité de "consommables" (médicaments) et de prestataires de soins...
- son aptitude à générer un comportement de conditionnement positif

Enfin, cette recherche-action est le point de départ d'une rencontre scientifique plus fructueuse Nord – Sud. Il serait dommage qu'elle aboutisse à un simple exploit scientifique ou à la satisfaction d'ambitions individuelles, collectives ou nationales. C'est après l'enquête que commence le vrai travail : comment concilier la différence, l'anachronisme des modes de vie, les expériences des groupes culturels participants, pour redorer ensemble le blason de la Psychiatrie ?

Après révision finale des résultats de l'enquête par le Centre de coordination, les résultats définitifs seront remis aux responsables sanitaires malgaches. Un contrat de travail devra être établi entre le Ministère de la Santé de la République Malgache et l'ARESAME, maître d'œuvre de l'enquête, pour mettre en place un Programme National de Santé mentale dans lequel elle est normalement inscrite.

### C. MAURICE par le Dr Siven MOTAY et Prem BURHOO

L'étude sur la santé mentale à **Maurice** constitue une première en matière d'enquête épidémiologique dans la population. Elle donne une idée plus précise sur les représentations liées aux maladies mentales, leurs perceptions, les différentes façons de les aborder, leurs prises en charges et la prévalence des différents troubles mentaux. Ainsi l'étude nous permet d'évaluer l'attente de la population en matière de soins et les modes de prise en charges. Elle pourrait contribuer dans la politique de soins, à la promotion et au développement de la santé mentale chez les différents partenaires ayant un intérêt avec la santé mentale (gouvernementale et autres organisations).

A la question posée en vue de connaître les premières impressions concernant le "fou", le malade mental, et le "dépressif", on est très surpris des réponses de la population. On aurait pensé qu'un pourcentage plus élevé des personnes interrogées donnerait une explication magico religieuse à la maladie mentale. Or la majorité des personnes évoque une origine organique à la maladie mentale, une atteinte cognitive au "fou" ou encore un facteur environnemental ou social à la dépression.

Nous étions très réticents après la pré-enquête au rajout du thème "dépressif" pour voir la perception et la différence entre "fou", "malade mental" et "dépressif". En effet dans toutes les représentations concernant les comportements et les conduites on voit un net écart de perception entre le "fou", "malade mental" et le "dépressif". Les personnes interrogées semblent donner des réponses en concordance avec la réalité de notre pratique psychiatrique.

Il est à noter qu'il y a une **banalisation de la consommation régulière des boissons alcoolisées**. Il est important de savoir que 60% des admissions à l'hôpital psychiatrique sont liés à l'alcool. Dans les hôpitaux généraux plus de la moitié des admissions chez les hommes a un lien avec la consommation excessive de l'alcool. Lors de l'enquête 51% des personnes interrogées considèrent comme 'normal' la consommation régulière de boissons alcoolisées. Il est donc nécessaire de conscientiser les Mauriciens quant à leur consommation car 6% des hommes en sont dépendants et 2% des hommes ont une utilisation nocive d'alcool. Tout ceci a non seulement une implication au niveau de la santé mais aussi des conséquences sociales telles que **la violence (familiale et problèmes médico-légaux)**, des **accidents de circulation et du travail, des répercussions économiques** (absentéisme, diminution du rendement au travail, baisse du salaire)

En ce qui concerne **le rôle de la famille** on note une représentation positive de l'accueil du malade mental au sein de la famille. Ce phénomène est souvent vérifié dans notre pratique hospitalière où la majorité de nos patients est pris en charge par la famille après l'hospitalisation et la réintégration dans le milieu familial se fait dans des bonnes conditions.

**On note que 22% des personnes interrogées présentent au moins un trouble mental.** On peut penser que très peu de personnes consultent pour un tel trouble à l'hôpital psychiatrique ou dans les consultations psychiatriques des hôpitaux généraux. La file active des consultations psychiatriques ne dépasse pas 10.000 personnes. La plupart ira voir des médecins généralistes ou d'autres systèmes de santé que la psychiatrie. Dans l'enquête on note bien que seuls 21% déclarent qu'ils feraient appel au psychiatre. Une proportion non négligeable 8% et 2% feraient appel respectivement aux religieux et aux magico religieux.

**La première constatation nous montre qu'une grande partie de population est concernée par des troubles psychiatriques.** Les raisons sont multifactorielles : changements rapides du fonctionnement de la société, modification de la structure familiale, insécurité de l'emploi, appauvrissement d'une certaine couche de la société pouvant mener jusqu'à l'exclusion. Il est indispensable de faire des campagnes d'informations afin de mieux conscientiser la population à propos de la santé mentale ; la sortir des stigmates des troubles psychiatriques en l'amenant à consulter rapidement dans les services spécialisés.

Pour entamer ce processus de destigmatisation, il faut orienter la prise en charge actuelle vers une décentralisation des consultations dans les hôpitaux généraux et dans les centres de soins primaires, sensibiliser les médecins généralistes à la pathologie mentale, favoriser une prise en charge multidisciplinaire (médecins, psychologues, infirmiers, assistantes sociales etc.) au plus près du domicile des patients. Le processus de la décentralisation a commencé mais il est nécessaire d'améliorer la prise en charge tant au niveau des effectifs qu'au niveau des structures.

**Les recommandations pour Maurice sont les suivantes :**

- Sensibiliser les différents partenaires aux problèmes de promotion de la santé mentale et renforcer les liens avec tous les partenaires s'occupant de la santé mentale.
- Améliorer davantage les dispositifs de soins en psychiatrie.
- Augmenter le nombre de personnel qualifié pour ce type de soins.
- Former le personnel de santé pour mieux identifier la présence des troubles mentaux
- Mettre en place des unités de psychiatrie plus structurées dans chaque hôpital régional.

#### **D. REUNION par les Drs Laurent DENIZOT, Philippe LAKERMANCE, Patrick TRON et Noëlle BARBIERA**

- Initialiser des campagnes d'information en direction de la population, afin de lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale, mieux faire connaître les alternatives à l'hospitalisation et renforcer la solidarité communautaire envers les personnes atteintes de troubles psychiques.
- Poursuivre un effort en matière de recherche médicale et épidémiologique, par des enquêtes complémentaires, concernant notamment les addictions et la psychose.
- Développer et vulgariser une réflexion sur les violences et les transgressions sociales, afin de lutter contre des représentations sociales péjoratives, qui parasitent profondément les perspectives en faveur d'une psychiatrie ouverte et communautaire.
- Renforcer et orienter le dispositif de formation des acteurs de santé, notamment des généralistes, indispensables au dépistage et au traitement des troubles anxieux et de l'humeur.
- Encourager le soutien – éducatif, moral et financier - des familles de malade et aussi des personnels des structures d'accueil médico-social.
- Poursuivre la collaboration avec des anthropologues et autres professionnels des sciences humaines, dans le cadre de coopérations interdisciplinaires et transdisciplinaires. Encourager une anthropologie médicale active et vivante.
- Collaborer avec les tutelles et instances concernées par la Santé Publique (DRASS, ARH, CGSS, Conseils Général et Régional, Municipalités...) afin de définir et soutenir les actions.

#### **La coopération régionale**

- De par son histoire, sa situation et son aisance matérielle, la Réunion a une responsabilité historique dans la collaboration scientifique et la coopération médicale avec les îles voisines de l'Océan Indien.
- Une place de choix devra être réservée à la mise en place et à l'utilisation d'outils efficaces - sur le plan de la recherche, de la formation et de la documentation, du soutien clinique et logistique... - tels que la télé-médecine, par exemple.

## E. GUADELOUPE par le Dr Michel EYNAUD

La mise en œuvre de toute politique de santé mentale en *Guadeloupe* doit se donner pour objectif de :

- valoriser les résultats de l'enquête afin que les besoins et attentes de la population soient pris en compte dans les processus de décisions sanitaires (planification, allocation de ressources, etc),
- mieux maîtriser les facteurs de facilitation ou de résistance dans l'utilisation du dispositif de soins, adapter et optimiser ce dernier.
- améliorer globalement le dépistage des troubles mentaux
- améliorer en particulier le dépistage et le traitement des troubles anxio-dépressifs
- diversifier les modes de soins de ces troubles, en relativisant la part de l'hospitalisation ainsi que le recours aux médicaments (diversification des lieux de soins comme des moyens thérapeutiques et information sur leur accessibilité)
- développer les réseaux et partenariats avec les médecins généralistes et les établissements sanitaires et médico-sociaux de la région, qui sont les recours de première intention de la population
- promouvoir un modèle participatif de soins communautaires, privilégiant intégration et qualité de vie tenant compte du contexte, y compris socio-culturel, plutôt que développer des institutions concentrationnaires ou aliénantes.
- influencer sur l'image de la maladie mentale, encore trop centrée sur un "fou" dangereux, irresponsable, insensible et incurable, à soigner de force
- lutter contre la stigmatisation aggravant les difficultés des malades, en utilisant la tolérance de la population face aux troubles aigus ou aux situations perçues comme de "crise", voire la polysémie du terme "dépression" ou la perception des troubles mentaux comme "réactionnels"
- renforcer le soutien des familles, faciliter l'organisation de groupes d' "auto-support ", d'associations d'utilisateurs
- multiplier les projets de recherche-action pour permettre non seulement d'améliorer le niveau de connaissances en matière de problèmes de santé mentale, mais aussi d'induire des changements concrets sur le terrain grâce au processus même de recherche qui met en contact les partenaires potentiels
- développer la coopération en matière de santé mentale avec les autres départements français d'Amérique (Martinique et Guyane), ainsi qu'avec les états de la Caraïbe (Haïti, Cuba, Dominique, Ste-Lucie) face à une communauté de facteurs à l'œuvre et la possibilité de mutualiser les expériences, partager et adapter les méthodes
- systématiser les échanges entre sites participants à l'enquête et constituer une grande base d'information, qui sera une source de réflexions extrêmement riches

Diverses actions sont déjà réalisées ou programmées en *Guadeloupe*, en attendant le développement de tous les axes évoqués dans les recommandations précédentes.

Ces actions seront classées en fonction des populations cibles ou des partenaires concernés.

