



# Santé mentale en Nord-Pas-de-Calais : images et réalités



Septembre 2008



## S o m m a i r e

Préface .....	3
Synthèse .....	4
Troubles de santé mentale <b>Des troubles plus fréquents dans le Nord-Pas-de-Calais qu'en France</b> .....	7
Représentations des troubles de santé mentale <b>Les images de la folie, de la maladie mentale et de la dépression</b> .....	19
Données de cadrage <b>Comparaison de la structure des populations du Nord-Pas-de-Calais et de la France</b> .....	29
Définitions .....	32
Méthodologie.....	34
Bibliographie .....	36



# P r é f a c e

**La population du Nord-Pas-de-Calais présente un état de santé plus fragile que la moyenne de la population française.**

**La santé mentale n'échappe pas à ce constat.**

**Les données socio-démographiques de la population, les caractéristiques économiques et de revenus expliquent en grande partie cette situation.**

**Mais comment la population se représente-t-elle la santé mentale ? C'est l'un des aspects novateurs de cette étude de mettre en parallèle la santé mentale mesurée de la population et la manière dont cette santé est appréhendée par les habitants du Nord-Pas-de-Calais.**

**D'utiles comparaisons entre la région et le reste de la France permettent de mieux comprendre les enjeux d'une amélioration de la santé mentale de la population régionale, au travers du prisme du regard jeté sur cette problématique, riche d'enseignements sur les croyances populaires en la matière.**

**Le Directeur de la DRASS  
Jean-Claude WESTERMANN**

## Troubles de santé mentale

**Dans le Nord-Pas-de-Calais, plus d'un tiers des personnes de 18 ans et plus aurait un trouble de santé mentale, ce qui est plus important qu'en France.** Les problèmes les plus fréquents sont les troubles anxieux qui concernent un quart des adultes. 16 % des personnes interrogées sont touchées par des troubles de l'humeur, 5 % par des problèmes d'alcool, 3 % par des problèmes de drogue. Enfin, un syndrome d'allure psychotique a été repéré chez 2 % des adultes. En plus de ces problèmes de santé mentale proprement dits, 15 % des personnes interrogées présentent à un risque suicidaire et 14 % ont actuellement des problèmes d'insomnie.

**Les femmes ont un risque d'avoir des troubles 1,3 fois plus élevé que les hommes,** sauf concernant les problèmes d'alcool, de drogue et les syndromes d'allure psychotique qui sont plus fréquents chez les hommes.

**Les adultes n'ayant pas d'activité professionnelle sont les plus touchés par les problèmes de santé mentale,** notamment les personnes au chômage ou les femmes au foyer. Les retraités constituent la seule catégorie d'adultes sans emploi qui a un risque moindre d'être touchée par des troubles de santé mentale. Parmi les personnes ayant un emploi, **les ouvriers ainsi que les artisans, commerçants et chefs d'entreprises ont un risque plus important d'avoir un trouble de santé mentale** à l'inverse des cadres, des professions intellectuelles supérieures, des professions intermédiaires. Le lien entre problèmes de santé mentale et situation professionnelle se vérifie pour la plupart des troubles quel que soit le sexe, avec cependant quelques nuances. Les problèmes d'alcool ne sont ainsi pas liés à la situation professionnelle pour les femmes, alors que le lien est très significatif pour les hommes.

Les personnes vivant en couple sont celles qui ont le moins souvent des problèmes de santé mentale. **Les adultes ayant vécu une séparation ou un divorce ont un risque 1,7 fois plus élevé d'avoir un problème que les personnes vivant en couple.** Le risque est également plus important pour les personnes seules, les veufs et les veuves.

**Les jeunes de moins de 30 ans ont sept fois plus de risque d'avoir des problèmes de drogue que les personnes de 40 à 49 ans.** En revanche, ils ne sont pas significativement plus touchés que les personnes plus âgées par les autres troubles. Les personnes de 60 ans et plus sont moins concernées par tous les problèmes de santé mentale.

