

Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé  
pour la recherche et la formation en santé mentale  
(CCOMS, Lille-France)



**Santé mentale en population générale :**  
**Images et Réalités**  
**Masevaux-Thann-Cernay**



L'étude "La santé mentale en population générale : images et réalités" est une recherche-action internationale multicentrique menée par l'Association septentrionale d'Epidémiologie psychiatrique (ASEP) et le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France).

Ses objectifs principaux sont, d'une part, de décrire les représentations liées à la « maladie mentale », la « folie », la « dépression » et aux différents modes d'aide et de soins, et, d'autre part, d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux, dans la population générale âgée de 18 ans ou plus.

Il s'agit aussi de sensibiliser les partenaires sanitaires, sociaux, associatifs et politiques à l'importance des problèmes de santé mentale et de promouvoir l'instauration d'une psychiatrie intégrée dans la Cité.

L'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG) a été réalisée sur le territoire de Masevaux-Thann-Cernay, du 28 février au 13 mars 2019, auprès de 987 personnes.

Les données ont été recueillies dans la rue, anonymement, par des enquêteurs formés, grâce à des questionnaires administrés au cours d'entretiens en face à face. L'échantillon a été constitué en utilisant la méthode des quotas, à partir des données du recensement de la population de 2015 à savoir : âge, sexe, niveau d'études et catégorie socio-professionnelle.

Pour la population du territoire de Masevaux-Thann-Cernay :

#### ***Prévalence des troubles psychiatriques :***

1. Un trouble psychique a été repéré chez plus de deux adultes sur dix (25,5%).
2. Les troubles anxieux sont les plus fréquents (15,9%), suivis par les troubles de l'humeur (10,8 %).
3. Plus de 3% des participants présentent un problème lié aux drogues (3,1%) et à la consommation d'alcool (3,3%).
4. Les adultes de moins de 30 ans semblent plus concernés par un trouble psychique (40,8%) que les autres.
5. Si on n'observe pas de différence du risque de présenter au moins un trouble mental en fonction du sexe, les femmes et les hommes présentent néanmoins des types de troubles différents (davantage de troubles anxieux et dépressifs chez les femmes, davantage de troubles liés à l'alcool et aux drogues chez les hommes).
6. Les probabilités de présenter au moins un trouble est plus élevée chez les jeunes (18-29 ans), les personnes célibataires, et les personnes ayant un faible revenu familial.

#### ***Représentations de la santé mentale :***

1. Sur le territoire de Masevaux-Thann-Cernay, les images du « fou » et du « malade mental » sont relativement proches, souvent associées à la dangerosité et à l'anormalité.
2. Selon les personnes interrogées, le « fou » et le « malade mental » sont principalement reconnaissables à leur comportement, ensuite à leurs discours alors que le « dépressif » est reconnaissable d'abord à son apparence puis à son comportement.
3. L'origine la plus fréquemment citée renvoie aux événements de la vie pour la « folie » et la « dépression », et à l'origine physique pour la « maladie mentale ».
4. Pour plus de 8 personnes sur 10, le « malade mental » et le « fou » sont perçus comme « non responsables » de leur état. La souffrance est davantage attribuée au « dépressif » (98%), qu'au « malade mental » (81%) ou au « fou » (66%). 9 personnes-sur 10 pensent que le dépressif peut guérir (Tableau 4). Les traitements médicamenteux sont majoritairement cités comme soin pour les trois « étiquettes ».
5. Le soutien relationnel est le recours au soin le plus fréquemment cité (64,2%) pour les personnes souffrant d'au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	Masevaux-Thann-Cernay N = 987
<b>Genre</b>	
Masculin	44,3%
Féminin	55,7%
<b>Age</b>	
De 18 à 29 ans	20%
De 30 à 39 ans	13,8%
De 40 à 49 ans	17,8%
De 50 à 59 ans	17,9%
60 ans et plus	30,5%
<b>Situation maritale</b>	
Célibataire	26,4%
Marié, concubinage, union libre	58,2%
Séparé, divorcé	9,5%
Veuf, veuve	5,8%
<b>Niveau d'études</b>	
Non scolarisé	3,4%
Cycle primaire non terminé	2,8%
Cycle primaire terminé	8,1%
Cycle secondaire non terminé	32%
Cycle secondaire terminé	25,2%
Niveau universitaire ou équivalent	27,4%
<b>Situations et catégories socio-professionnelles</b>	
<b>Ayant emploi</b>	
56,6%	
Agriculteur	0,8%
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	4,0%
Cadre, profession intellectuelle supérieure	7,1%
Profession intermédiaire	11,3%
Employé	19,3%
Ouvrier	14,2%
<b>Sans emploi</b>	
43,3%	
Retraité	25,9%
Chômeur	6,1%
Etudiant	7,1%
Femme au foyer	0,8%
Autres	3,3%

<b>CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON</b>	Masevaux- Thann-Cernay N = 987
<b>Revenu familial mensuel</b>	
Moins de 840 Euros	4,7%
De 840 à 1 300 Euros	15%
De 1 300 à 2 520 Euros	37%
Plus de 2 520 Euros	43.3%

## Représentation de la « folie », de la « maladie mentale » et de la « dépression » :

### DES IMAGES DU « FOU » ET DU « MALADE MENTAL » PROCHE ET ASSOCIEES A LA DANGEROUSITE ET A L'ANORMALITE.

L'enquête permet aussi de décrire les représentations que les personnes interrogées ont de la « folie », de la « maladie mentale » et de la « dépression ».

Certains comportements ou attitudes sont fréquemment associés à la « folie » ou la « maladie mentale » (Figure 7) : le fait de commettre un meurtre, un viol, un inceste, de battre son mari ou sa femme ou ses enfants sont attribués avant tout au « fou », et en second au « malade mental ». Pour plus de 40% des personnes interrogées, quelqu'un qui délire, hallucine, qui est violent envers lui-même est « malade mental », puis « fou ».

Plus de 90% jugent la plupart de ces comportements « anormaux » et « dangereux ». (Figures 8 et 9).

De façon similaire, pleurer souvent ou être triste, faire une tentative de suicide, être isolé et chercher à être seul, sont des conduites majoritairement associées au « dépressif » (Figure 7).

Ces comportements sont jugés anormaux par une majorité des personnes interrogées, excepté le fait de s'isoler.

Avoir un comportement bizarre, prendre des drogues, prendre des boissons alcoolisées, être négligé, faire des crises de convulsions, être anxieux sont peu attribués au « fou », au « malade mental » et au « dépressif ». Ces comportements, quoiqu'anormaux, sont considérés comme peu dangereux, sauf prendre des drogues et des boissons alcoolisées qui sont considérés comme des comportements dangereux.

Les représentations sociales montrent à l'évidence la persistance de l'association « fou »/« malade mental » avec « comportements violents et illégaux, dangereux et anormaux ».

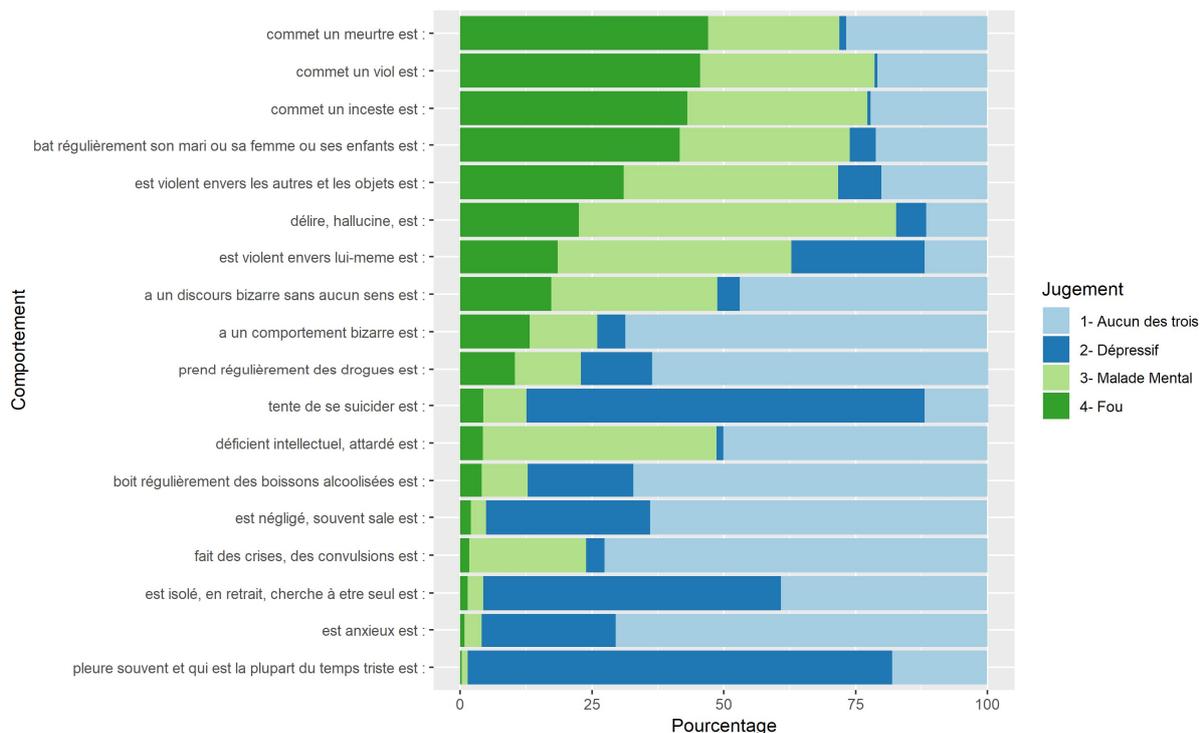


Figure 7 : Selon vous, quelqu'un qui....est : « fou », « malade mental », « dépressif »