### **Auprès des professionnels :**

- communication au congrès de l'Information Psychiatrique à Fort-de-France en décembre 1999
- communication aux "rencontres de la psychiatrie guadeloupéenne" en février 2000 à Saint-Martin
- communication aux journées de l'Union Hospitalière en avril 2000 à Saint-Martin
- communication aux journées de psychiatrie du CHU de Pointe-à-Pitre en mai 2000
- colloque " la santé mentale en **Guadeloupe** ", le 8/12/2000 dans le cadre du salon de la santé et du bien-être
- rédaction d'un dossier santé mentale inclus dans l'annuaire de la santé qui sera diffusé auprès de tous les visiteurs du salon, de tous les professionnels du réseau sanitaire et social
- publications dans la presse spécialisée : l'Information Psychiatrique au niveau national, la revue de l'ORS au niveau régional
- rencontre entre équipes de **Guadeloupe** (CHS et CHU) et de Martinique (CHS) pour mise en œuvre d'actions de coopération entre DFA et avec Cuba et Haïti
- mise en œuvre d'un SROS avec priorité aux actions de partenariat (filiales et réseaux), à la déshospitalisation, à la diversification et à l'accessibilité des structures de soins

### **Auprès des médecins généralistes :**

- atelier professionnel pour médecins généralistes : dépister et traiter les troubles anxio-dépressifs
- diffusion de plaquettes et documents d'information lors du colloque et de l'atelier du 8/12/2000
- E.P.U. sur la loi du 27 juin 1990

### **Auprès du grand public :**

- article dans le quotidien local (France Antilles du 30 septembre 2000)
- campagne d'information dans les médias audio-visuels à l'occasion du colloque du 8/12
- jumelage du colloque avec le festival du film caribéen de santé mentale, avec projections de films, débats avec le grand public et les scolaires
- grande conférence-débat gratuite lors de la clôture du festival du film : "Folie et dépression en **Guadeloupe**, erreurs et vérités"
- diffusion de plaquettes d'information sur les troubles anxieux et les troubles dépressifs, sur la maladie d'Alzheimer
- diffusion d'une plaquette sur la nouvelle organisation de la santé mentale en **Guadeloupe** : nouveaux secteurs, adresses et coordonnées des CMP
- soutien aux associations d'usagers (toxicomanes en particulier)

Ce type de recherche est nécessaire car elle contribue à modifier le regard posé par de nombreux acteurs sur les problèmes de santé mentale en prenant conscience de leur réalité et de leur diversité, de leurs spécificités en même temps que de leur universalité. Car la réalité dans la population est parfois loin de celle perçue à travers le filtre des institutions. Elle permet donc une décentration par rapport à la logique de structure, au profit de l'intégration communautaire.

En contribuant à donner la parole à la population, la recherche-action sur la santé mentale en population générale participe à la culture de la citoyenneté de tous et concourt à limiter les risques d'exclusion qui guettent toujours les victimes de troubles psychiques.

## F. MARSEILLE par le Dr Dolorès BOISSINOT-TORRES et Laurence KURKDJIAN

Cette enquête, a été mise en place par des professionnels de la santé mentale :

- à l'intérieur de ce champ de par leur fonction clinique et leur expérience,
- et à l'extérieur dans un travail de recherche et d'évaluation.

C'est un exemple de mise en œuvre pratique du concept anthropologique de l'évaluation comme pratique frontière.

Peut-on articuler cette approche au rôle de porte-parole de l'anthropologue qui permet l'expression d'opinions et de points de vue qu'il n'est pas habituel d'entendre, et à celui de médiateur, c'est-à-dire une fonction encore plus active dans un processus de changement ?

Après ce travail d'évaluation et de compréhension des représentations, qu'allons nous faire de toutes ces informations ?

Car cette vision péjorative des soins et des malades pèse lourd sur la réinsertion, les patients et leurs familles le savent bien :

- comment changer cette image ?
- comment sortir de cette réserve naturelle des psychiatres et de tous les soignants en santé mentale, qui sentent le poids de ces représentations archaïques peser sur eux et de ce fait, se positionnent en retrait afin de ne pas être perçus comme intrusifs, persécuteurs, comme voulant aliéner la liberté de l'autre ?

Cette position que nous qualifierons d'éthique, est indispensable et nécessaire dans la pratique clinique. En revanche, dans le champ, non pas de la clinique mais dans celui de la cité, les soignants n'ont-ils pas ce rôle essentiel de porte-parole pour, dans cette dimension politique au sens propre du terme, donner, apporter de l'information sur la réalité des soins et des pathologies ? Ne faut-il pas, face à cette opacité des représentations où exclusion, folie, et dangerosité se confondent, multiplier les lieux de débat, d'information et de dialogue ?

Nous avons déjà, au fil des années tissé des liens dans le cadre de la politique de secteur, mais il s'agit là d'une démarche encore plus active, celle de donner une place dans la cité à la Santé Mentale et à ses acteurs, qui leur permettent de devenir des interlocuteurs comme les autres dans un dispositif de dialogue et d'information. N'est-on pas là dans cette **fonction de Médiateur, entre la cité et la Psychiatrie**, elle-même discipline hybride entre le champ Médical et le champ des Sciences Humaines et Sociales ?

**Notre recherche-action doit se situer aussi bien du côté des usagers que des professionnels de la psychiatrie, afin que les représentations négatives de part et d'autre évoluent peu à peu et cèdent la place à une transparence et à un dialogue qui faciliteront l'insertion des personnes.**

Pour conclure, nous insisterons sur le fait qu'à l'heure actuelle où le devenir de la Psychiatrie est menacé par des perspectives de restriction de postes et de budget, il est urgent d'inscrire la Santé Mentale, comme préoccupation de Santé Publique afin que les usagers puissent un jour défendre eux-mêmes leur outil de soin. Pour cela, il faut qu'ils le connaissent, ce qui n'est pas encore le cas. Au moment où l'on nous demande toujours plus de missions avec de moins en moins de moyens, la mission la plus urgente n'est-elle pas ce travail de médiateur dans le champ social qui entraînera un positionnement différent des soignants et des structures de soins dans la cité, faisant ainsi évoluer les représentations archaïques dont les patients subissent les effets négatifs chaque jour, et leur permettant de prétendre à une place de citoyen à part entière ?

## G. PYRENEES ORIENTALES par le Dr Philippe MULLARD

Les premiers résultats exploités de l'enquête réalisée sur l'ensemble du département des *Pyrénées Orientales* font apparaître des données qui montrent et auraient tendance à renforcer la pratique habituelle de la psychiatrie sur le département, et d'autres qui, a contrario, apparaissent en complet décalage.

Nous ne rentrerons pas dans les détails mais nous nous servirons de deux exemples issus des résultats :

- **Le premier est que plus de 80% de la population générale pense que l'hospitalisation est le mode de soins privilégié en psychiatrie.** Ce chiffre est à l'image de la pratique des psychiatres sur ce département où toute l'organisation publique en psychiatrie est centrée sur l'hôpital spécialisé départemental de Thuir, avec de plus un "grand projet" entériné par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation : la reconstruction sur le même site d'un nouvel hôpital psychiatrique départemental d'ici huit ans. De plus, quand on se penche sur la pratique psychiatrique des vingt dernières années, on ne retrouve aucune action de prévention primaire et un développement sporadique de structures ambulatoires alternatives à l'hospitalisation.
- **Le deuxième exemple est que plus de 80% de la population générale déclarent être prêts à accueillir à nouveau un des siens, malade mental, à condition qu'il fasse l'objet d'un suivi ou d'une prise en charge médico-sociale.** Cela montre qu'il existe une solidarité forte au sein des familles et une attente importante d'une psychiatrie de proximité qui permettraient une évolution certainement différente des patients concernés, une nette progression de la prévention à la désinsertion et sans doute une diminution de la souffrance des familles.

Là, nous sommes en complet décalage avec la pratique départementale où il n'existe aucun discours de la part des professionnels et des politiques sur la stigmatisation, le syndrome des portes tournantes (hospitalisation puis sortie de l'hôpital avec abandon à l'extérieur donc ré-hospitalisation, etc.), la prévention de la désinsertion, l'accompagnement à long terme, etc... Il faut également agrémenter notre propos par ce que certains appelleront des banalités mais qui sont des réalités concernant les *Pyrénées Orientales*. Ce département du bout de la France, le Roussillon, ce que les Catalans de Barcelone appellent la "Catalogne Nord", a préféré fréquenter pendant 40 ans la "République" au Franquisme, ce que l'on comprend aisément, mais au prix d'une perte d'identité catalane. Nous sommes donc au niveau civil entre une revendication catalane impossible et une appartenance au Languedoc-Roussillon, en tant que parent pauvre et éloigné.

Cela explique-t-il cette tendance de la population au renfermement sur elle-même qui se retrouve au niveau de l'organisation publique de la santé mentale, à savoir une psychiatrie hospitalo-centriste ; l'hôpital développant un véritable discours d'entreprise hégémonique de la santé mentale sur le département ?

Alors comment parler de recommandations pouvant émerger de notre enquête ? Nous avons montré que la psychiatrie est à l'image du département, à savoir enfermée dans ses contradictions, renfermée sur elle-même, n'ayant que des projets de facilité et de courte vue...

**La recommandation fondamentale serait de l'aider à sortir de son isolement, de lui permettre de se désenclaver et qu'elle puisse découvrir, avec l'aide des autres, que dans tous les pays européens le projet depuis vingt ans est de fermer les hôpitaux psychiatriques et de développer une psychiatrie de proximité !**

## H. NANTES par le Dr Rachel BOCHER et Patrick METAYER

Cette enquête épidémiologique sera pour nous un outil intéressant pour soutenir nos réflexions dans le cadre de la constitution du réseau en Santé Mentale regroupant plusieurs partenaires :

- Ville de **Nantes** (Direction de la Santé Publique)
- CHU de **Nantes** (Pôle de psychiatrie, Urgences psychiatriques)
- Nantes-Habitat, l'Association Insertion Solidarité Logement)
- L'Office Central d'Hygiène Sociale)
- Le Conseil Général et la D.D.A.S.S.

En effet, ce réseau Santé Mentale se fixe comme objectif d'organiser les relations, les articulations et les coopérations entre les intervenants spécifiques dans le respect de leurs champs de compétence et dans la recherche d'accord commun.

Il doit permettre d'identifier les personnes-ressources, de matérialiser et potentialiser les analyses et les moyens. Il s'efforcera d'assurer la mise en œuvre d'actions globales et cohérentes à l'adresse des indivisions en souffrance.