**Le risque d'avoir des problèmes de santé mentale est plus élevé pour les personnes ayant de faibles revenus** et un niveau d'éducation peu élevé.

Les troubles de santé mentale se cumulent plus ou moins entre eux. **Les troubles d'anxiété et de l'humeur sont plus souvent isolés.** Ainsi, 14 % des adultes interrogés n'ont que des troubles anxieux, 6 % ont seulement des troubles de l'humeur et 7 % cumulent les deux. Ces trois cas regroupent les trois quarts des personnes ayant un problème de santé mentale.

**Les troubles de consommation d'alcool sont également isolés dans la moitié des cas :** environ 2 % des adultes présentent seulement un problème d'alcool et la même proportion sont touchés par ce trouble avec des problèmes d'anxiété ou d'humeur. Enfin, moins de 1 % des personnes interrogées cumulent des problèmes d'alcool avec des problèmes de drogue ou un trouble psychotique.

Par contre, **les problèmes de drogue sont plus rarement isolés :** dans les deux tiers des cas ils sont associés à d'autres troubles. **C'est le cas également des syndromes d'allure psychotique.**

## Représentations des troubles de santé mentale

**Les personnes interrogées ont des représentations du fou et du malade mental souvent proches. Elles sont associées à la dangerosité et à l'anormalité.** Certains comportements, notamment "commettre un viol, un inceste, un meurtre", "délirer ou halluciner", "battre sa femme, ses enfants" et plus généralement "être violent envers soi-même", "envers les autres et les objets", sont associés par les deux tiers des adultes à la folie ou à la maladie mentale, les deux termes étant l'un comme l'autre fréquemment cités.

Selon la population, **la dépression est moins liée à des comportements anormaux mais associée à des actes parfois dangereux.** Les deux tiers des adultes pensent qu'une personne qui "fait une tentative de suicide", "pleure souvent", "est triste", "est en retrait ou cherche à être seule" est dépressive.

Les personnes interrogées pensent que le fou est reconnaissable à son comportement et le dépressif plutôt à son apparence. Cependant, près d'une personne sur dix déclare qu'il n'est pas possible de reconnaître un fou, un dépressif ou un malade mental.

La plupart des personnes pensent que l'origine **de la maladie mentale est physique**, tandis qu'elles citent **des explications plus variées pour la folie et la dépression**, comme un événement de vie ou un problème sentimental. L'origine physique est également mentionnée pour la folie. Certaines causes, d'origine plus sociétale, comme les conditions de travail ou des facteurs socioéconomiques sont aussi citées pour la dépression. Pour la population, les causes de la folie sont souvent moins connues que celles de la dépression.

Selon la grande majorité de la population, **le fou est exclu de la société, inconscient de son état et non responsable de ses actes.** La plupart des personnes interrogées pensent que la folie ne se guérit pas et seulement une sur quatre serait prête à accueillir chez elles un proche fou. A l'inverse, la dépression ne provoque pas un rejet comparable à la folie. Pour la population, **le dépressif est responsable de ses actes et conscient de son état. Il n'est que momentanément en retrait de la société** : un quart des personnes interrogées pensent qu'il est exclu de la société et la grande majorité des adultes pensent qu'il peut être guéri. Quatre personnes sur cinq déclarent qu'elles accepteraient d'accueillir chez elles un proche dépressif.

**Les médicaments constituent le traitement le plus couramment cité** : un tiers des personnes les mentionnent pour soigner un fou et un malade mental et un quart pour un dépressif. Au-delà de ce point commun, le type de traitement proposé pour la folie s'oppose à celui pour la dépression. **Les recours aux proches et la psychothérapie sont plus souvent cités comme des réponses aux problèmes de dépression** (respectivement 32 % et 17 %) que pour la folie (8 % et 11 %). À l'inverse, 21 % des adultes jugent qu'une hospitalisation peut soigner un fou, contre 4 % pour la dépression. En outre, 13 % des personnes interrogées répondent qu'elles ne connaissent pas de traitement à la folie, 7 % disent qu'il n'y en a pas et 14 % mentionnent d'autres traitements que ceux qui sont traditionnellement cités.