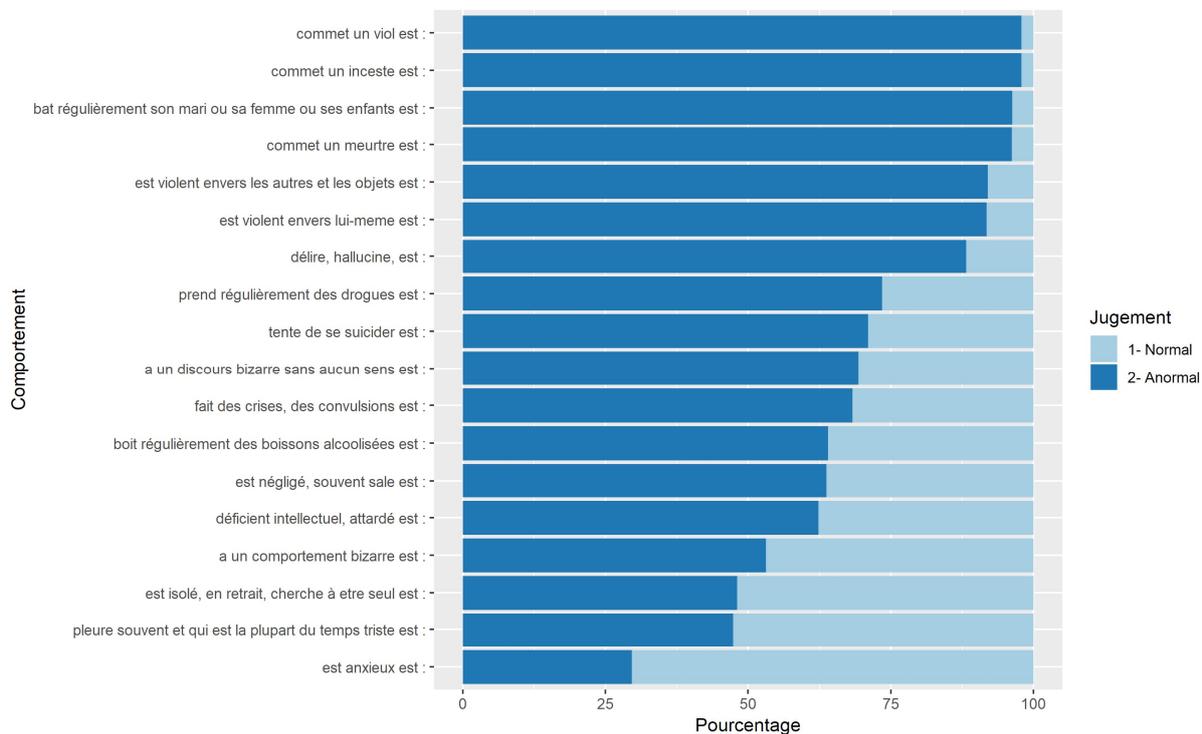


Figure 8 : Selon vous, quelqu'un qui....est : « normal », « anormal »

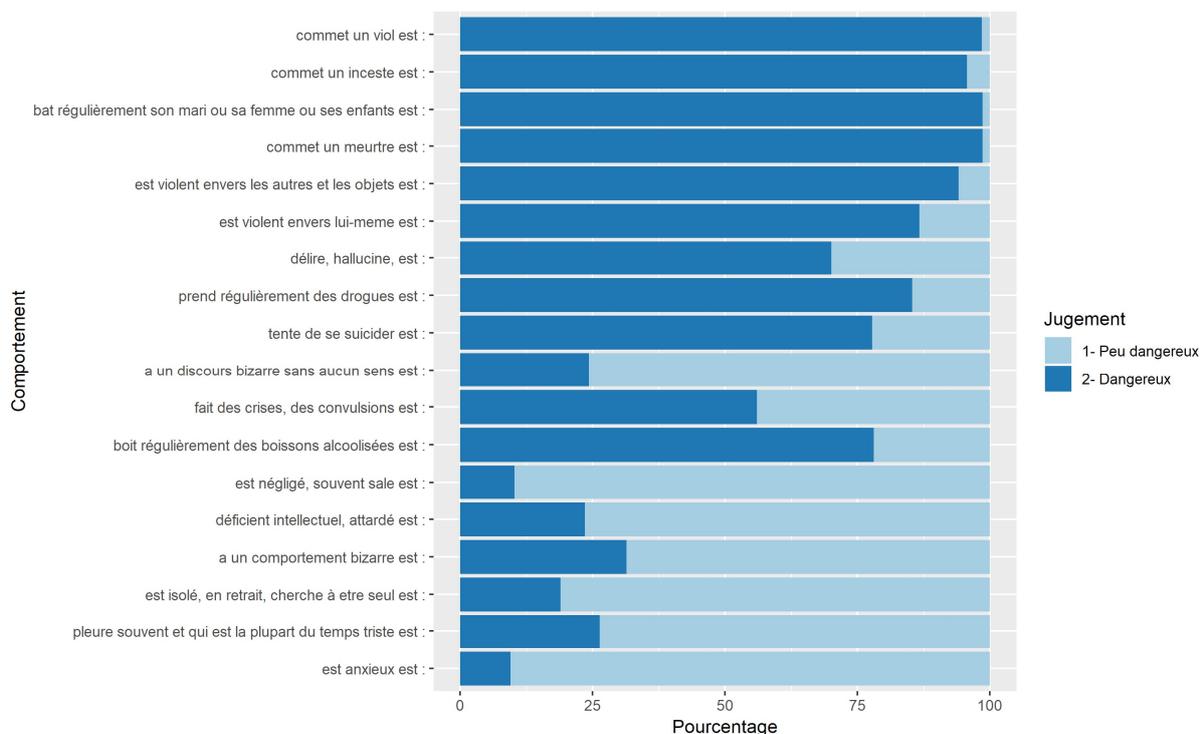


Figure 9 : Selon vous, quelqu'un qui....est : « dangereux », « peu dangereux »

## LE « FOU » ET LE « MALADE MENTAL » RECONNAISSABLES A LEUR COMPORTEMENT.

Pour la population de Masevaux-Thann-Cernay interrogée, le « fou » et le « malade mental » se reconnaissent en premier lieu à leur comportement (Figure 10). Le « dépressif » quant à lui est reconnaissable d'abord grâce à son apparence, ensuite à son comportement.

On retrouve un profil de réponse similaire pour le « fou » et le « malade mental » pour lesquels, après le comportement, sont cités le discours et l'apparence.

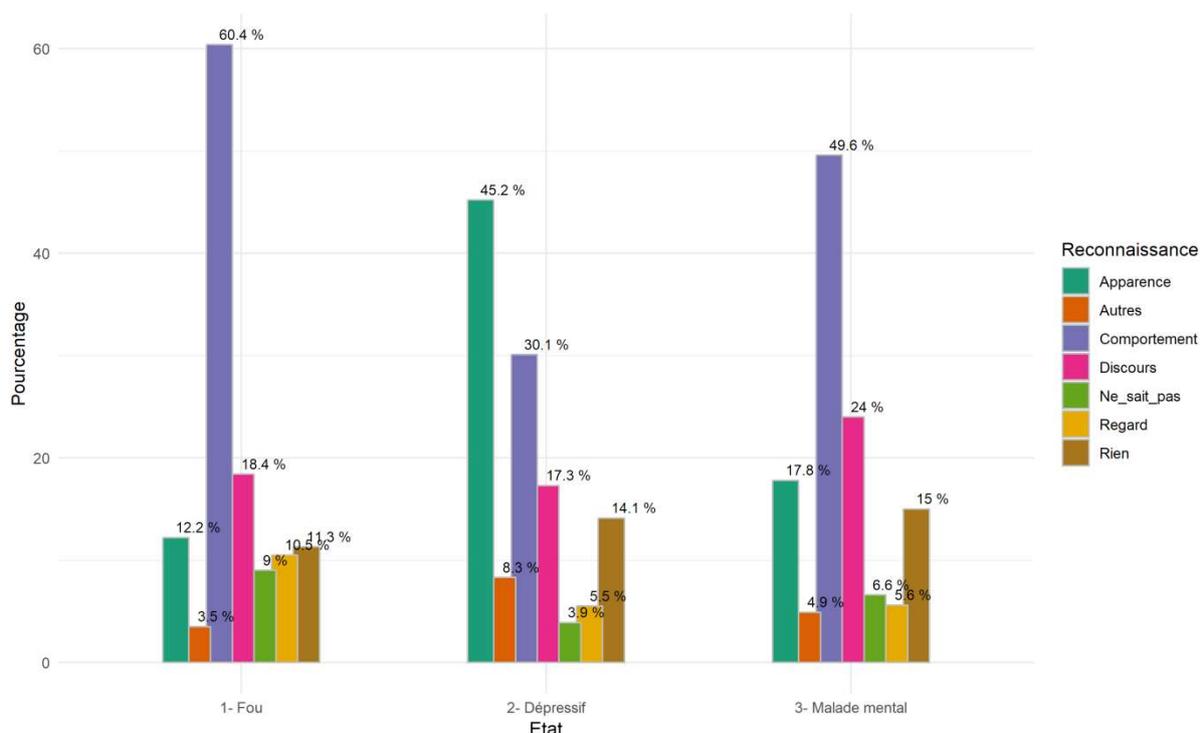


Figure 10 : Selon vous, à quoi reconnaît-on un « fou » / « malade mental » / un « dépressif » ?

## DES ORIGINES ESSENTIELLEMENT PHYSIQUES POUR LA « MALADIE MENTALE » ET LIEES AUX EVENEMENTS DE LA VIE POUR LA « FOLIE » ET LA « DEPRESSION ».

Les personnes interrogées ont une idée très différente de ce que pourrait être l'origine de la « folie », de la « maladie mentale » et de la « dépression » (Figures 11, 12 et 13).

Plus de six personnes sur dix citent une origine physique pour la « maladie mentale », la moitié cite les événements de la vie pour la « dépression », et pour la « folie », aucune tendance n'apparaît.