Pour répondre à ces objectifs, notamment en terme de prévention (primaire, secondaire et tertiaire), cette recherche-action nous permet de mieux cerner la demande de la population nantaise, de repérer les aides existantes au-delà des offres psychiatriques, de connaître sa perception des structures de soins spécialisés et éventuellement de les ajuster.

D'emblée il apparaît un décalage important entre notre volonté de mettre le CMP au centre du dispositif du soin sur **Nantes** en Santé Mentale et la méconnaissance de l'existence de cet espace de soin par la population nantaise, comparativement aux autres sites métropolitains. Pourtant, malgré cette méconnaissance, les CMP de **Nantes** sont pour la plupart à la limite de la saturation malgré le redéploiement de moyens. Ce constat nous oblige à reconsidérer nos missions avec notamment des articulations à élaborer entre la psychiatrie publique et le champs du libéral (médecins généralistes, psychologues, psychiatres, psychanalystes, etc.)

En effet, alors que le psychiatrique glisse vers l'étiquetage "santé mentale", il nous paraît important de pointer nos limites, car le psychiatrique ne se recoupe pas avec la Santé Mentale dont nous ne sommes qu'un acteur parmi tant d'autres.

C'est précisément cette recherche-action qui doit permettre une coopération des différents acteurs impliqués dans la santé mentale en tenant compte des limites de chacun.

Ce recueil de données, ces chiffres, ces pourcentages (au-delà de leur valeur objective) sont surtout pour nous le média qui doit permettre une rencontre entre les différents partenaires de ce réseau en Santé Mentale, rencontre dans la parole qui vient précisément tisser ce réseau

## I. SUD DES HAUTS DE SEINE par les Drs Denis CHINO et Marie-Christine VELUT-CHINO

Il est intéressant de noter pour ce site que :

- il existe peu de différences entre "folie" et "maladie mentale"
- "folie" et "maladie mentale" sont des qualificatifs du non-sens, de la violence et du danger
- les attitudes ne sont pas négatives à l'égard des malades mentaux
- ces derniers sont globalement considérés comme irresponsables de leur maladie et souffrants, mais moins en souffrance que leur famille
- La population pense
  - que l'on reconnaît le "fou" et le "malade mental" à leur comportement
  - que l'on peut soigner ou guérir un "fou" ou un malade mental, mais rarement complètement
  - qu'un "fou" ou un "malade mental" peut réintégrer sa famille, à condition qu'il soit soigné
  - que les soins se font à l'hôpital psychiatrique pour le "fou" et le "malade mental", même si l'hôpital n'a pas bonne presse

A la suite des premiers résultats, une journée a été organisée au Centre Paul GUIRAUD de Villejuif le 18 novembre 1999 et conjointement avec l'UNAFAM le 26 mai 2000 à la Mairie de Sceaux; Il est apparu que la principale recommandation que l'on peut faire, et ceci en conformité avec le souhait unanimement exprimé par les personnes interrogées de voir "fou", "malade mental" ou "déprimé" retourner dans leur famille, à condition qu'il soit soigné, est de mettre en œuvre rapidement la "relocalisation" des secteurs de psychiatrie des Hauts-de-Seine qui sont encore "attachés" au Val-de-Marne par l'intermédiaire du Centre Hospitalier Paul GUIRAUD.

Cette recommandation peut s'appuyer sur son projet d'établissement 2001-2005 dans la mesure où quatre secteurs des Hauts-de-Seine ont élaboré un dispositif de prise en charge des patients (clinique intersectorielle et hôtels thérapeutiques) qui constitue une véritable alternative à l'hôpital psychiatrique.

On peut souhaiter que cette recommandation, conforme d'ailleurs au SROSS d'Ile-de-France, apporte le soutien des différentes tutelles, qu'elles soient départementales, régionales ou nationale, afin de ne pas laisser les moyens de la psychiatrie publique, comme c'est actuellement le cas au Centre Hospitalier Paul GUIRAUD, fondre comme neige au soleil car ce sera le "patient handicapé mental" qui, "n'ayant rien à négocier" se retrouvera, toujours, au bout du compte, " sans soins et sans défense"<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Philippe SIMONOT 39 *leçon d'économie contemporaine* Edition Gallimard Paris

## J. VALLEE DE LA LYS par Gladys MONDIERE et le Dr CHRISTAIN MÜLLER

Au terme de la première analyse des résultats qui mérite encore de nombreuses réflexions, quelques orientations de soins apparaissent d'ores et déjà possibles à travailler en partenariat avec les médecins généralistes et les médecins du travail, qui sont certainement les plus interrogés par ces symptomatologies.

En terme de politique de secteur, les répercussions de l'enquête sont majeures : d'une part, sur le terrain, directement par la mise en place de l'enquête elle-même et, d'autre part, au vu des résultats. Ainsi, la mise en place méthodologique de l'enquête sur les 10 communes du secteur a permis d'approfondir les relations d'un partenariat naissant. En effet, pour permettre aux étudiants infirmiers enquêteurs une qualité de travail, nous avons rencontré, expliqué à nos interlocuteurs les enjeux d'une telle recherche en terme d'action communautaire. Ainsi, les C.C.A.S., en particulier, se sont impliqués en laissant à notre disposition des bureaux, des fichiers d'adresses, des interlocuteurs " facilitateurs ".

Ainsi, la psychiatrie peut-elle s'intéresser à autre chose qu'à la folie cachée derrière les murs ? ou alors cette folie prendrait-elle des apparences que l'on peut rencontrer dans la rue, à côté de chez soi ? Ou encore les psychiatres descendraient-ils dans la rue ? Autant de questions sous jacentes qui ont permis des débats animés en préalable à l'enquête en particulier avec les personnels de mairies : maires, adjoints aux affaires sociales.

Par ailleurs, le secteur de la **Vallée de la Lys** est un secteur semi rural, industriel et à forte représentation ouvrière. Afin de pouvoir recruter des ouvriers, nous avons pris contact et fait connaissance avec les entreprises et les médecins du travail du secteur. Là encore, les questions de Santé Mentale et de partenariat nécessaire ont été débattues.

Le retour des résultats auprès des communes permet l'implication entière au niveau de la Commission Santé **Vallée de la Lys** qui intègre les partenaires politiques et de la santé pour des réflexions autour de projets communs à ce bassin géographique : plateau gérontologique par exemple.

En ce qui concerne les résultats, deux axes se dégagent tout particulièrement :

- En terme de représentation : 80% de la population du secteur ne connaissent pas d'autres lieux que l'Hôpital psychiatrique pour soigner un "fou", 60% pour un malade mental). Le travail doit essentiellement porter sur l'accès aux soins, sa lisibilité au sein des services de Santé communautaires et par-là sur sa représentation.
- En terme de symptomatologie, la **Vallée de la Lys** reste proche des statistiques nationales : 1/3 des personnes interrogées déclare avoir eu une pathologie. La dépression et l'anxiété arrivent en tête avec respectivement 44% et 46%.

De fait, la reconnaissance de cette souffrance ainsi qu'un travail en collaboration étroite avec les médecins généralistes doivent pouvoir nous permettre d'améliorer les prises en charge de ces souffrances que l'on dit psychiques et que l'on ne doit plus "cacher".

Une réunion de réflexion avec les médecins généralistes va nous permettre de réfléchir à des actions pratiques. Les résultats affichés de l'enquête chez les médecins généralistes vont certainement nous apporter matière à réflexion.

Enfin, une journée spécifique pour le retour des résultats à la population, nous permettra sans aucun doute d'ajuster nos priorités en terme d'accès aux soins et de santé communautaires.

### Des principes généraux

Il faudra :

- Favoriser les soins profanes, la solidarité, le désenfermement psychique et moral.
- Intégrer fortement les généralistes aux systèmes de soins en santé mentale
- Former les travailleurs sociaux à la psychiatrie et réciproquement pour qu'ils aient tous une action en santé mentale.

C'est un programme ambitieux. Nous mettrons dorénavant des personnels à disposition dans des structures sociales pour permettre l'introduction et l'acceptation par ceux-ci des personnes qui ont des troubles psychiques dans les dispositifs sociaux. Les handicapés psychiques seront compensés par des facilitations relationnelles : éducateurs – infirmiers – intégrateurs sociaux qui les aideront dans leur travail d'intégration dans la société. C'est à ces conditions que le secteur psychiatrique pourra disparaître en faveur de services de santé mentale intégrés dans la communauté et luttant contre l'exclusion provoquée par les représentations sociales de la folie, de la maladie mentale et de la dépression.

### Au niveau local

- Donner **une information honnête et objective** sur cette enquête à la population.
- Continuer la **sensibilisation** de celle-ci, encore, toujours et partout, en s'aidant des supports artistiques et municipaux ainsi que des témoignages des usagers.
- Développer en continuum des actions de **promotion de la santé mentale** dans le secteur. Mettre en place un développeur d'action, de sensibilisation et de prévention.
- **Expliquer concrètement les troubles mentaux**, leur prise en charge, leur traitement et leur conséquence.
- Un programme passant par les journaux municipaux, la télévision locale, la radio devra être mis en œuvre avec un fort développement.
- **Lutter contre l'exclusion sociale** par des mesures générales, intégrer les personnes qui ont des troubles psychiques dans un programme de retour à l'emploi protégé comme cela est le cas dans le secteur
- Travail en commun à développer avec la Protection Maternelle Infantile et les médecins du travail
- **Développer les réseaux de soins avec les médecins généralistes**, les pharmaciens et les infirmiers libéraux.
- S'implanter encore plus dans les structures sociales des secteurs (CCAS, circonscription faisant partie intégrante des PRAPS)
- Relocaliser les lits d'hospitalisation encore situés à l'hôpital psychiatrique, au sein du projet Frontière\$ (centre d'art, lieu de soin et lieu de ve).
- Continuer à développer toutes les structures d'intégration et de déstigmatisation.
- **Développer le programme des familles d'accueil alternatives** (16 familles prévues) – en ce sens ; à partir de l'enquête et avec l'avis des usagers et des élus locaux, des affiches et des propositions écrites ont été élaborées en commun et diffusées à la population qui commence à y répondre.
- Intégrer à chaque fois que cela est possible la famille, les proches, les curateurs, les services municipaux, les médecins traitants dans la réinsertion des personnes ayant des troubles au long cours.
- **Mettre un maximum de personnel du secteur de psychiatrie à disposition d'action de promotion en santé mentale** par redéploiement dans les structures sociales, médico-sociales et culturelles du secteur.