**47 % des personnes interrogées orienteraient un proche dépressif vers un médecin généraliste et 41 % vers un professionnel de la psychiatrie.** Par contre, pour les deux tiers de la population, la prise en charge par un professionnel de la psychiatrie semble la plus adaptée pour un fou ou un malade mental.

**Si elles avaient elles-mêmes des problèmes, 46 % des personnes se tourneraient d'abord vers un médecin généraliste et 39 % vers un proche.** Les jeunes et les hommes rechercheraient d'abord le soutien de leurs proches, contrairement aux personnes plus âgées et aux femmes qui se tourneraient davantage vers un médecin généraliste.





Troubles de santé mentale

## Des troubles plus fréquents dans le Nord-Pas-de-Calais qu'en France

### Plus d'un tiers des personnes de 18 ans et plus aurait un trouble de santé mentale

Dans le Nord-Pas-de-Calais, 36 % des personnes de 18 ans et plus ont été repérées par le questionnaire Mini (Définitions) comme ayant un trouble de santé mentale (hors risque suicidaire et problème d'insomnie actuelle). Cette proportion est supérieure à la moyenne française, de 32 % (Encadré 1). Le fait que le Nord-Pas-de-Calais soit davantage touché par les troubles de santé mentale que la moyenne nationale s'explique en partie par sa structure : certaines populations, plus souvent concernées par des troubles comme nous le verrons ci-dessous, sont plus présentes dans la région que dans le reste du pays. Il s'agit notamment des chômeurs, des étudiants, des ouvriers et des personnes ayant un faible niveau d'études.

## Prévalences des différents troubles repérés

Unité : %

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

\* : information non disponible

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

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

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

Note : les prévalences correspondent à la part de la population concernée par chacun des troubles.

Ainsi, 35,9 % des personnes de 18 ans et plus ont au moins un trouble de santé mentale dans le Nord-Pas-de-Calais.

Champ : personnes âgées de 18 ans et plus.

Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

Les problèmes les plus fréquents sont les troubles anxieux qui concernent un quart des personnes dans la région. Il s'agit le plus souvent d'une anxiété généralisée : 15 % des personnes de 18 ans et plus sont touchés par ce trouble. La phobie sociale concerne 4 % des personnes interrogées, les troubles panique 5 % et l'agoraphobie 3 %. Ces prévalences sont toutes plus élevées dans le Nord-Pas-de-Calais qu'en France, la différence étant particulièrement importante pour l'anxiété généralisée.

Les troubles de l'humeur touchent 16 % des personnes interrogées. Ils sont ainsi plus fréquents qu'en moyenne française. Il s'agit essentiellement d'épisodes dépressifs qui ont concerné 13 % des Nordistes durant les deux semaines qui ont précédé l'enquête. En outre, parmi ceux-ci, près de la moitié présentent des troubles dépressifs récurrents au cours de leur vie. Parmi les troubles de l'humeur, une dysthymie a été repérée chez 3 % des personnes interrogées et des troubles maniaques chez 2 % d'entre elles.

Les problèmes d'alcool concernent 5 % des adultes et les problèmes de drogue 3 %.

Enfin, un syndrome d'allure psychotique a été repéré chez 2 % des personnes interrogées.

En dehors des troubles de santé mentale proprement dits, l'enquête permet de repérer les personnes présentant un risque suicidaire et ayant des problèmes d'insomnie.

15 % des personnes de 18 ans et plus dans le Nord-Pas-de-Calais présentent ainsi un risque suicidaire. Celui-ci peut être plus ou moins important : 10 % ont un risque léger, 2 % un risque modéré et 2 % un risque élevé. Ce problème est plus fréquent dans le Nord-Pas-de-Calais qu'en France, la différence étant la plus significative pour le risque suicidaire élevé.

14 % des personnes interrogées souffrent actuellement des problèmes d'insomnie.