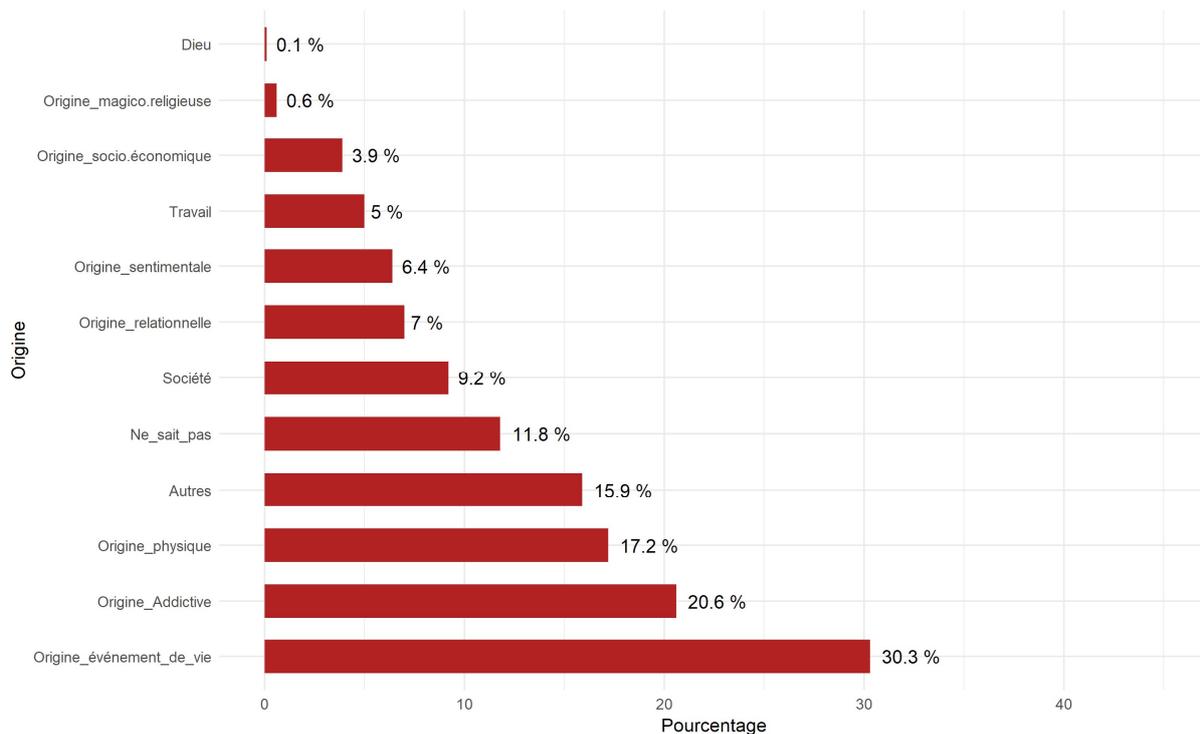


Figure 11 : Selon vous, qu'est-ce qui peut rendre « fou » ?

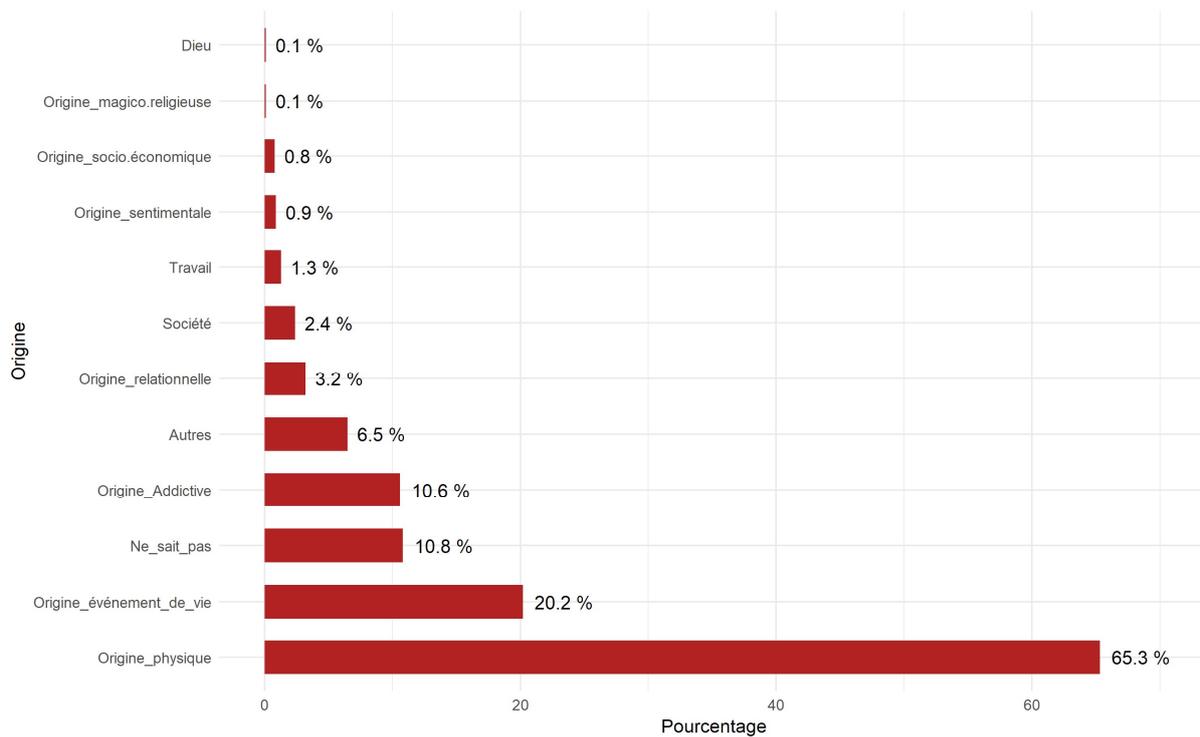


Figure 12 : Selon vous, qu'est-ce qui peut rendre « malade mental » ?

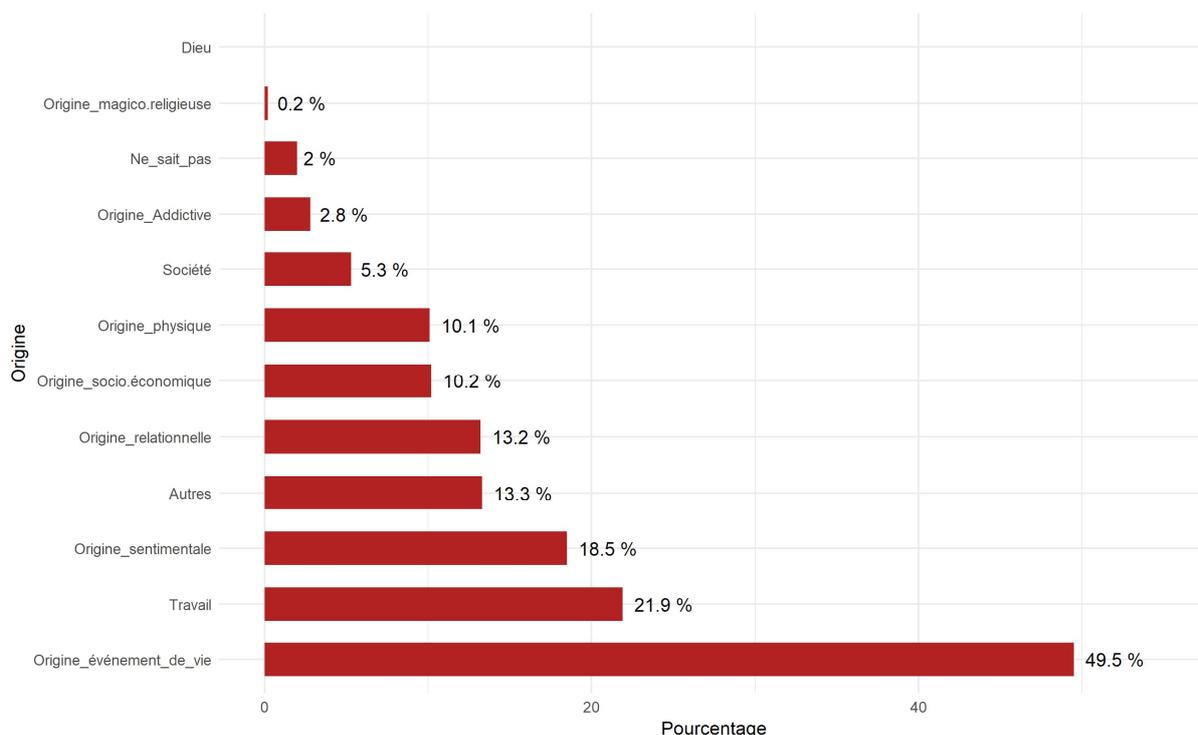


Figure 13 : Selon vous, qu'est-ce qui peut rendre « dépressif » ?

#### PERCEPTIONS DE LA RESPONSABILITE, DE LA SOUFFRANCE ET DE L'EXCLUSION :

La majorité des personnes interrogées estime qu'un « fou » ou qu'un « malade mental » n'est responsable ni de ses actes, ni de son état et n'est même pas conscient de son état (Tableau 4). Le « fou » souffre moins qu'un « malade mental », lui-même moins qu'un dépressif, alors que la famille souffre de la même façon dans les trois cas. Il existe le même gradient d'exclusion dans le travail et dans la société.

Moins de 40% envisagent une guérison pour un « fou » et un peu plus pour le « malade mental ». Elles ne sont pas plus de deux personnes sur dix à envisager une guérison complète pour ces deux « archétypes ».

La perception du « dépressif » est éloignée de celle du « fou » ou du « malade mental ». Ainsi, le « dépressif » est moins souvent jugé comme non responsable de son état, il reste responsable de ses actes et conscient de son état. Il est moins exclu de sa famille, de son travail et de la société. Plus de 80% des personnes interrogées considèrent le « dépressif » comme quelqu'un qui souffre et dont la famille souffre.

En revanche, on observe une différence nette sur la possibilité de guérison complète, plus de 70% des personnes interrogées estiment qu'un « dépressif » peut guérir complètement, versus 12% pour le « fou » et 16% pour le « malade mental »

A noter que les soins sous contrainte restent justifiés pour plus de la moitié des enquêtés, autant pour le « fou » que pour le « malade mental » ou le « dépressif ».

Tableau 4 : Selon vous, un « fou », un « malade mental », un « dépressif » est...

Variable	Fou	Malade mental	Dépressif
Pas responsable de ses actes	60,9%	77,2%	37,8%
Pas responsable de son état	81,2%	94%	75,6%
Pas conscient de son état	73,7%	55,4%	18,6%
Quelqu'un qui souffre	66,2%	81,5%	97,6%
Quelqu'un dont la famille souffre	96,9%	98,1%	96,3%
Est exclu de sa famille	64%	46,6%	32,3%
Est exclu de son travail	82,3%	67,7%	45,9%
Est exclu de la société	82%	71,4%	43%
Peut être soigné sans médicaments	27,8%	25,3%	54,8%
Peut guérir	37,7%	43,7%	92,8%
Peut guérir complètement	12%	16,3%	70,6%
Peut guérir seul	7%	3,6%	30,1%
Doit être soigné même s'il ne le veut pas	63,2%	68,7%	56%

#### RECOURS AUX SOINS ET AUX AIDES :

Les traitements médicamenteux sont les plus cités parmi les recours aux soins pour le « fou », le « malade mental » et le « dépressif », la psychothérapie est citée en second (Tableau 5). Pour le « dépressif » est cité également le recours aux proches. Pour le soin du « fou » et du « malade mental » l'hospitalisation est également citée comme recours.