## L. TOURCOING par le Dr Catherine THEVENON-GIGNAC

L'examen de l'ensemble des résultats de l'enquête d'opinions nous incite, d'une part, à promouvoir certaines actions en vue d'une **éducation à la santé mentale de la population** mais, aussi en ce qui nous concerne, dans nos activités en vue d'une **reconnaissance des attentes de la clientèle et d'une adaptation de nos actions à celles-ci**.

### Education à la Santé Mentale

A première vue, il semblerait, si on en croit les réponses aux questions posées, que la population de **Tourcoing** ait une idée très restrictive de l'ensemble des possibilités de soins offerts. Le recours à l'Hôpital et au traitement médicamenteux n'est, bien entendu pas la seule carte que les secteurs de psychiatrie de **Tourcoing** peuvent lui proposer. La question est donc de mieux faire connaître nos structures et, en particulier, celles dédiées à l'accueil d'urgence et de crise sur place qui existent depuis plusieurs mois.

Un deuxième axe concerne plutôt une meilleure connaissance des possibilités d'interventions sur des pathologies qui paraissent sans espoir, voire normales pour les répondants. Dire que la dépression et l'anxiété sont normales revient-il à estimer que ces troubles ne peuvent pas s'améliorer ? Dire que la maladie mentale est incurable revient-il à croire que la place de ces personnes est en hôpital psychiatrique ?

### Réponses aux attentes de la clientèle

Il est indéniable que, malgré la répugnance générale des psychiatres à assumer un rôle dans la gestion de l'harmonie sociale en privilégiant le développement du champ de liberté de la clientèle rend plus aigu l'écart qui existe entre l'attribution au professionnel de la santé mentale du soin de la gestion des comportements hétéro-agressifs.

Se retrancher dans une attitude de champion de la liberté risque à terme d'accroître l'incompréhension des utilisateurs de la psychiatrie.

Une réflexion autour des réponses données au comportement violent et aux situations d'affrontement par les psychiatres en en spécifiant le champ et les modalités permettrait peut-être d'entamer une rencontre avec des utilisateurs qui, malgré tout, ont toujours la possibilité d'imposer au service de psychiatrie, du fait des hospitalisations sous contrainte, des sujets perturbateurs de la démocratie.

L'enquête a incontestablement favorisé des valeurs extrêmement précieuses pour qui s'occupe de Santé Mentale. En premier lieu, elle a été facteur d'ouverture :

- **Ouverture d'esprit** pour ceux d'entre nous qui n'envisageaient la " Recherche " que dans un monde aseptisé et déconnecté du vivant. Ouverture aux autres également.
- **Ouverture aux partenaires** qui furent nos premiers cobayes, puis nos relais pour la passation des questionnaires. Elus, Directeurs d'instituts, journalistes, représentants de l'état ou de l'église... Nous avons eu avec chacun une expérience singulière, en dehors des chemins que nous fréquentions habituellement. Nous avons eu des surprises pour certains, bonnes ou mauvaises. Nous n'en avons pas rencontré d'indifférents.

- **Ouverture enfin aux usagers** actuels ou potentiels de la Psychiatrie. Nous avons trop facilement tendance à penser qu'ils pourraient être dans l'errance –voire dans l'erreur- faute de nous mal connaître. L'impression à présent est plutôt que, non seulement ils en connaissent déjà beaucoup, mais aussi qu'ils ont d'autres objectifs et d'autres stratégies. Enfin, que nous pourrions en savoir plus en les interrogeant mieux.

L'enquête a également agi comme un lien puissant entre les membres d'une équipe par le passé victime d'une trop grande hiérarchie asilaire. Se répartir les tâches, se passer les informations, trouver comment résoudre des problèmes matériels, être là le soir, le matin, le midi, nous a fait passer –au moins pour un temps- d'un système de fonctionnement pyramidal à celui d'une équipe de rugby.

Ces bons moments que nous avons passés ensemble ont donc été très riches. Mais ils n'auraient pu être en fin de compte que cela si le résultat du travail fourni n'avait pas été si prometteur pour l'avenir.

C'est en effet à partir du savoir que nous aurons des résultats sur le site, que nous pourrons élaborer des stratégies d'interventions et d'actions, sans avoir trop de risque de nous fourvoyer. C'est grâce aux données fournies par le public –tiers obligé des enquêtes cliniques et des questionnaires destinés aux professionnels- que nous validerons ou non l'impression que nous avons de notre clientèle et les idées de ce que nous pouvons faire, non pas pour elles, mais avec elles.



## XVIII. CONCLUSIONS

### 1. LES PRINCIPAUX RESULTATS

#### A. LA POPULATION

**La plupart des personnes connaît dans son entourage un "fou", un "malade mental" ou un "dépressif"**

Une grande proportion de personnes est déjà entrée dans un hôpital ou un service de psychiatrie (visite, travail ou hospitalisation)

Il existe un gradient de consommation déclarée de médicaments pour les nerfs, qui va en augmentant, des pays de l'Océan indien vers les sites métropolitains. **En France, près de 30% des personnes interviewées déclarent avoir déjà pris des médicaments pour les nerfs (essentiellement des anxiolytiques)**, elles ne sont que 5 à 10% dans les sites de l'Océan indien. En France, 5 à 15% des enquêtés déclarent avoir suivi une psychothérapie ; aux **Comores**, à Madagascar et à **Maurice**, le recours aux pratiques religieuses et magico-religieuses est prégnant.

**En France, 80% des personnes ne citent que l'hôpital psychiatrique comme lieu de soins pour un "fou" ou un "malade mental"**. Il ne semble pas y avoir d'autres alternatives envisageables pour elles. Parmi les 20% qui peuvent citer un autre lieu, une personne sur trois (soit 5% de l'échantillon français) donne pour exemple une structure extrahospitalière du secteur de psychiatrie (Consultation Médico-Psychologique, Hôpital de jour, etc...) ou le cabinet du médecin généraliste.

**En cas de problèmes psychologiques**, les personnes interrogées chercheraient d'abord de l'aide auprès de leurs proches, puis de leur médecin généraliste ; le recours religieux et/ou magico-religieux est marqué aux **Comores** et à Madagascar.

#### B. REPRESENTATIONS

La "folie", la "maladie mentale", la "dépression" trouvent leur explication dans le malheur individuel et social ambiant

Les perceptions populaires associées aux termes "fou", "malade mental" et "dépressif" sont variables selon les cultures, mais certains invariants se dégagent.

La représentation du "fou" et encore plus celle du "malade mental" sont porteuses de stigmates dus à la dangerosité potentielle attribuée, hors et dans la famille. Tous les actes violents et illégaux (meurtre, viol, inceste, agressions...) sont attribués au "fou" et encore plus au "malade mental". Des subtilités existent suivant les lieux : les sites de France Métropolitaine apparaissent plus "exduants" que ceux des départements d'Outre-Mer et de l'Océan Indien.

**La grande majorité des personnes interrogées pense que "fou" ou "malade mental" ou "dépressif" ne sont pas responsables de leur état (folie, maladie mentale ou dépression), ni de leurs actes, qu'il faut les soigner même s'ils ne le veulent pas et qu'ils ne sont pas conscients de leur état. Ce sont des invariants, quelle que soit la culture. Par contre, l'image que l'on se fait de la souffrance du "fou" et du "malade mental" varie en fonction des cultures, la dénégation de la souffrance attribuée au "fou" et au "malade mental" est plus importante dans les sites français. Ceci est moins vrai pour le "dépressif", dont les personnes pensent plus, qu'ils sont conscients de leur état et qu'ils souffrent.**

L'image de l'hôpital psychiatrique comme lieu de soins "exclusif" prime en France et à **Maurice**, lorsqu'il s'agit du "malade mental" ou du "fou". Et 80% des personnes pensent que l'on y soigne essentiellement grâce aux médicaments. Aux **Comores** et à Madagascar, ce sont d'abord les médecins généralistes et les recours religieux et/ou magico-religieux qui sont évoqués comme "alternative" essentielle à l'hôpital psychiatrique (sachant que peu voire pas de structures de soins psychiatriques sont disponibles dans ces sites).

**L'hôpital psychiatrique n'est pas considéré comme un lieu de soins pertinent pour le "dépressif"** ; trois personnes sur cinq peuvent citer d'autres lieux de soin pour le "dépressif". En France et à **Maurice**, ce sont la maison, l'entourage, puis les cliniques ou les maisons de repos. Aux **Comores** et à Madagascar ce sont en majorité les églises, les temples et les cabinets de marabouts qui sont privilégiés.

**Il existe un gradient international concernant la guérison.** Aux **Comores**, à Madagascar, dans une moindre mesure à **Maurice**, on pense que l'on peut guérir un "fou" ou un "malade mental". Cette représentation de la guérison diminue dans les DOM et dans les sites métropolitains, peu de personnes pensent que l'on peut guérir un "fou" ou un "malade mental". **Il est intéressant de constater que la croyance dans la possibilité de guérison est inversement proportionnelle à l'offre de soins psychiatriques : moins il y a de psychiatrie, plus on pense que l'on peut guérir !** Par contre, **tout le monde pense qu'un "dépressif" peut guérir, c'est un invariant, quel que soit le site. Et la grande majorité des gens pense qu'un "fou", un "malade mental" et, dans une moindre mesure, un "dépressif" ne peuvent guérir seuls.**

### **C. TOLERANCE : L'AMBIGUÏTE FONDAMENTALE**

**Tout le monde pense que la famille d'un "fou", d'un "malade mental" et d'un "dépressif" souffre. C'est un invariant, quel que soit le site.**

**La tolérance est ambiguë.** Les représentations sont porteuses de stigmates mais les gens pensent que **l'acceptation d'un "fou" ou d'un "malade mental" soigné, est bonne dans les familles d'origine** – un peu moins bonne dans la société. Le lieu perçu comme le plus exclu est le monde du travail, même pour le "dépressif".

Les personnes interrogées pensent que le "fou" et le "malade mental" sont exclus mais qu'on peut les réintégrer, s'ils sont soignés.