### Encadré 1 : Comparaison avec les prévalences obtenues par d'autres enquêtes

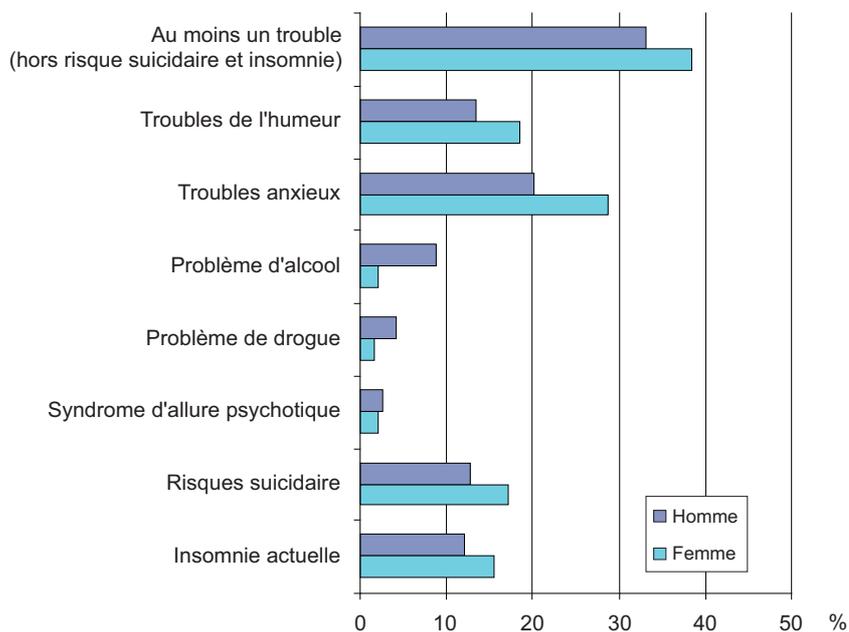
Les prévalences issues de l'enquête SMPG sont comparables avec celles obtenues par d'autres enquêtes épidémiologiques comme l'enquête Santé et protection sociale de 1996-1997, réalisée par l'Institut de recherche

et de documentation en économie de la santé [1]. Par contre, d'autres enquêtes donnent des prévalences moins importantes comme l'European Study of Epidemiology of Mental Disorder ou l'enquête Depres de 1995. Ces écarts s'expliquent par des différences dans la méthodologie d'enquête (mode de recueil des données, d'échantillonnage, ...), dans l'outil de repérage des troubles, dans la classification de référence utilisée, etc.

### Les troubles sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes

Les femmes présentent plus souvent un trouble de santé mentale que les hommes : toutes choses égales par ailleurs, elles ont un risque 1,3 fois plus élevé que les hommes de développer ce type de trouble (Encadré 2). Ceci est vrai pour tous les troubles, sauf les problèmes d'alcool, de drogue et les syndromes d'allure psychotique qui sont significativement plus fréquents chez les hommes. Les femmes ont ainsi cinq fois moins de risque que les hommes d'avoir un problème en lien avec l'alcool et deux fois moins d'avoir un problème de drogue.

Prévalences des troubles selon le sexe



Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

## Encadré 2 : la méthode de régression logistique

La méthode d'analyse par régression logistique permet de mettre en évidence le lien entre les prévalences des troubles mentaux et une caractéristique sociodémographique donnée (par exemple le sexe), "toutes choses égales par ailleurs", c'est-à-dire annulant les effets dus aux autres caractéristiques (âge, situation professionnelle, niveau de revenu...).

Elle évalue, par les odds ratio, si une caractéristique (par exemple, être une femme) est liée à un risque d'avoir un trouble plus ou moins élevé par rapport à une situation de référence (être un homme) : si l'odds ratio est supérieur à 1 le risque est augmenté ; s'il est inférieur, le risque est moindre. Elle mesure également le niveau de ce lien : ici, il apparaît que les femmes ont 1,3 fois plus de risque que les hommes d'avoir un problème de santé mentale.