8,7% pensent que le « fou » ne se soigne pas.

Tableau 5 : Selon vous, comment peut-on soigner un « fou », un « malade mental », un « dépressif » ?

Soin	Fou	Malade mental	Dépressif
Psychothérapies	18,8%	26,7%	37,4%
Hospitalisation	17,5%	17,8%	5,4%
Traitements médicamenteux	37,8%	51,4%	48,3%
Pratiques médicalisées	3%	1,4%	0,5%
Soutien relationnel	11,3%	12,9%	33%
Prise en charge socio-éducative	4,2%	5,9%	4,8%-
Pratiques religieuses	0,6%	0,5%	0,5%
Pratiques magico-religieuses	0,1%	0,1%	0%

<b>Soin</b>	<b>Fou</b>	<b>Malade mental</b>	<b>Dépressif</b>
<b>Psychothérapies</b>	<b>18,8%</b>	<b>26,7%</b>	<b>37,4%</b>
<b>Hospitalisation</b>	<b>17,5%</b>	<b>17,8%</b>	5,4%
<b>Traitements médicamenteux</b>	<b>37,8%</b>	<b>51,4%</b>	<b>48,3%</b>
<b>Pratiques médicalisées</b>	3%	1,4%	0,5%
<b>Pratiques traditionnelles</b>	0,7%	0,9%	2,2%
<b>Autres</b>	6,4%	5,7%	8%
<b>Ne se soigne pas</b>	8,7%	3,3%	0,4%
<b>Ne sait pas</b>	18%	9%	2,5%

**UNE PRISE EN CHARGE DIFFERENCIEE POUR LE « FOU », LE « MALADE MENTAL » ET LE « DEPRESSIF ».**

Plus de 50% de la population interrogée orientent un proche « fou », « malade mental » ou « dépressif » vers un professionnel de la psychiatrie puis vers un professionnel de la santé générale (Figure 14). Un proche « dépressif » sera davantage orienté vers le médecin généraliste ou un autre professionnel de la santé générale qu'un proche « fou » ou « malade mental »

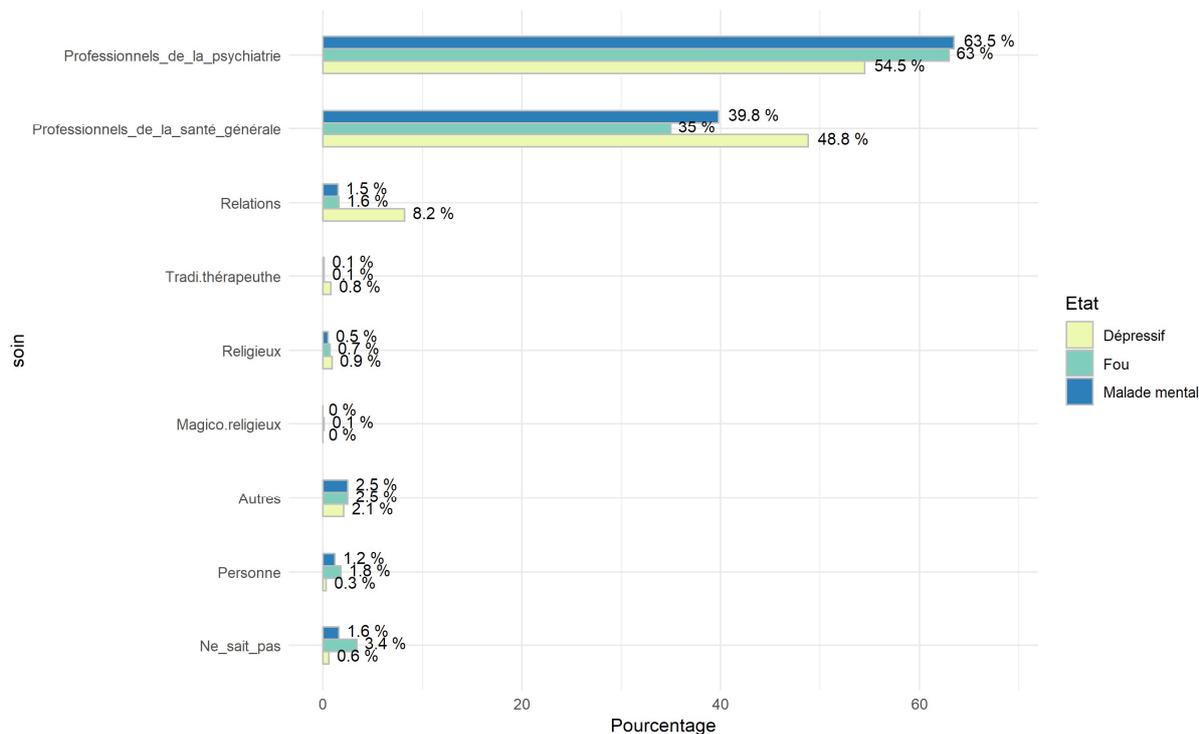


Figure 14 : Si un de vos proches est «fou», « malade mental », « dépressif » qui lui dites-vous d'aller voir ?

### LE PREMIER SOUTIEN OU RECOURS ENVISAGE : L'ENTOURAGE.

Plus de quatre personnes sur dix déclarent qu'elles iraient d'abord voir leur entourage si elles se sentaient mal dans leur peau. Ensuite, vient le recours au professionnel de la santé générale, suivi bien après par-un professionnel de la psychiatrie (Figure 15).

4% des personnes interrogées n'iraient voir personne si elles rencontraient un quelconque problème de santé mentale.

L'orientation vers une personne ou un type d'aide varie selon l'âge (Tableau 6). Ainsi, plus les personnes interrogées sont jeunes, plus elles privilégient l'aide d'une relation ou d'un proche. Le recours à un professionnel de la santé générale semble plus fréquent lorsque l'âge augmente. Plus de la moitié des 60 ans et plus citent ce recours en premier, contre seulement moins de trois personnes sur dix qui iraient voir un proche.

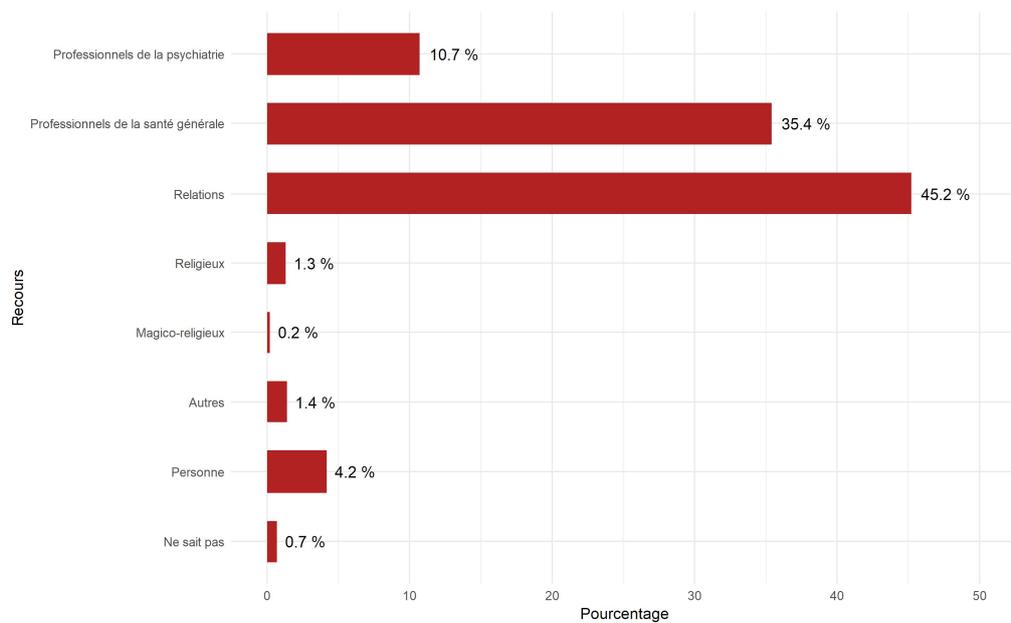


Figure 15 : Si vous êtes mal dans votre peau, vous ne savez plus où vous en êtes, qui allez-vous voir en premier ?

Tableau 6 : Premier recours par rapport à l'âge

Soin	18-29	30-39	40-49	50-59	60 et +
<b>Professionnel de la psychiatrie</b>	11%	10,7%	8,9%	14,6%	8,2%
<b>Professionnel de la santé générale</b>	17,8%	22,9%	33,3%	<b>37,8%</b>	<b>52,1%</b>
<b>Relations</b>	<b>63,9%</b>	<b>58,8%</b>	<b>51,2%</b>	<b>37,8%</b>	28,4%
<b>Religieux</b>	0,5%	0%	0,6%	1,8%	2,7%
<b>Magico-religieux</b>	0%	0%	0,6%	0%	0,3%
<b>Tradi-thérapeute</b>	0%	2,3%	0%	1,8%	1%
<b>Personne</b>	4,2%	2,3%	2,4%	4,9%	5,5%
<b>Autres</b>	1,6%	3,1%	2,4%	0%	1%
<b>Ne sait pas</b>	1%	0%	0,6%	1,2%	0.7%

## Prévalences des troubles de santé mentale :

### UNE PERSONNE SUR QUATRE PRESENTE AU MOINS UN TROUBLE DE SANTE MENTALE.

Le questionnaire diagnostique du MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) a été complété pour 987 personnes de plus de 18 ans. Ce questionnaire a repéré 252 personnes, soit 25,5 % des personnes interrogées présentant au moins un trouble psychique, hors risque suicidaire et insomnie (Tableau 2). Il est à noter que la prévalence de ces troubles est moins élevée sur le territoire Masevaux-Thann-Cernay qu'au niveau national (32%).

Les troubles anxieux sont les problèmes les plus fréquents. Il s'agit majoritairement de l'anxiété généralisée suivie de la phobie sociale et du trouble panique. Ensuite, viennent l'agoraphobie et l'état de stress post-traumatique.

Les troubles de l'humeur touchent, quant à eux, un peu plus d'une personne sur dix, avec en premier lieu les troubles dépressifs suivis par la dysthymie et l'épisode maniaque.