## D. REPRESENTATIONS ET PROJECTIONS

**Le "fou" c'est l'autre ; le "dépressif" cela peut-être soi.** Beaucoup de personnes interrogées connaissent un "fou" ou un "malade mental" dans leur entourage, mais peu se définissent comme tel ("fou" ou "malade mental"). Les descriptions de la "folie" et de la "maladie mentale" faites par la population, sont très proches l'une de l'autre. La "dépression" semble être plus admise par les personnes interrogées, qui peuvent se considérer un jour comme telles. Le concept de "dépression", renvoie à une folie propre, consciente, acceptée, minime, mais il ne recouvre pas strictement le champ sémiologique psychiatrique, il est plus large. Dans le même ordre d'idée : on conseillerait à un "fou" ou un "malade mental" d'aller à l'hôpital psychiatrique pour recevoir des médicaments. Mais, en cas de problèmes psychologiques, les personnes interrogées chercheraient d'abord de l'aide auprès de leurs proches, puis de leur médecin généraliste ; le recours religieux et/ou magico-religieux restant marqué aux **Comores** et à Madagascar.

## E. PREVALENCES DES TROUBLES MENTAUX

**Les troubles mentaux existent partout et quelle que soit la culture.** La prévalence est forte : **près d'une personne interrogée sur trois présente au moins un trouble mental** au moment de l'enquête (troubles dépressifs, anxieux, liés à la consommation d'alcool ou de drogue ou syndrome d'allure psychotique).

Les principaux troubles présentés sont d'abord les **troubles dépressifs** (épisode dépressif majeur, isolé ou récurrent, actuel et/ou passé et dysthymie, qui présentent une prévalence globale de 14% (1334 personnes), se répartissant de 7,5% dans les **Pyrénées Orientales** à 22% à **Tananarive** (**Comores** : 4,7%). **L'épisode dépressif est plus fréquent chez les femmes.** Les troubles dépressifs atteignent toutes les classes d'âge. Quel que soit le site, les personnes séparées ou divorcées présentent proportionnellement, 2 à 3 fois plus d'épisodes dépressifs que les personnes, mariées, veuves ou célibataires, toutefois elles sont peu nombreuses dans les échantillons.

Les **troubles anxieux** présentent également une prévalence importante. **L'anxiété généralisée** concerne **11% (1017 personnes)**. (La fourchette de prévalence pour les sites français va de 7,2% dans les **Pyrénées Orientales** à 13,9% à **Tourcoing**). **La prévalence de l'anxiété généralisée est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.** Ces résultats sont comparables avec les données classiques de la littérature. **La prévalence est la même quelle que soit la classe d'âge et quelle que soit la situation de la personne par rapport à l'emploi. De nouveau, les sujets séparés présentent une prévalence élevée et ceux mariés une prévalence plus faible, mais ils sont peu nombreux.**

Concernant **les troubles liés aux conduites addictives**, le MINI présente les mêmes problèmes de détection que tous les instruments de dépistage de ce type. La fiabilité des réponses dépend en grande partie de la "sincérité" du répondant au moment de l'enquête et du contexte culturel (poids de l'interdit par exemple). **Les troubles liés à la consommation d'alcool (abus ou utilisation nocive) représentent une prévalence globale de 5%** (2,7% en **Guadeloupe** jusqu'à 8,7% à **Tananarive**). Ces troubles sont absents aux **Comores**. **Quels que soient les sites, on peut dire que les pathologies liées à la prise de l'alcool sont masculines. Les troubles liés à la consommation de drogues (abus ou utilisation nocive) atteignent une prévalence globale de 2%** (de 0,3% à **Mahajanga** jusqu'à 4,1% à **Nantes**). Ils sont absents aux **Comores**. En France ils vont de 1% dans la **Vallée de la Lys** à 4,1% à **Nantes**. Ils sont plus fréquents chez les hommes de moins de 35 ans.

**Il existe un hiatus entre la présence de troubles mentaux identifiés par questionnaire diagnostique standardisé et la perception que les personnes en ont.** En France, parmi les personnes qui ont un trouble (identifié par le MINI), seules 30% ont le sentiment d'être malade. Aux **Comores**, à Madagascar et à **Maurice**, ce sentiment est plus répandu : une personne sur deux présentant un trouble a le sentiment d'être malade. De même, **25,5 % des personnes déclarant n'avoir jamais été soignées ni pour "folie", ni pour "maladie mentale", ni pour "dépression" présentent au moins un trouble au MINI.**

Les données épidémiologiques ne peuvent prendre sens et valeur que contextualisées par des données anthropologiques. Des enquêtes anthropologiques complémentaires sont menées sur certains sites.

**Quel que soit le site, les conséquences des troubles sur le travail et la vie quotidienne sont importantes et constantes.** La gêne perçue dans la vie de tous les jours, le travail et les relations avec les autres est particulièrement forte chez les personnes présentant des troubles dépressifs (60% de ces personnes ont une gêne associée). **Cette gêne liée à la présence d'un trouble dépressif est indépendante de tous les critères socio-démographiques (sexe, âge, emploi et revenus), c'est-à-dire qu'elle affecte tout le monde dans les mêmes proportions.**

**Par contre, on peut constater que les représentations semblent immuables :** quels que soient les troubles présents, les représentations associées à la "dépression" restent immuables. Autrement dit, et contrairement à notre hypothèse de départ, que l'on ai (eu) ou pas de troubles dépressifs et/ou anxieux, influe peu sur la représentation que l'on a des personnes dépressives (tolérance, obligation de soins, souffrance, exclusion...).

**Les recours thérapeutiques sont variés et pluralistes :** médecine occidentale, recours religieux ou magico-religieux, médecines douces, psychothérapie... **Quel que soit le mode de traitement des troubles, dans 3 cas sur 4, les personnes estiment que leurs problèmes s'améliorent.**

## POUR RESUMER

Le "fou" c'est l'autre, auquel sont attribuées les conduites violentes et dangereuses, auquel sont déniée la conscience de son état, la responsabilité de ses actes et la souffrance, dont le lieu unique de prise en charge est l'hôpital psychiatrique et le seul traitement les médicaments. (0,5% des personnes interrogées disent avoir déjà été soignées pour folie).

Le "malade mental" reste la figure de la folie médicalisée et porteur d'exclusion et de stigmatisation plus forte que le " fou " (0,7% des personnes interrogées disent avoir déjà été soignée pour maladie mentale).

Le "dépressif " cela peut être soi, plus conscient et responsable de son état et de ses actes, et en souffrant. Il se soigne grâce à ses proches et son médecin généraliste. (14% des personnes interrogées disent avoir déjà été soignées pour dépression).

Le fait de dire que l'on a déjà été soigné pour "folie", "maladie mentale" ou "dépression" ne dépend en rien du trouble mental que l'on a ou que l'on a eu (trouble dépressif, anxieux, addictif ou psychotique). Les représentations sociales semblent déconnectées des représentations psychiatriques.

La représentation du "fou" se mélange à celle du "malade mental" et du "dépressif " aux **Comores** et à Madagascar. La stigmatisation paraît moins forte et la guérison plus envisageable. En France métropolitaine, "fou" et "malade mental" sont la même entité à soigner, ces qualificatifs affublent la personne qui commet un meurtre, un inceste, un viol, qui est violentes avec ses proches : tous les actes qui sont punis par la loi. Il y a un collage entre le médical et le légal, par extension entre asile et prison ?

La "dépression" en se dégageant comme concept acceptable pour soi entraîne-t-elle une plus grande stigmatisation pour celui que l'on imagine "fou" ou "malade mental" ?

Les troubles mentaux sont fréquents, en tous lieux. Pour permettre un accès multiple aux soins, une stratégie de modification des représentations doit être mise en œuvre dans chaque état.

## 2. CONSEQUENCES GENERALES POUR LA SANTE PUBLIQUE

Si nous synthétisons les recommandations issues des 12 sites d'enquête, nous pouvons classer les conséquences générales de l'enquête en termes de santé publique comme suit :

### • **Faire évoluer le système de soins**

- ✓ Cesser de créer des structures de soins répétant l'enfermement, l'exclusion et la stigmatisation asilaire ou transformer radicalement les hôpitaux concentrationnaires (9 sites).
- ✓ Former les acteurs de santé primaires à diagnostiquer et soigner l'anxiété et la dépression (10 sites). Aider au dépistage.
- ✓ Développer des collaborations étroites avec les médecins généralistes en première ligne (4 sites)
- ✓ Respecter les particularismes locaux, en particulier les tradipraticiens (2 sites) et tolérer le pluralisme des prises en charge (car les résultats sont cumulatifs).

### • **Sensibiliser la population générale aux problèmes de santé mentale**

- ✓ Organiser des campagnes de promotion de la santé mentale<sup>2</sup> (8 sites)
- ✓ Lutter contre les perceptions négatives (6 sites)
- ✓ Réfléchir au problème de la violence (3 sites)

### • **Agir sur l'environnement de la personne**

- ✓ Aider les familles dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux (8 sites)
- ✓ Lutter contre la précarité, l'éclatement familial et favoriser la solidarité (4 sites)
- ✓ Intégrer les usagers aux décisions les concernant (3 sites)

### • **Promouvoir la recherche et les échanges inter-sites, inter-îles, inter-pays**

- ✓ Approfondir les données anthropologiques et épidémiologiques (5 sites)
- ✓ Continuer les actions de recherche pluridisciplinaire (4 sites)
- ✓ Mettre en place la télémédecine (2 sites)

---

<sup>2</sup> Des actions ont déjà commencé lors de la journée mondiale de la santé du 7 avril 2001, sur le thème " Non à l'exclusion, oui aux soins")

### 3. REFLEXIONS<sup>3</sup>

Michel Foucault avait-il décidément "raison" ? En France et ailleurs, folie, maladie mentale et crimes sont toujours mêlés à un titre ou à un autre. Les représentations des populations concernant la différenciation entre fous et criminels se font suivant le concept d'irresponsabilité potentielle. Cela est vrai en tout lieu. La peine devient alors le soin – et tous ceux qui fréquentent la psychiatrie seront alors porteurs d'une peine imaginaire, à la fois moitié innocents et moitié coupables. Hier la sanction pour le fou était l'exil, dans les villes refuges, dans les villes d'asile. Aujourd'hui, c'est de plus en plus la prison – où l'on reçoit des soins si on le veut bien (la prison est en train de devenir plus tolérante que la société par rapport aux troubles mentaux !). Ou si ce n'est pas en prison, c'est dans la ville elle-même qu'il faut vivre un exil. (L'exil pour les grecs était pire que la mort, que Socrate affirmait préférer).