Ce sont ces odds ratio qui sont utilisés dans cette étude pour valider et mesurer le lien entre les caractéristiques des adultes et l'existence de troubles.

### Régression logistique du fait d'avoir au moins un trouble de santé mentale (hors risque suicidaire et insomnie)

Unité : %

Caractéristiques socio-démographiques	Odds ratio	Intervalle de confiance à 95 %
Femme	1,3	[ 1,3 - 1,3 ]
Homme (référence)	1,0	
Moins de 30 ans	1,1	[ 1,1 - 1,1 ]
De 30 à 39 ans	1,0	[ 0,9 - 1,0 ]
De 40 à 49 ans (référence)	1,0	
De 50 à 59 ans	0,9	[ 0,9 - 0,9 ]
60 ans et plus	0,5	[ 0,5 - 0,5 ]
Agriculteurs exploitants	0,5	[ 0,5 - 0,5 ]
Artisans, commerçants, chefs entreprise	1,1	[ 1,1 - 1,1 ]
Cadre et professions intellectuelles supérieures	0,8	[ 0,8 - 0,9 ]
Professions intermédiaires	0,9	[ 0,9 - 0,9 ]
Employés (référence)	1,0	
Ouvriers	1,1	[ 1,1 - 1,1 ]
Chômeurs	1,4	[ 1,4 - 1,4 ]
Etudiants	1,1	[ 1,1 - 1,1 ]
Retraités	0,9	[ 0,9 - 0,9 ]
Autres personnes sans activité professionnelle	1,4	[ 1,3 - 1,4 ]
Ecole primaire	1,1	[ 1,1 - 1,1 ]
Cycle secondaire non terminé (référence)	1,0	
Cycle secondaire terminé	0,9	[ 0,9 - 0,9 ]
Etudes supérieures	0,8	[ 0,8 - 0,8 ]
Moins de 840 euros	1,4	[ 1,4 - 1,4 ]
De 840 à 1 300 euros	1,2	[ 1,1 - 1,2 ]
De 1 300 à 2 520 euros (référence)	1,0	
Plus de 2 520 euros	0,9	[ 0,9 - 0,9 ]
Célibataire	1,1	[ 1,1 - 1,1 ]
En couple (référence)	1,0	
Séparé, divorcé	1,7	[ 1,7 - 1,8 ]
Veuf, veuve	1,3	[ 1,3 - 1,4 ]

Note : toutes les modalités des variables introduites sont significativement liées au fait d'avoir ou non un trouble de santé mentale.

Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

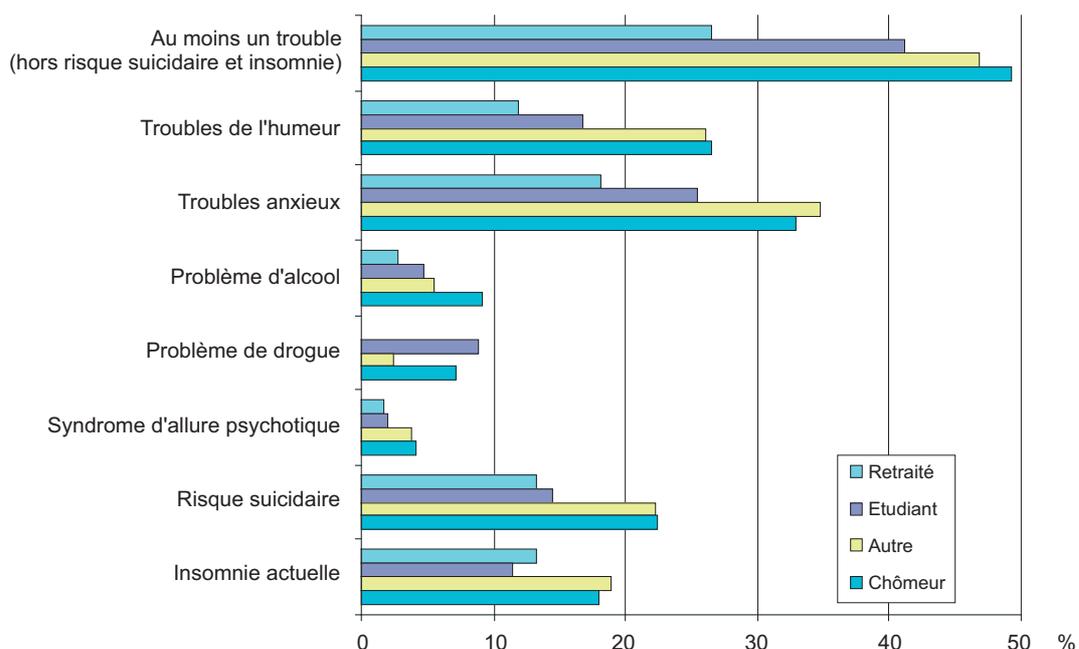
Le même type d'analyse a été conduit pour chacun des troubles, de manière à mettre en évidence les liens entre les caractéristiques sociodémographiques et les troubles. Il a été réalisé chaque fois sur l'ensemble de la population, puis en distinguant les hommes et les femmes afin de mettre en évidence des différences selon le sexe.