Les problèmes liés à l'alcool et aux drogues concernent plus de 3% des personnes interrogées.

Les troubles psychotiques semblent relativement élevés, avec 3,6% de syndromes repérés au MINI dans cet échantillon, comparativement à l'échantillon national (2.7%).

Tableau 2 : Prévalence (%) des différents troubles repérés chez les personnes de 18 ans et plus

TROUBLES REPERES PAR LE MINI	MASEVAUX-THANN-CERNAY N = 987	FRANCE METROPOLITAINE <sup>(3)</sup>
<b>Au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie)</b>	<b>25,5%</b>	<b>31,9%</b>
<b>Troubles de l'humeur</b>	<b>10,8%</b>	<b>13,6%</b>
Episode dépressif (2 dernières semaines)	9,3%	11,0%
Avec trouble dépressif récurrent (vie entière)	4,7%	5,6%
Dysthymie (2 dernières années)	1,5%	2,4%
Épisode maniaque (vie entière)	1,4%	1,6%
<b>Troubles anxieux<sup>(1)</sup></b>	<b>15,9%</b>	<b>21,6%</b>
Anxiété généralisée (6 derniers mois)	9,1%	12,8%
Phobie sociale (actuelle)	3,4%	4,2%
Trouble panique (actuel)	3,2%	4,1%
Agoraphobie (actuelle)	1,7%	2,1%
Agoraphobie avec trouble panique (actuelle)	0,4%	0,5%
État de stress post traumatique (actuel)	0,7%	0,7%
<b>Problèmes d'alcool</b>	<b>3,3%</b>	<b>4,3%</b>
Dépendance à l'alcool (12 derniers mois)	2,7%	2,35%
Utilisation nocive d'alcool (12 derniers mois)	0,6%	1,96%
<b>Problèmes de drogue</b>	<b>3,1%</b>	<b>2,5%</b>
Dépendance à une (des) drogue(s) (12 derniers mois)	2,5%	1,8%

TROUBLES REPERES PAR LE MINI	MASEVAUX-THANN-CERNAY N = 987	FRANCE METROPOLITAINE <sup>(3)</sup>
Utilisation nocive de drogue(s) (12 derniers mois)	0,6%	0,7%
<b>Syndrome d'allure psychotique (vie entière)</b>	<b>3,6%</b>	<b>2,7%</b>
Syndrome psychotique isolé actuel	0,1%	0,2%
Syndrome psychotique isolé passé	0,9%	0,5%
Syndrome psychotique récurrent actuel	1,5%	1,1%
Syndrome psychotique récurrent passé	1,1%	0,8%
<b>Risque suicidaire</b>	<b>11,7%</b>	<b>13,6%</b>
Léger <sup>(2)</sup>	8,1%	9,8%
Moyen	1,9%	2,2%
Elevé	1,6%	1,7%
<b>Insomnie</b>	<b>11,4%</b>	-

**Le diagnostic d'épisode dépressif récurrent exclut d'emblée celui de dysthymie.**

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

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

(3) Echantillon France métropolitaine d'environ 36 000 individus de 18 ans et plus. Drees-Asep-CCOMS- EPSM Lille Métropole  
Champ : Personnes âgées de 18 ans et plus.

**Tableau 3 : Prévalence (%) des différents troubles repérés chez les personnes de 18 ans et plus en fonction des variables sociodémographiques.**

VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES		PREVALENCE D'AU MOINS UN TROUBLE HORS RISQUE SUICIDAIRE ET INSOMNIE
<b>Genre NS</b>	Homme	23,1%
	Femme	27,5%
<b>Age ***</b>	18-29	40,8%
	30-39	22,1%
	40-49	28%
	50-59	24,4%
	60 et plus	17,1%
<b>Situation maritale ***</b>	Célibataire	37,5%
	Marié, concubinage, union libre	19,5%
	Séparé, divorcé	26,4%

VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES		PREVALENCE D'AU MOINS UN TROUBLE HORS RISQUE SUICIDAIRE ET INSOMNIE
	Veuf, veuve	28,6%
<b>Emploi NS</b>	Oui	23,3%
	Non	28,5%
<b>Revenu ***</b>	Moins de 840 Euros	52,4%
	De 840 à 1 300 Euros	32,1%
	De 1 300 à 2 520 Euros	22,1%
	Plus de 2 520 Euros	20,8%
<b>Niveau d'étude **</b>	Non scolarisé	20,6%
	Cycle primaire non terminé	25%
	Cycle primaire terminé	13,8%
	Cycle secondaire non terminé	31%
	Cycle secondaire terminé	28,5%
	Niveau universitaire ou équivalent	20%

NS non significatif \*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$  \*\*\*  $p < 0,0001$

### LE ROLE DU GENRE :

Dans la population interrogée, on observe que les femmes semblent plus touchées par les troubles anxieux et que les hommes sont, eux, davantage touchés par les problèmes liés aux drogues (Figure 1). La présence d'un trouble de l'humeur, de problèmes liés à l'alcool et de troubles psychotiques ne semble pas liée au genre.

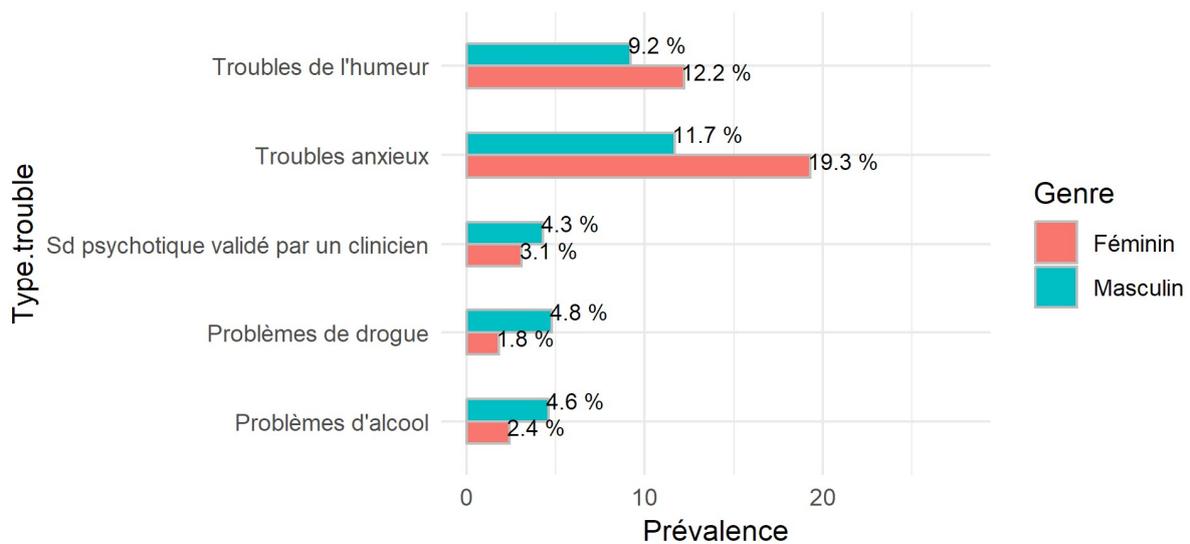


Figure 1 : Prévalence (%) des troubles selon le sexe des personnes interrogées

#### LE ROLE DE L'AGE :

Les personnes qui ont au moins un trouble psychique sont en moyenne significativement plus jeunes (42,4 ans ; SD=18,1) que ceux qui n'en ont aucun (49,2 ans ; SD=17,2).

La moitié des personnes avec au moins un trouble mental ont moins de 42 ans.

Les personnes âgées de 18 à 29 ans présentent au moins un trouble mental dans plus de 40% des cas (Tableau 3).

Les personnes de moins de 30 ans ou de 60 ans et plus sont plus touchées par les troubles anxieux et les troubles de l'humeur. Plus d'un jeune sur dix sont concernés par les problèmes liés aux drogues (Figure2).

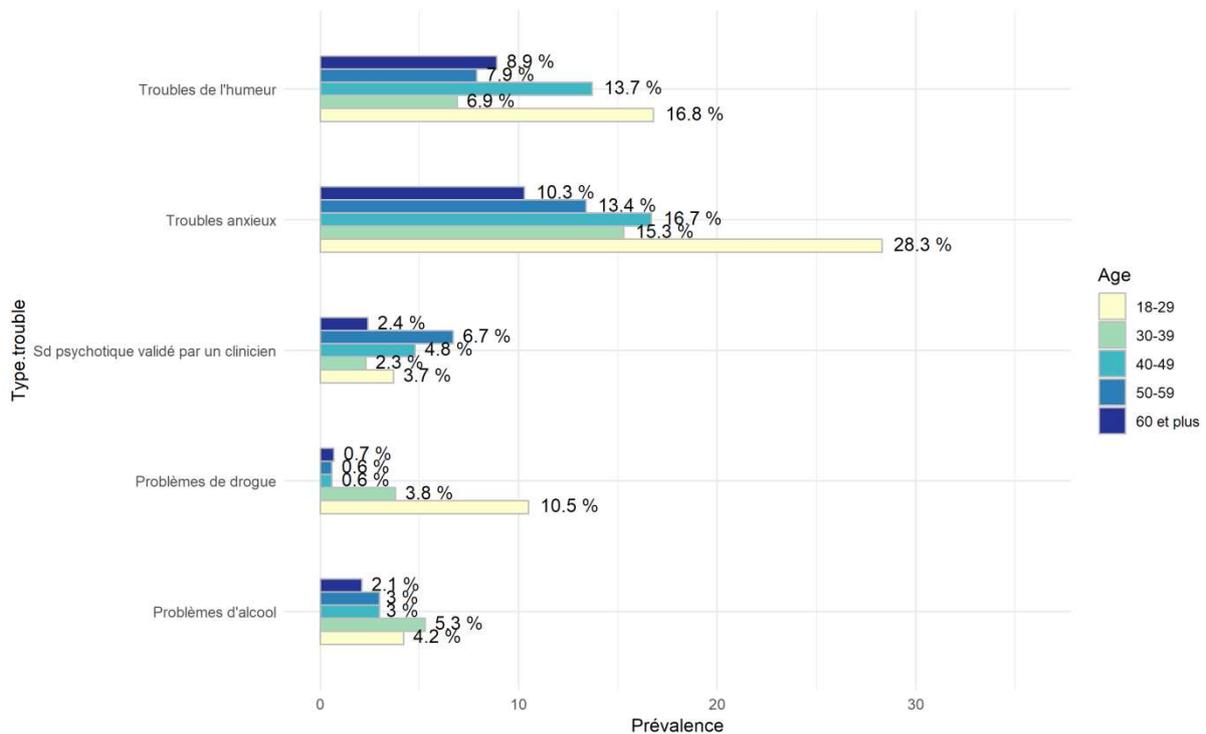


Figure 2 : Prévalence (%) des troubles selon l'âge des personnes interrogées

### LE ROLE DU STATUT MARITAL :

Les personnes célibataires présentent plus fréquemment des troubles de santé mentale (Tableau 3). Elles sont davantage touchées par les troubles anxieux (Figure 3), suivies des personnes séparées ou divorcées.