L'exil dans cette guerre civile familiale que nous vivons depuis maintenant des années, était la fonction de l'asile psychiatrique du 19<sup>ème</sup> siècle. La folie s'en retourne vers la cité qu'elle n'avait pas complètement quittée. Retour à la cité plutôt qu'à la communauté, alors que les gens ont plutôt besoin d'un entourage et de relations. Aujourd'hui, en France nous avons créé de multiples colonies de repeuplement en ville (appartements thérapeutiques, hôtels thérapeutiques, foyers,...). On espère que les " usagers " (qu'on n'ose plus appeler malades et qui s'organisent en associations loi 1901), pourront un jour se fondre dans la foule des anonymes (pas si anonymes que ça, lorsqu'on voit dans cette enquête le nombre de troubles psychiques présents à un moment donné dans la vie des gens que nous fréquentons de tous les jours).

Aujourd'hui la nouvelle ville se connecte sur Internet et les réseaux passent par là. Bientôt les patients auront accès à leurs dossiers médicaux directement, ainsi que les médecins traitants, les infirmiers libéraux, les spécialistes, les psychiatres, les pharmaciens. Le réseau santé global sera alors créé. La psychiatrie y sera de toutes les façons. Si cela arrive demain, il y aura un fameux chemin à accomplir dans les têtes, surtout dans celles des professionnels de la psychiatrie actuellement bien déconnectés dans leurs institutions spécialisées.

La citoyenneté, c'est les droits et les devoirs identiques pour tous. L'aliénation totale, dit Rousseau ! Ne pas considérer les personnes ayant un trouble mental passager ou non, comme des citoyens irresponsables et de seconde zone, auxquels on va tout excuser (le chemin est long lorsqu'on voit les représentations). Cela va être difficile car l'enquête montre que la population a plutôt tendance à les croire irresponsables, comme les enfants. Pour cela, il faut que ces personnes soient accompagnées.

C'est la seconde révolution psychiatrique : cela suppose de sortir tous les soignants de l'asile et de les transformer en soigneurs externalisés et fréquentables par les populations du secteur. Tel est le défi du 21<sup>ème</sup> siècle. **Car les 10 800 personnes interrogées dans cette enquête sur les sites en France et à l'étranger se disent prêtes à accepter chez elles un proche "fou", "malade mental" ou "dépressif", s'il y a des garanties de prises en charge et de soins.** Soigné veut dire médicaments bien sûr, mais aussi suivi par les médecins et les équipes ; soigné veut dire être réintroduit dans la communauté de tous les jours et en un sens être tenu pour citoyen au quotidien.

De l'espoir tout de même. Le fondement anthropologique de la figure du "fou" et du "malade mental" change un peu depuis deux siècles. C'est au nom du progrès et des libertés qu'on les a enfermés dans l'asile, où 1/3 mourait, 1/3 restait, et 1/3 guérissait (traitement moral à l'appui). C'est au nom du progrès et de la liberté qu'on les aide dorénavant à vivre en ville et que l'on fermera les asiles.

---

<sup>3</sup> Extrait de "La psychiatrie citoyenne" J-L Roelandt, P. Desmons, Eds In-Press (à paraître premier semestre 2002)

En les rendant tous certainement non plus "fou", ni "malade mental" mais "**dépressifs " et/ou "handicapés psychiques"**". La peur est désormais dans la ville et le taux de suicide est élevé chez des citoyens dont les structures mentales n'ont plus la religion comme carcan moral (plus de tabou) et moins de famille, plus disloquée qu'autre chose. Place à de nouvelles solidarités, à une nouvelle conception bien individuelle de la vie. Place à de nouvelles pathologies et de nouvelles souffrances, sans doute. Mais aussi de nouveaux modes d'être et de nouvelles structures de la jouissance.

Ce sont d'ailleurs ces relations de confiance, ces amis, ces autres qui semblent compter le plus pour le soin aux personnes troublées mentalement. Ce sont ces autres (les relations, les proches) qui disent aussi à ce petit autre qui ne le sait pas, que ça ne va pas très bien dans sa tête. Et ça marche aussi : dans  $\frac{3}{4}$  des cas, les personnes interrogées dans l'enquête estiment que les conseils des proches amènent, sinon guérison, au moins amélioration. Comme pour tous les remèdes, que cela soit le médecin généraliste, toujours en première ligne, le médicament, les psychothérapies, les religieux etc. Ce syncrétisme, c'est le pluralisme exactement tel que l'a décrit Jean Benoist.

Par contre, on conseillerait quand même à un ami, ou quelqu'un de la famille "fou" ou "malade mental" d'aller à l'hôpital psychiatrique. Mais au "dépressif" : non ! A Madagascar et aux **Comores**, on pense que l'on peut vraiment soigner sans médicaments. Dire quel "progrès" dans ces contextes demande beaucoup de prudence. Il ne faut pas confier ce progrès aux seules mains des "spécialistes", mais provoquer en tout lieu le débat citoyen quant à ce fameux progrès ! Autre analyse peut-être plus optimiste : l'hypothèse selon laquelle parfois des savoirs profanes, le relationnel non psychothérapique, les religions, les méthodes douces ou Coué fonctionnent comme alternatives à l'hôpital et la psychiatisation était-elle bonne ? Oui, mais les troubles passent avec le temps et quelles que soient la ou les méthodes de soins que l'individu choisit ou que l'on a choisit pour lui...

Dans  $\frac{1}{4}$  des cas cela ne passe pas, les troubles persistent. Et il n'y a pas de passage obligé, d'un remède à un autre, religieux, médicamenteux, officiel, officieux, médical, psychiatrique... Les réponses sociales sont multiples et se conjuguent sous le mode du pluralisme en terme d'accès aux soins. On va voir son médecin généraliste, le psychiatre du coin, le voisin, son oncle, le sorcier ou le religieux, pour des troubles qui ne gênent que 50% des gens qui en ont un et qui donnent l'impression d'être malade à seulement un quart d'entre eux (ce qui n'empêche pas de prendre des psychotropes sans vergogne ou d'aller voir, d'écouter tous conseils possibles et inimaginables). Si ce n'est pas pour la maladie, pourquoi d'autre ? Pour se sentir normal, sûrement et lutter contre le malheur, son malheur, qu'on est décidément pas seul à construire.

Ce raz de marée des symptômes trouvés dans cette recherche est tel que l'on peut se demander ce qu'ils recouvrent, ces fameux 50% de troubles sur toute la vie des populations américaines et ces 30% de troubles communément trouvés dans les enquêtes actuelles, aux Etats-Unis. D'autant plus que, dans les baromètres d'opinion, 90% des français se sentent et se déclarent heureux ! Et que, d'après les critères de l'OMS, la France a le meilleur système de santé au monde !

Cette autre partie de la recherche met sur la sellette la **sempiternelle question de la norme** – de ce qui est normal (l'anxiété, le coup de blues, l'excitation passagère, la boulimie, l'alcoolisme momentané) en référence au pathologique : question d'intensité, de temps, de durée et certainement de gêne, de soi ou d'autrui. L'homme reste sur le fil malgré l'augmentation de l'espérance de vie et l'équilibre troublé/non troublé est un perpétuel balancement. Vivre oui, mais à quel prix ? Quel est le prix du trouble ? Et du fantasme du non-trouble ? Il vit plus longtemps, mais les inégalités entre riches et pauvres vis à vis de la maladie se creusent. Encore. Toujours.

**Le continuum entre le normal et le pathologique** ressurgit de façon abrupte. On voit les représentations basculer du normal au diagnostic de "fou" et/ou de "malade mental". Ces représentations restent dures, fortes et très stigmatisantes, indépendantes des lieux, des pays et des villes.

La deuxième phase de l'étude (sur un échantillon national en France) et dans les pays du Maghreb, confirmera ou infirmera ces chiffres. Si elle les confirme, il y aura du pain sur la planche vis-à-vis des populations et des modes de pensée qui fabriquent le traçage progressif de l'individu vers les marques sociales stigmatisantes de la folie ou de la maladie mentale. Et c'est bien évidemment la même chose en France métropolitaine, à Madagascar et aux **Comores**. Invariables et invariants que nous aurons à bouter hors de nos représentations. Bascule nécessaire à l'avenir radieux de la psychiatrie citoyenne en France, et ailleurs...

**A partir de ces données il apparaît évident que la question de la prévention en santé mentale est et reste complexe.** Certes, il n'y a pas de différence de nature dans les mesures de prévention préconisées par l'OMS entre maladies mentales et physiques. Le concept même de santé mentale étant induit dans le concept de santé globale : "complet état de bien-être physique, mental et social et pas seulement absence de maladie ou de handicap". Etat impossible à qualifier hormis l'asymptomatologie totale (jouissance de la pulsion de mort...)!

Il est possible que le fossé se creuse encore plus entre la médecine scientifique triomphante et les rituels et pratiques d'un autre temps. Il en restera de toutes les façons des résurgences à l'avenir : on voit bien l'obsessionnel aujourd'hui fonctionner avec une pensée magique sans dieu ni magie et la psychanalyse laïque occuper elle-même parfois cette place sur un mode symptomatique. La psychanalyse, aujourd'hui en difficulté dans un contexte qui prône l'efficacité asymptotale, est une forme de réponse à l'angoisse et à la douleur de l'homme. C'est aussi un écho laïque à l'invisibilité et à ses effets, d'un au-delà de l'au-delà du principe de plaisir qui ne s'appellerait pas simplement Dieu ...

On ne sait jamais bien pourquoi l'un est considéré comme "fou" ou malade et l'autre pas. On a quelques idées là-dessus mais vagues. La résorption naturelle de 80% des troubles qui guérissent "spontanément" et quoi qu'on fasse, est peut-être une résorption surtout culturelle. Car elle s'accompagne d'une ritualisation qui permet au groupe de se réapproprier le symptôme. Mais même cette idée, un peu passive, mérite discussion, ne serait-ce que pour les 20% de "résistants". A moins d'attendre que ça se délite, ça passe avec encore plus de temps, que ça se chronicise, ça s'invalide ou que ça meurt. Le temps, plus que tout, demeure le maître de la psychiatrie.