Les troubles de l'humeur touchent plus particulièrement les personnes veuves, puis les personnes célibataires.

Les problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues sont présents majoritairement chez les personnes célibataires et séparée ou divorcées.

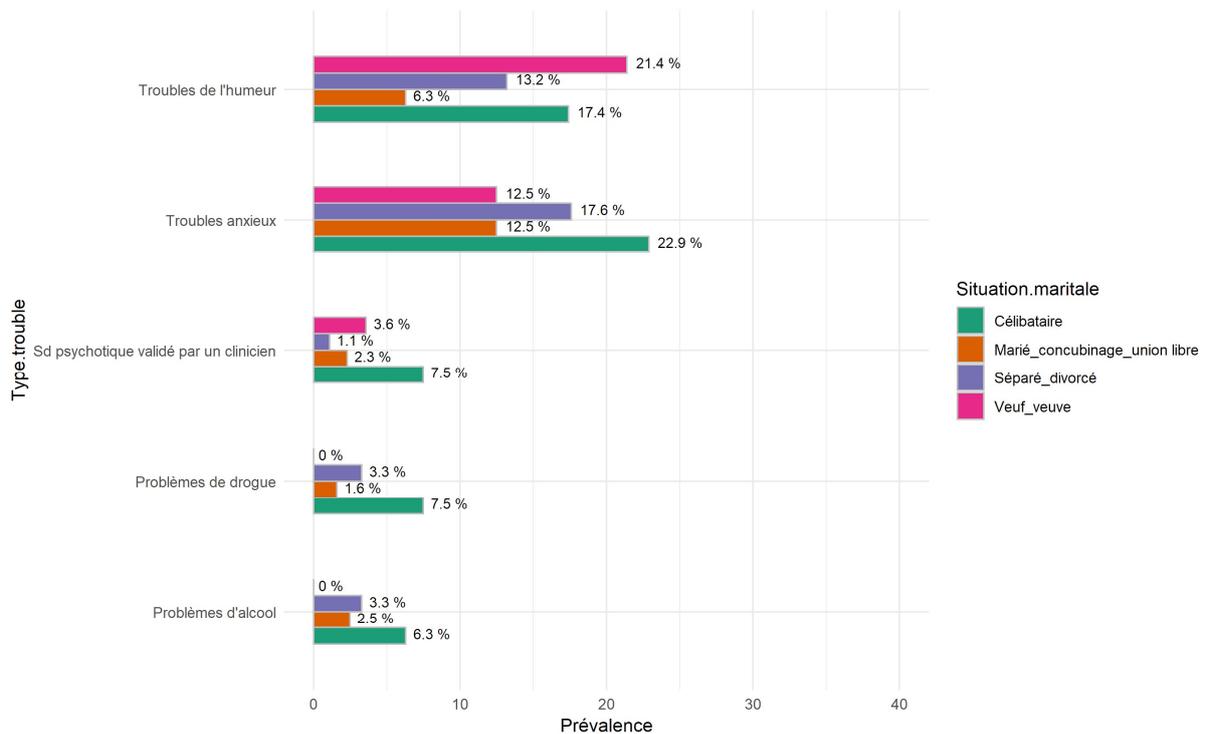


Figure 3 : Prévalence (%) des troubles selon la situation matrimoniale des personnes interrogées

#### LE ROLE DU STATUT VIS-A-VIS DE L'EMPLOI :

La présence d'au moins un trouble psychique n'est pas liée à la situation vis-à-vis de l'emploi (Tableau 3).

Les personnes n'ayant pas d'emploi présentent davantage de troubles de l'humeur, de troubles anxieux de troubles d'allure psychotique. Les problèmes liés à la consommation d'alcool sont plus présent chez les personnes ayant une activité professionnelle (Figure 4).

Par ailleurs, le risque de présenter au moins un trouble de santé mentale est inversement proportionnel au niveau du revenu des personnes interrogées (Tableau 3, Figure 5).

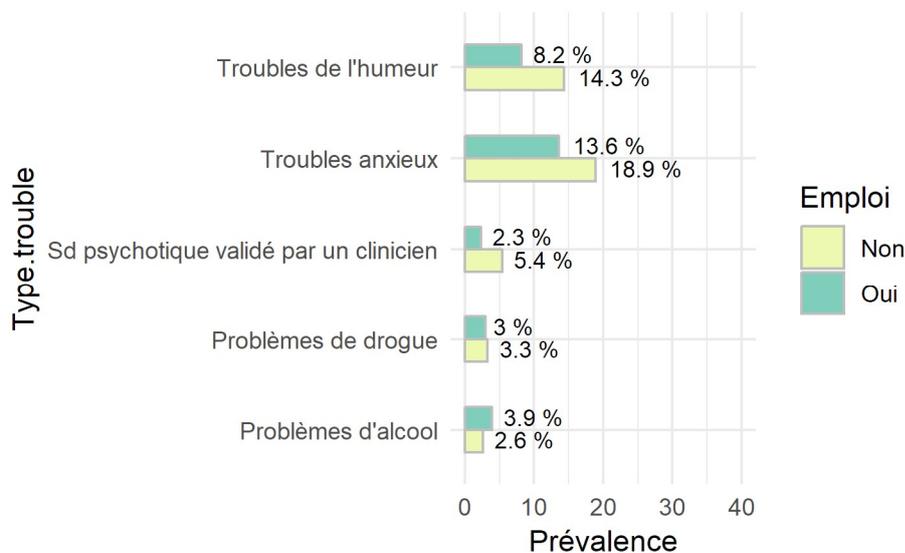
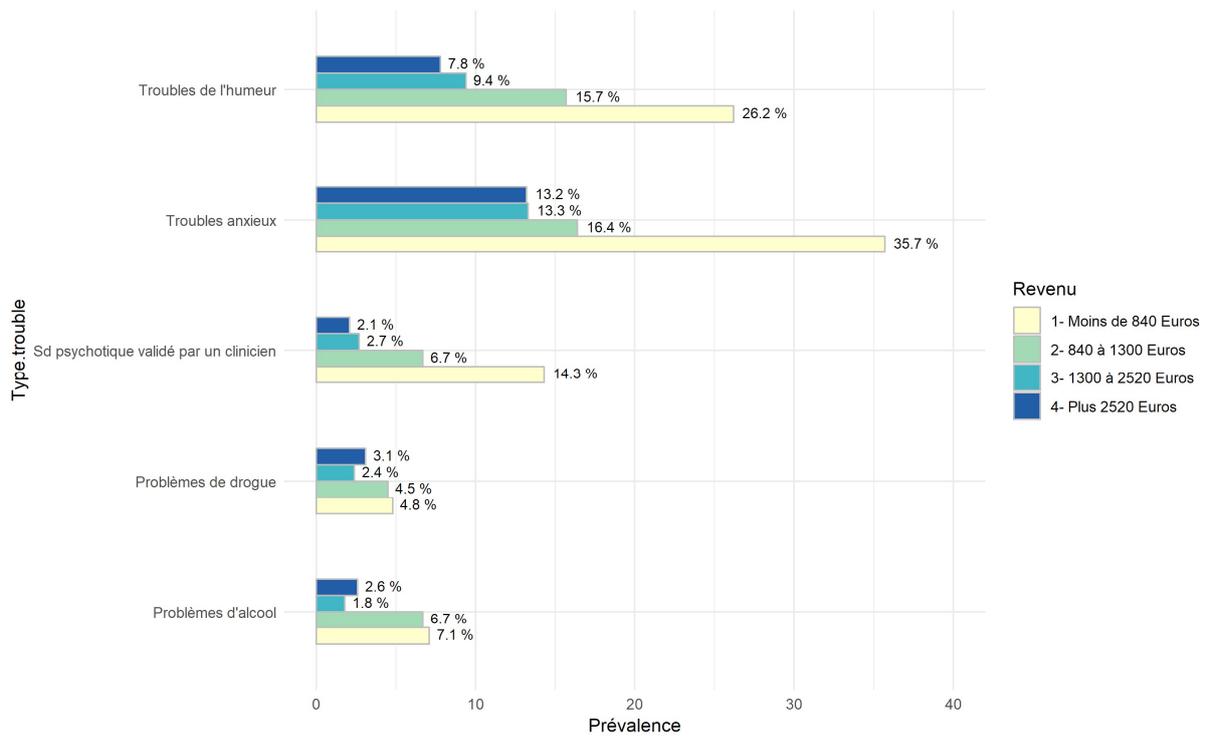


Figure 4 : Prévalence (%) des troubles selon le statut de l'emploi



**Figure 5 : Prévalence (%) des troubles selon le revenu mensuel familial**

## LES RECOURS AUX SOINS DES PERSONNES PRESENTANT UN TROUBLE PSYCHIQUE.

En plus d'explorer les représentations de la santé mentale en population générale et d'évaluer les prévalences des troubles psychique, l'enquête Santé Mentale en Population Générale explore grâce à des questions complémentaires à la suite du MINI l'impact des troubles sur la vie quotidienne et l'utilisation d'aide ou de soin (médecine générale, psychiatrie, médecines douces, pratiques religieuses ou magico-religieuse, relations et autres).

A la question « Etes-vous allé voir quelqu'un pour ces problèmes ? », les personnes souffrant d'au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie) ont cité en premier le médecin généraliste et le psychologue (Figure 16). Cependant, lorsqu'on étudie les recours aux soins spécifiques, l'entourage est le recours le plus fréquent (64%) suivi des médecines douces (26%), des médicaments (21%) et de la psychothérapie (17%).