A Madagascar, les psychotiques ne sont pas guéris après l'exorcisme mais ils se trouvent intégrés encore plus fortement dans leur groupe familial et culturel. L'exclusion c'est l'abandon culturel en quelque sorte. C'est pour cela que l'hôpital psychiatrique, bouillon d'une autre culture que celle de l'intéressé, a tant créé d'exclusion par acculturation de la culture familiale d'origine et "reculturation" dans la culture artificielle de la psychiatrie. Le tout est de ne pas comparer la pratique de la psychiatrie à la culture locale. C'est la question de la *psychiatrie citoyenne* chez nous, décidée à se confronter au bord d'elle-même, à ce qui la déborde plus qu'à ce qui l'absorbe.

Tous ces phénomènes officiels, médicaux, religieux, occultes, se chevauchent, surtout quand il s'agit de maladies chroniques psychiatriques. Dans le département du Nord de la France, nombreux sont ceux qui sont allés voir Ste Rita à Vendeville, les pères d'Ypres dans les Flandres, la Vierge à Lourdes et consultent voyants, guérisseurs, même d'autres cultures -quand ce ne sont pas des sorciers, moins fréquents dans notre région maintenant (50.000 sorciers et sorcières ont été brûlés en Flandres et aux Pays-Bas durant l'Inquisition). Les rituels sont donc variés au Nord comme au Sud et le pluralisme prévaut partout...

On conçoit aisément l'importance de tout dédoisonnement en la matière, car toute querelle de territoire est terrible pour le champ de la " santé mentale ". Pour y comprendre quelque chose, la lecture des faits et événements doit être multiple et elle-même pluraliste. " *La psychiatrie réussit quand elle parvient à transformer le malheur pathologique en malheur normal* ", disait Freud. Et là, il ne reste plus que la philosophie, la politique, le religieux et l'anthropologie pour " aider " enfin ces êtres humains malheureux mais guéris, ou l'inverse.....

Pourquoi la rencontre avec l'anthropologie après la sociologie et l'ethnologie, nous a-t-elle permis de mieux comprendre la question de l'*infra-prévention non administrative* ? Parce que vingt ans après, à la question pertinente " *Pourquoi l'un et pas l'autre souffre-t-il de troubles psychiatriques* " ? La réponse est simple : 50 % de la population<sup>4</sup> ont été ou seront confrontés à un "trouble" dans sa vie. Donc qu'en est-il du hasard à ce stade ? La boîte noire qui permet de vivre sa folie en étant intégré socialement, amène la réponse "hystérique" suivante : c'est l'intégration du symptôme dans la culture et sa réinterprétation par les acteurs de celle-ci qui décide du destin du symptôme. En réalité, la réponse existait depuis bien longtemps. Les **Comores** sont un Etat sans prévention administrative des troubles mentaux : c'est le religieux et le magico-religieux qui s'en chargent. Comme en Occident d'ailleurs, le message y est brouillé par l'omnipotence évidente du tout psychiatrique développé par la société occidentale. Le brouillage est encore plus efficace quand s'ajoute à cela le " psychologique " et surtout le "psychanalytique".

**L'enfermement psychiatrique du sujet désigné comme "fou" reste une barbarie, qui lui soutire le droit d'être humain, c'est-à-dire d'être responsable de son destin. Répondre autrement à la Folie que par l'enfermement physique ou psychique, reste un vaste dessein politique, culturel, social et philosophique, un chantier à ouvrir sans cesse, un chantier à revivifier.**

**Les droits de l'homme et du citoyen sont inaliénables. C'est sur ces principes que doit se fonder une politique de santé mentale citoyenne, qui ne confonde plus jamais logiques de soins et logiques d'enfermement.**

---

<sup>4</sup> selon les données américaines de l'enquête ECA

## XIX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 *La santé mentale dans le monde : problèmes et priorités des pays à faible revenu*. New York: Oxford University Press, 1997.
- 2 Üstün TB, Sartorius N (Eds.): *Mental Illness in General Health Care. An international study* (1995). WHO-John Wiley & sons, London
- 3 Kessler RC, McGonagle K., Zhao S et al : *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: 8-18, 1994.
- 4 Sermet C : *Les français et leur santé : De quoi souffre-t-on ?* Description et évolution de la morbidité déclarée 1980-1990. Solidarité Santé : Etudes statistiques. I :37-55, 1994.
- 5 Garrabé J, Pascal JC, Kipman SD et al. (Eds.) : *Image de la psychiatrie*. Frison-Roche, Paris, 1996
- 6 Brockington IF, Hall P, Levings J, Murphy C : *The Community Tolerance to The Mentally Ill*. British Journal of Psychiatry, 162 : 93-99, 1993.
- 7 Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J : *Community knowledge of Mental Illness and Reaction to Mentally Ill People*. British Journal of Psychiatry, 168 :191-198, 1996.
- 8 Roelandt JL et al : *Articulation de la folie à la totalité du système social*. Recherche Action (Conseil Régional Nord-Pas-de-Calais 1978-1984) 2700 pages, un film, une exposition et 27 publications.  
Roelandt JL, Selod S : *La mariée était pourtant belle... Petite histoire illustrée des travaux gigantesques du Comité de pilotage " Image et Communication en Santé mentale "*. Nervure T9 : 43-51, Déc 1996 – Janv 1997.
- 9 DRESS : *L'offre de soins en psychiatrie : des modèles différents selon les départements ?*. Etudes et résultats n°48, janvier 2000.
- 10 Roelandt JL, Caria A, Mondière G et al : *La santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête*. L'information psychiatrique, 76 (3) : 279-292.
- 11 Firdion JM, Marpsat M, Bozon M : *Est-il légitime de mener des enquêtes statistiques auprès des sans domicile ?* Une question éthique et scientifique . Revue Française des Affaires Sociales. 49<sup>e</sup> année, 2-3 : 29-52, 1995.
- 12 Kovess V : *Les enquêtes de population générale versus les enquêtes de clientèle*. Psychiatrie, 3, 4. N° 84-85, 1988.
- 13 Enquête ECA citée par le rapport du General Surgeon du Department of Health and Human Service, NIH, 1999.
- 14 Hahn RA : *Sickness and Healing. An anthropological perspective*. Yale University Press, 1995.
- 15 Jodelet D : *Folies et représentations sociales*. Paris, Presses Universitaires de France, 1989.
- 16 Durkheim E : *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1968.
- 17 Larra F, *Image et représentation du cancer du mythe à la réalité*. Revue Française de psychiatrie et de Psychologie médicale, 14-17, 1996.
- 18 Gaussoit L, *Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du "Bien Boire"*. Science sociale et Santé, vol 16, 1, 1988.

- 19 Boiral P, Brouat JP : *La folie, c'est quoi ?*. Santé mentale, 1, octobre 1995.
- 20 Brouat JP : *Les représentations sociales de la folie*. Communication personnelle, octobre 1996.
- 21 *Ibid cit. 5*
- 22 Pénochet JC, Guimelli C : *Représentations sociales, image du psychiatre et de la psychiatrie*. Nervure, Tome IX, n°9, déc. 1996-janvier 1997.
- 23 Angermeyer MC, Matschinger H : *Lay beliefs about mental disorders: a comparison between the western and the eastern parts of Germany*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 34(5) : 275-81, 1999.
- 24 Chou KL, Mak KY, Chung PK, Ho K : *Attitudes towards mental patients in Hong Kong*. Int J Soc Psychiatry, 42(3) : 213-9, 1996.
- 25 Cheung FM : *People against the mentally ill: community opposition to residential treatment facilities*. Community Ment Health, J 26(2) : 205-12, 1990.
- 26 Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S : *Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals*. Aust N Z J Psychiatry, 33(1) : 77-83, 1999.
- 27 Paykel ES, Hart D, Priest RG : *Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign*. Br J Psychiatry, 173 : 519-22, 1998.
- 28 Reda S : *Public perceptions of former psychiatric patients in England*. Psychiatr Serv, 47 (11) : 1253-5, 1996.
- 29 Angermeyer MC, Matschinger H, Holzinger A : *Acceptance of community psychiatry reform in the population : Results of a representative study in new German federal lands*, Psychiatr Prax 26 (1) : 16-21, 1999.
- 30 Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J : *Community attitudes to mental illness*. Br J Psychiatr 168(2) : 183-90, 1996.
- 31 Taylor MS, Dear MJ : *Scaling community attitudes towards the mentally ill*. Schizophrenia Bull., 7, 225-240, 1981.
- 32 Angermeyer MC, Matshinger H : *Public attitudes towards psychiatric treatment*. Acta Psychiatr Scand , 94 : 326-336, 1996.
- 33 Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA et al : *Mental health literacy : a survey of the public's ability to recognise mental disorders and beliefs about treatment*. Med J Aus, 166 : 182-186, 1997.
- 34 Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA et al : *Belief system of the general public concerning the appropriate treatment for mental disorder*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 32 : 468-473, 1996.
- 35 Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA et al : *Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia*. Soc Psychiatry Epidemiol, 32 : 143-148, 1997.
- 36 Brockington IF, Hall P, Levings J, Murphy C : *The Community's tolerance to the mentally ill*. Br J Psychiatry, 162 : 93-99, 1993.
- 37 Hayward P., Bright JA : *Stigma and mental illness : a review and critique*. Journal of mental health, 6 : 345-354, 1997.
- 38 Rapport du General Surgeon du Department of Health and Human Service Mental Health : a report of the Surgeon General. Commenté dans *Pluriels*, 22, juin 2000. <http://www.surgeongeneral.gov/Library/MentalHealth/>
- 39 Day DM, Page S : *Portrayal of mental illness in Canadian newspapers*. Can J Psychiatry, 9 : 813-731, 1986.
- 40 Dudley M : *Images of psychiatry in recent Australian and New Zealand fiction*. Aust N Z J Psychiatry, 28(4) : 574-90, 1994.

- 41 Wilson C, Naim R, Coverdale J, Panapa A : *Mental illness depictions in prime-time drama: identifying the discursive resources*. Aust N Z J Psychiatry :  
33 (2) : 232-9, 1999.
- 42 Wilson F, Naim R, Coverdale J, Panapa A : *How mental illness is portrayed in children's television*. Br J Psychiatry, 176 : 440-443, 2000.
- 43 Paykel ES, Tylee A, Wright A, Priest RG, Rix S, Hart D : *The Defeat Depression Campaign: psychiatry in the public arena*. Am J Psychiatry, 154(6) : 59-  
65, Suppl, 1997.
- 44 *Ibid 38*.
- 45 Kohn R, Shama D, Camilleri CP : *Attitudes towards mental illness in the commonwealth of Dominica*. Rev Panam Salud Publica, 7(3) : 148-54, 2000.
- 46 Erinosh O, Ayonrinde A : *A comparative study of opinion and knowledge about mental illness in different societies*. Psychiatry, 41(4) : 403-10, 1978.
- 47 Roth D, Antony MM, Kerr KL, Downie F : *Attitudes toward mental illness in medical students : does personal and professional experience with mental illness make a  
48 difference ?* Med Educ, 3 : 234-634, 2000.
- 48 Rapport du General Surgeon du Department of Health and Human Service, Mental Health : a report of the Surgeon General, *ibid cit*, 2000.
- 49 Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ : *Stigmatisation of people with mental illnesses*. Am J P 4-7, 2000.
- 50 Kovess V, Murphy HB, Tousignant M : *Are depression perceived by the public and depression described by DSM-III the same ?* Can J Psychiatry, 34(9)  
: 913-20, 1989.
- 51 World Health Organization : The WHOQOL GROUP, Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life instrument.  
Quality of Life Research, 2, 153-159, 1993.
- 52 Caria A, Quemada N : L'Organisation Mondiale de la Santé développe un nouvel instrument d'évaluation de la Qualité de vie : le WHOQOL. *L'Information  
Psychiatrique*, No 3, 261-266, 1995.
- 53 Ratsifandriahamanana P : *Aperçu sur les modes de représentation traditionnelle de la folie, et tentatives de prise en charge culturelle de la souffrance  
psychique à Madagascar*, In : L'espoir transculturel, Cultures, exils et folies dans l'Océan indien, Eds INSERM - L'Hamattan, 1990.
- 54 Benoist J : *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, Presse s Universitaires de France, 1993.
- 55 Reverzy JF : *Cultures, exil et folies dans l'Océan indien*, In : L'espoir transculturel, Vol. I, Paris, Eds INSERM-L'Harmattan, 1990,.
- 56 Bibeau G. et Corin E. *Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale*. In La construction de  
l'anthropologie québécoise, Mélanges offerts à Marc-Adélar Tremblay, Presses universitaires de Laval, Sainte Foy, 1995.
- 57 *Classification internationale des maladies*, 10ème édition, Chapitre V Troubles mentaux et troubles du comportement. Masson-OMS pour la traduction  
française, 1993.
- 58 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association. Revised Third Edition, Washington, DC, American Psychiatric  
Association, 1987.
- 59 Robins LN, Helzer JE, Croughan JL et al : National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Arch  
Gen Psychiatry*, 38 : 381-389, 1981.
- 60 Regier DA, Myers JK, Kramer M et al : *The NIMH Epidemiological Catchment Area Program*. *Arch Gen Psychiatry*, 41 : 934-941, 1984.

- 61 Kovess V, Fournier L : *The DISSA : An abridged self-administered version of the DIS, Approach by episode*. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 25(4): 179-186, 1990.
- 62 World Health Organization : *CIDI-Core, Composite International Diagnostic Interview*. Core version, Division of Mental Health, Geneva, 1990.
- 63 World Health Organization : *Present State Examination 10th version*. Division of Mental Health, Geneva, 1986.
- 64 Kovess V, Chanoit P, De Vignan : *Le CIDISSA une méthode rapide de détection des diagnostics psychiatriques. Résultats d'une enquête préliminaire dans les Yvelines*, Evolution psychiatrique. 57:225-236
- 65 Kovess V, Gysens S, Chanoit PF : *Une enquête en santé mentale : l'enquête de santé des franciliens*. Ann Med Psychol, Paris, 151: **624-8**, 1993.
- 66 Kovess V : *La santé mentale des Bas Normands*. In : La Basse Normandie face à sa santé. INSEE, 21-27, 1998.
- 67 Guesdon I, Roelandt JL : *Enquête lilloise sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe*. L'Information psychiatrique, 74 : 343-357, 1998.
- 68 Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E et al : *The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI*. Eur Psychiatry, 12; 224-231, 1997.
- 69 Sheehan DV, Lecrubier Y, Hamette Sheehan K et al : *The validity of the MINI according to the SCID-P and its reliability*. Eur Psychiatry, 12: 232-241, 1997.
- 70 Lecrubier Y : *Validation of the MINI in four European Countries* (communication personnelle)
- 71 Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A : *Depression in the community : the first pan European study DEPRES (Depression Research in European society)*, Eur Psychiatry, 12(1) :19-29, 1997.
- 72 Le Pape A, Lecomte Th : *Prévalence et prise en charge médicale de la dépression*. CREDES, Rapport n°1277, sept. 1999.
- 73 Communication personnelle, in *Rapport de pré-enquête et d'étude pilote*, ASEP-CCOMS-EPSM Lille Métropole, 1998
- 74 Caria A, Mondière G, Bruynooghe N, Treboutte G, Vignat JP, Roelandt : *Problèmes méthodologiques liés à l'identification des troubles psychotiques en population générale, à paraître*
- 75 Epidémiologie de la schizophrénie, in *Epidémiologie des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux*, OMS, Genève, 1995, R. Warner et G. de Girolamo, p19
- 76 Livet M : *La mauvaise réputation, l'importance des représentations de la folie sur la pratique des infirmiers psychiatriques*. Nervure, Tome IX, n°9 Déc. 1996-janv. 97.
- 77 WHO Last update 30.09.96
- 78 Regier DA, Myers JK, Kramer M et al : *The NIMH Epidemiological Catchment Area Program*. Arch Gen Psychiatry, 41 : 934-941, 1984.
- 79 Robins LN, Regier DA (Eds), *Psychiatric Disorders, In America : The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York, NY: Free Press, 53-80, 1991.
- 80 Kessler et al Ibid cit
- 81 Lépine JP, Lellouch J, Lovell A, Téhérani M, Pariente P : *L'épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs dans une population générale française*. Confrontations psychiatriques , 35 : 139-161, 1993.

- 82 *Ibid* 65
- 83 *Ibid* 71
- 84 *Ibid* 72
- 85 Fombone E, Fuhrer R : *Epidémiologie et psychiatrie : question de méthode*. Sciences Sociales et Santé, 4(1) : 97-115, 1986.
- 86 Ministère de la santé, de l'action sociale et de la population de la République Fédérale Islamique des Comores, 1996.
- 87 Ministère de la santé et de la population, République de Madagascar, 1995.
- 88 Mauritius Ministry of Health.
- 89 Carstairs GH, Kapur : *The great universe of kota. Stress, change and mental disorder in an indian village*. Un of California Press, 1976.
- 90 Présentation des sites de la recherche, In : Actes du congrès *Santé mentale, santé publique : cinquante ans de départementalisation*, St Gilles de La Réunion, 2-5 décembre 1996.
- 91 Bilan complet : *Rapport de pré-enquête et d'étude pilote*, ASEP-CCOMS-EPSM Lille Métropole, 1998.
- 92 Bibliographie établie par MN Danjou-Wargner, ASEP-CCOMS-EPSM Lille Métropole, 1998.
- 93 *Ibid* 10
- 94 Eynaud M, Remy G., L'Etang S : *Petit lexique de la folie en Guadeloupe*. L'information psychiatrique, 76 (3), 2000
- 95 INECOM : *The International Network for Cultural Epidemiology and Community Mental Health*, Montreal WHO Collaborating Centre, Douglas Hospital, Montreal, 1993.
- 96 *Analyse des Lexèmes Co-occurents dans les Enoncés Simples d'un texte*, logiciel distribué par le CNRS.
- 97 Max Reinert : *ALCESTE : une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application : Aurélia de G. de Nerval*, Bulletin de Méthodologie Sociologique, 26 : 24-54, 1990.
- 98 Murielle Faure Tunno "La place du malade mental dans notre société française actuelle", Thèse soutenue à l'université de Montpellier, 2000
- 99 Cooper-Patrick L et coll. (1997) Identification of patients attitudes and preferences regarding treatment of depression, Journal Gen. Intern. Med, 12 : 431-438
- 100 Benoist J. : *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, Presses Universitaires de France, 1993.
- 101 Jorm A.F., Korten A.E., Jacomb P.A. et al., *Mental health literacy : a survey of the public's ability to recognise mental disorders and beliefs about treatment*, 1997, Med J Aus 166 : 182-186.
- 102 Ogden J. et coll. (1999) " You're depressed ? " " No I'm not " *GPs and patients' different models of depression*, Br. J. Gen. Practice, 49 : 123-124
- 103 Prince R. *Frequency of depressions in african natives*. Rev. and Newsletter, Mc Gill Un. Press, Montréal, 1962, 42-48
- 104 Prince R. : *The changing picture of depressive syndroms in Africa : is it a fact or a diagnostic fashion ?* Canad. J. Afr. Stud., 1968, 1, 177-192

- <sup>105</sup> Schieffelin E. *The Cultural Analysis of Depressive Affect : n Example from New Guinea*. In *Culture and Depression*, University of California Press, 101-133
- <sup>106</sup> Kleinman A., Good B. *Culture and Depression*, University of California Press
- <sup>107</sup> Kleinman A *Rethinking Psychiatry From cultural category to personal experience*. The Free Press
- <sup>108</sup> Collomb. H *Les aspects culturels des dépressions*. Rev. Prat. (1978), 28, 39, 3025-3030
- <sup>109</sup> Voir par exemple : Brochier T, Bayle F.-J, 1995, *Dépression et maladies anxieuses*, in Olié JP et al, Paris Flammarion, Les maladies dépressives, 165-172
- <sup>110</sup> Chastang F. (1999) *Dépression et troubles anxieux*, Neuro-Psy, numéro spécial : Dépression et comorbidité psychiatrique, 4-5
- <sup>111</sup> Docherty JP (1997) *Barriers to the diagnosis of depression in primary care* , J. Clin. Psychiatry, 58, suppl. 1 : 13-18, cité par le Groupe d'Experts coordonné et présidé par PrPh Parquet, « Itinéraires de déprimés », janvier 2001.