Les personnes souffrant de trouble dépressif, de problèmes liés à l'alcool et aux drogues selon le MINI, ont pour principal recours l'entourage (Figure 17), ensuite les médicaments.

Pour l'anxiété généralisée, l'entourage est aussi le premier recours, suivi des médecines douces et des médicaments.

Les personnes souffrant de troubles d'allure psychotique déclarent avoir pris des médicaments, puis avoir eu recours à l'aide de leurs proches et à la médecine douce.

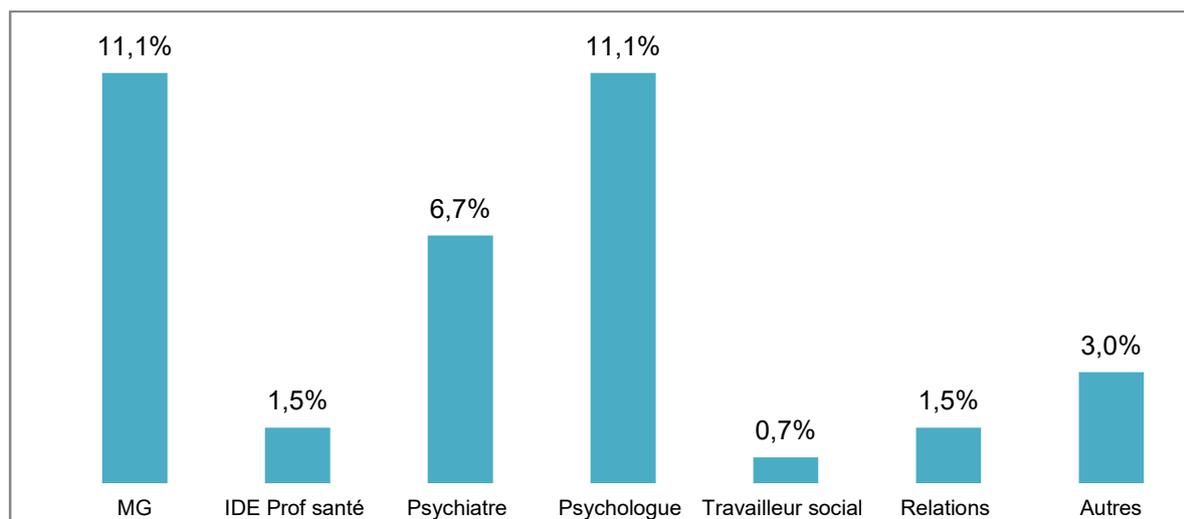


Figure 16 : Les différents recours en présence d'au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie)

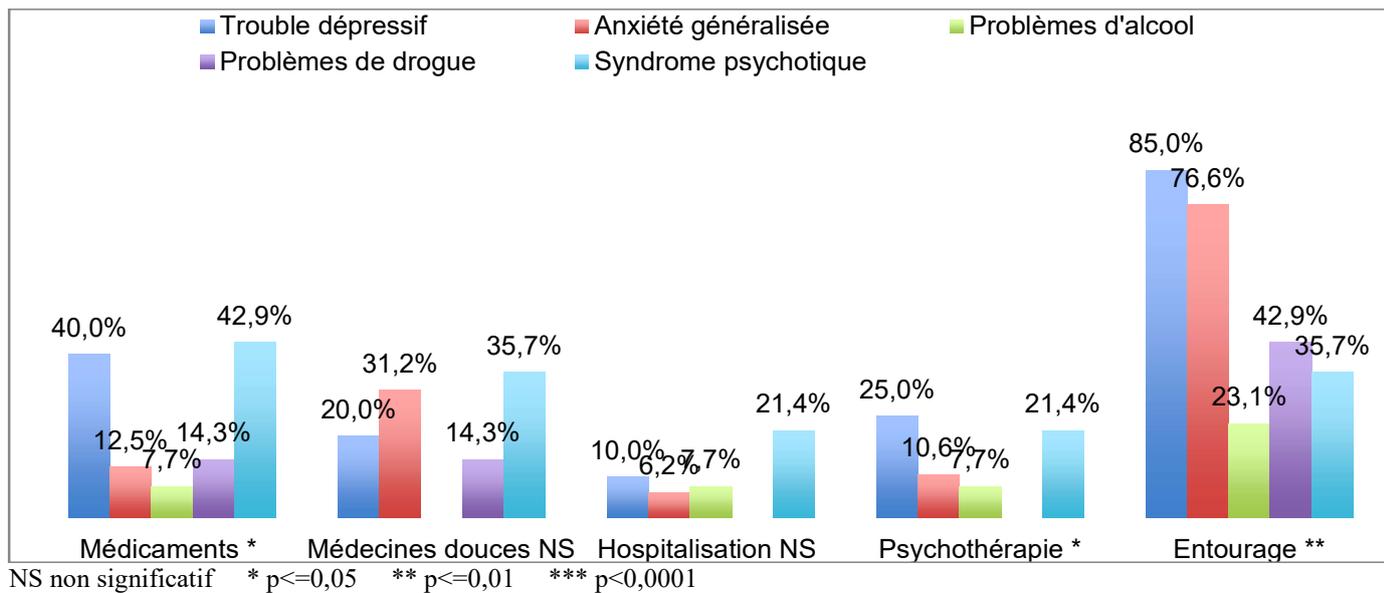


Figure 17 : Recours aux soins en fonction de troubles repérés avec le Mini

Le recours qui semble le plus satisfaisant pour les personnes souffrant d'au moins un trouble est la psychothérapie, ensuite viennent l'hospitalisation et les médicaments. En effet, huit personnes sur dix ayant eu recours à ces soins ont déclaré qu'il y a eu arrêt ou amélioration des troubles.

## Gêne dans la vie de tous les jours entraînée par la pathologie

Parmi les personnes présentant au moins un trouble psychique selon le Mini, plus de cinq sur dix déclarent avoir ressenti une gêne dans la vie de tous les jours (Figure 17).

Toutes les personnes présentant un épisode maniaque ou un trouble dépressif récurrent expriment avoir été gênées dans la vie quotidienne, suivies par les personnes présentant un trouble panique, une phobie sociale ou une dysthymie. Les personnes ayant des problèmes liés à l'alcool et aux drogues déclarent très majoritairement ne pas être gênées.

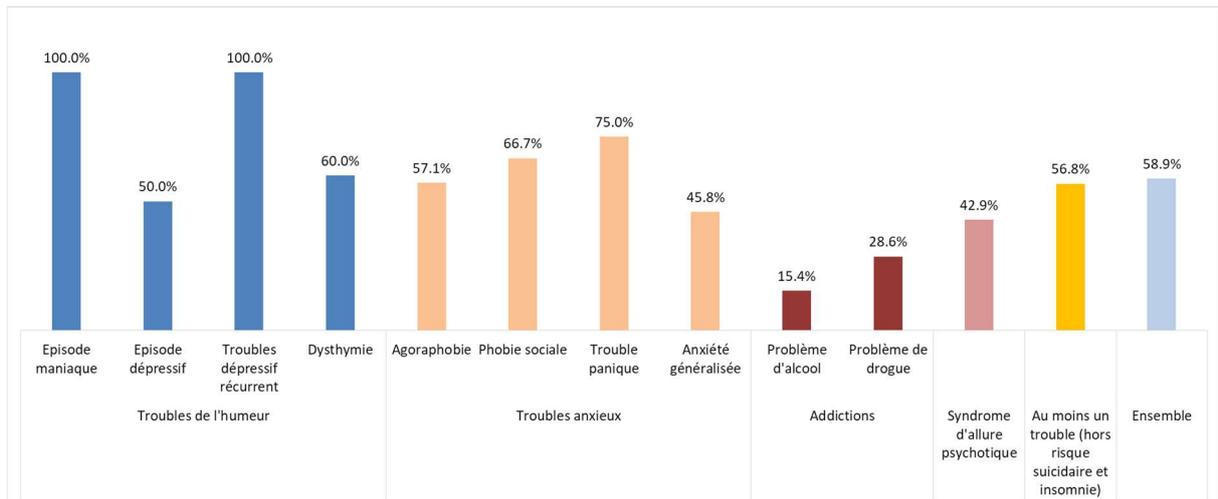


Figure 17 : Gêne perçue pour chaque trouble

## L'ENQUETE SANTE MENTALE EN POPULATION GENERALE (SMPG)

L'étude "*La santé mentale en population générale : images et réalités*" est une recherche-action internationale multicentrique menée par l'Association septentrionale d'Epidémiologie psychiatrique (ASEP) et le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France), en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Ses objectifs principaux sont, d'une part, de décrire les représentations liées à la « maladie mentale », la « folie », la « dépression » et aux différents modes d'aide et de soins, et, d'autre part, d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux, dans la population générale âgée de 18 ans ou plus.

Il s'agit aussi de sensibiliser les partenaires sanitaires, sociaux, associatifs et politiques à l'importance des problèmes de santé mentale et de promouvoir l'instauration d'une psychiatrie intégrée dans la Cité.

Pour chaque site participant à l'enquête, les données ont été recueillies par des enquêteurs formés, grâce à des questionnaires administrés au cours d'entretiens en face à face avec des personnes sollicitées dans la rue, anonymement, en respectant des quotas sociodémographiques (sexe, âge, CSP...) de manière à constituer un échantillon aussi représentatif que possible de la population vivant sur la zone géographique concernée. Pour chaque personne interrogée, les questions explorent ses propres représentations ainsi que la présence de troubles mentaux actuels ou passé et les recours thérapeutiques et/ou aides utilisés. La méthodologie de l'enquête est décrite par ailleurs<sup>1</sup>, ainsi que les principaux résultats de la première phase<sup>2</sup>.

Un échantillon national a été constitué en agrégeant les données des sites français. Ce recueil des données ne s'approche d'aucun plan de sondage probabiliste « traditionnel ». Les données ont été redressées pour être représentatives de la population française âgée de 18 ans et plus sur les variables d'âge, sexe, niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle et situation vis à vis de l'emploi. Cet échantillon national compte environ 36 000 individus pour la France métropolitaine et 2 500 pour les DOM.

L'enquête a également été réalisée en Algérie, en Belgique, aux Comores, en Grèce, à Madagascar, à Maurice, en Mauritanie, en Tunisie, en Italie, en Espagne, au Maroc, aux Seychelles, en Polynésie, à Tonga, en Haute Côte d'Or et à Andorre.

Aujourd'hui, l'enquête en est à sa quatrième phase de réalisation. 91 sites ont été réalisés, près de 80000 personnes ont été interrogées : 66 487 en France (dont 3 400 dans les DOM) et 13 500 pour les sites internationaux.

<sup>1</sup> ROELANDT JL, CARIA A., MONDIERE G. La santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête. *L'Information Psychiatrique* 2000 ; 76 (3) : 279-292.

- CARIA A, ROELANDT JL, BELLAMY V, VANDEBORRE A. « Santé Mentale en Population Générale: images et réalités (SMPG) » : Présentation de la méthodologie d'enquête. *L'Encéphale* 2010 ; 36(3. suppl 1.) : 1-6.

<sup>2</sup> ANGUIST M., ROELANDT J-L., CARIA A. La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites. *Etudes et Résultats* 2001 ; 116 : 1-8.

-BELLAMY V, ROELANDT JL, CARIA A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale - premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Etudes et Résultats* 2004 ; 347 : 1-12.

-CASTELAIN JP. Prévalences des troubles psychiques et caractéristiques socio-économiques: éléments pour une analyse de l'exclusion et de la précarité. *L'information psychiatrique* 2005 ; 81(4) : 351-356.

-ROELANDT JL. La santé mentale en population générale : images et réalités, une enquête pas comme les autres. *L'information psychiatrique* 2005 ; 81(4) : 285-286.

-SURAULT P. Milieu social et santé mentale: représentations, stigmatisation, discrimination. *L'information psychiatrique* 2005 ; 81(4) : 313-324.

## Glossaire des troubles psychiques <sup>(1,2)</sup> :

Le Mini (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) a été développé afin de disposer d'un entretien diagnostique structuré qui soit court, fiable et validé. Cet instrument (120 questions) permet notamment d'interroger les individus sur 17 des pathologies de l'axe I du DSM IV et de la CIM 10 (24 en tenant compte de la présence des troubles actuels ou au cours de la vie).

L'enquête *Santé mentale en population générale (SMPG)* reprend, avec la classification CIM 10, les modules concernant :

### LES TROUBLES DE L'HUMEUR :

- **Episode dépressif (F32)** : trouble de l'humeur caractérisé par la persistance chez un individu de plusieurs symptômes (au moins quatre) durant au moins deux semaines. Les symptômes principaux sont la présence d'une humeur dépressive anormale pour le sujet, d'une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir ainsi que d'une réduction de l'énergie ou d'une augmentation de la fatigabilité.
- **Trouble dépressif récurrent (F33)** : trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (épisodes qualifiés de manie)
- **Dysthymie (F34.1)** : abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes de rémission est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent.
- **Episode maniaque (F30)** : ces troubles sont caractérisés par l'élévation légère mais persistante de l'humeur (hypomanie), voire une élévation de l'humeur hors de proportion avec la situation (manie) qui peut être associée à la présence de symptômes psychotique : idées délirantes, hallucinations...

### LES TROUBLES ANXIEUX :

- **Agoraphobie (F40.0)** : groupe de phobies concernant la crainte de quitter son domicile, la peur des magasins, des foules et des endroits, ou la peur de voyager seul en train, en autobus ou en avion.
- **Trouble panique (F41.0)** : attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de panique), dont la survenue est imprévisible. Les symptômes essentiels sont la survenue brutale de palpitations, de douleur thoracique, de sensations d'étouffement, d'étourdissement et de sentiment d'irréalité.
- **Phobies sociales (F40.1)** : crainte d'être dévisagé par d'autres personnes, entraînant un évitement des situations d'interaction sociale. Les phobies sociales envahissantes s'accompagnent habituellement d'une perte de l'estime de soi et d'une peur d'être critiqué.
- **Anxiété généralisée (F41.1)** : anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement, ni même de façon préférentielle, dans une situation déterminée (l'anxiété est « flottante »). Le sujet se plaint de nervosité permanente, de tremblement, de tension musculaire, de palpitations, d'étourdissement et d'une gêne épigastrique. Par ailleurs, le sujet a souvent peur que lui-même ou l'un de ses proches tombe malade ou ait un accident
- **Etat de stress post-traumatique (F43.1)** : ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus, notamment la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars.

**LES SYNDROMES PSYCHOTIQUES** : un syndrome psychotique est caractérisé par la présence des symptômes suivants : perte du contact avec la réalité, une désorganisation de la personnalité et la transformation délirante du vécu.

**LES PROBLEMES D'ALCOOL ET DE ROGUE** : DEPENDANCE ET UTILISATION NOCIVE

**LE RISQUE SUICIDAIRE** : ELEVE, MOYEN ET LEGER

### REMERCIEMENTS :

<sup>(1)</sup> 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.* 1997; 12: 224-231.

<sup>(2)</sup> SHEEHAN DV, LECRUBIER Y, HARNETTE SHEEHAN K *et al.* The validity of the MINI according to the SCID-P and its reliability. *Eur. Psychiatry.* 1997; 12: 232-241.

L'enquête Santé mentale en population générale est réalisée par l'Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique (ASEP), le Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, EPSM Lille Métropole, Lille - France).

Cette recherche-action a pu avoir lieu sur le territoire de Masevaux-Thann-Cernay grâce à l'implication et le soutien du Centre Hospitalier de Rouffach, établissement membre du Groupement de coopération sanitaire (GCS) pour la recherche, la formation et la mise en œuvre d'actions visant le développement de dispositifs de santé mentale intégrés dans la communauté, incluant prévention et insertion.

**Responsable scientifique :** J.L Roelandt

**Responsable méthodologique :** A. Caria

**Coordination générale et formation :** I Benradia , A Baleige

**Data management et Analyses de données :** E. Aernout, A. Sy

**Relecture du rapport :** Pr F. Askevis Leherpeux

#### **Equipe locale de recherche :**

Dr OBERLIN Joël Chef du pôle LTD (Lauch-Thur-Doller) et responsable du site.

Mme OBERLIN Johanne Psychologue, Mme SHOELCHER Christine Cadre du pôle LTD, Mme ADELER Séverine Cadre de santé, Mme SYREN Agnès Cadre de santé, Mme RABIEGA Céline Cadre de santé, Mme JUNG Emilie Assistante sociale, M. RUMELHART Frédéric Chargé de mission CLSM du Haut-Rhin, M. UHRIG Christian Directeur des soins, Mme Valentine de MEYRIGNAC Directrice adjointe, Mme TOUZOT Elève directrice des soins en stage, Mme EHRET Hélène Psychologue, M. GOLLY Thomas Infirmier, M. LEHMANN Patrick Directeur des soins IFSI, Mme BLENY Odile Cadre de santé – formatrice IFSI, Mme CASNER Marthe Cadre de santé – formatrice IFSI, M. MARTI Alain Cadre de santé – formateur IFSI, Mme KECHOUTE Loubna Secrétaire de l'IFSI.

#### **Enquêteur - Etudiants de l'IFSI (semestre 3 - 4) :**

ANDLAUER Alice, BLANCO Anaëlle, BOCK Clara, BODEIN DEMAUREY Aurélie, BONNEVILLE Nelly, BROBECKER Mélissa, CARSILLO Alexia, CHOURI GOETSCHY Ghizlane, CORE PETER Christine, CORTINOVIS Manon, DAVIN Emmy, DEBONNE Morgane, DELAVAUX Joanna, DELLENBACH BRETON Gaëlle, DENIVEL Edwige, DEVOUGE Manon, GIERTLER Margot, GUALLAR Lena, GUTLEBEN Méline, HABIG Zoé, HANS Michèle, HOLLARD Gabrielle, JUNG Carla, KHENOUSSEI Farid, KRYCHOWSKI Axel, LEVY Julie, MAHLER SIMON Séverine, MAHNER Eva, MEYER Priscilia, MOHAMED LAAMIRI Nihad, MOREL Thibaut, MULL Téa, PFEIFFER Katia, PRUNIAUX Justine, SCHWIMMER Eline, SEMPIANA Marine, SYLLA N'gnima, TONTCHEVA Savka, TRUCHOT DEISS Céline, VIOLEAU Mathilde

#### **Lieux de passation :**

**CERNAY :** Mairie, Centre Leclerc, Emmaüs, Centre socio culturel Agora, Lycée du Bâtiment-CFA, Cabinet médical de la Thur, Match, Aldi, Espace Grün, Société hippique de la Thur.

**THANN :** Match, Lycée Charles Pointet, Pôle Emploi, Centre socio culturel, Médiathèque Marché.

**BITSCHWILLER LES THANN :** Super U, Poulailon.

**WILLER SUR THUR :** Aldi.

**VIEUX-THANN :** Mairie, Lidl.

**SAINT AMARIN :** Auchan, Marché, le CAP.

**FELLERING WESSERLING :** U Express, Médiathèque.

**MASEVAUX :** Mairie de Masevaux, Mission Locale Thur Doller, Agi, CIDFF, Centre commercial Leclerc, Centre d'incendie et de secours de Masevaux, Café- PMU La Fonderie-Fichter, Lycée Professionnel Joseph VOGT, Gendarmerie de Masevaux, Centre socio culturel – Créaliance, Bibliothèque, Groupe Médical de la Doller, Centre médical du Schimmel.

*Avec le soutien du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale (Lille, France) et en collaboration avec l'Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique (ASEP), le Centre Hospitalier de Rouffach a participé à l'étude internationale socio-anthropologique et épidémiologique en population générale intitulée " La Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités ".*

*Cette étude, avec l'accord de Monsieur Allonas, Maire d'Oderen et Président du Conseil Local de santé Mentale de Thann/Cernay et des environs, s'est déroulée du jeudi 28 février au mercredi 13 mars dernier au sein du bassin de vie " Cernay, Thann et Masevaux ".*

*La direction du Centre Hospitalier de Rouffach remercie tous les collaborateurs pour l'appui qui a permis d'atteindre largement la cible attendue (900 questionnaires) puisque 987 personnes ont accepté de répondre à cette étude.*

*L'équipe encadrante et les étudiants en soins infirmiers ont exprimé avoir bénéficié d'un très bon accueil et d'excellentes conditions matérielles et logistiques.*

*Ce rapport est la synthèse des résultats. Il doit désormais faire l'objet d'une analyse par l'établissement et par le pôle de psychiatrie concerné pour en fixer des orientations en matière d'offre de soins.*

**Monsieur François Courtot  
Directeur du centre Hospitalier de Rouffach**