## L'existence de troubles est liée à l'activité professionnelle

Au-delà des différences entre hommes et femmes, le risque d'être concerné par un trouble de santé mentale varie selon le profil socioéconomique des personnes. Il semble être d'abord lié à leur activité professionnelle. Mis à part les retraités, les adultes n'ayant pas d'activité professionnelle sont les plus touchés par les problèmes

de santé mentale. Les personnes au chômage ont ainsi 1,4 fois plus de risque d'être concernées que les personnes travaillant en tant qu'employés. C'est le cas également des autres personnes sans activité hors retraités et étudiants, tels les femmes au foyer ou les bénéficiaires d'allocations comme le revenu minimum d'insertion (RMI) ou l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Les étudiants, quant à eux, ont 1,1 fois plus de risque d'être concernés par un trouble de santé mentale.

### Prévalences des troubles selon l'activité des personnes n'ayant pas d'emploi

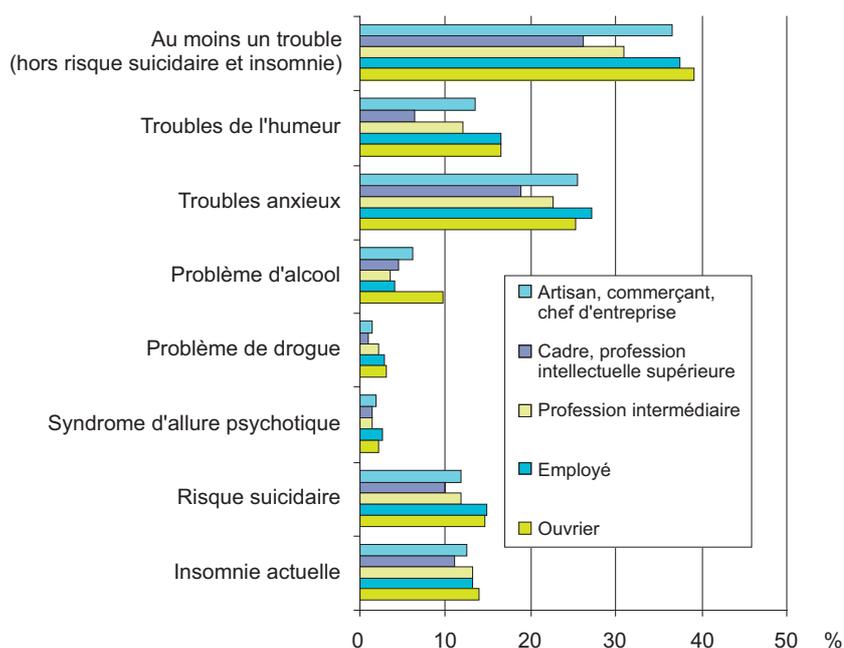


Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

Les retraités constituent la seule catégorie d'adultes sans emploi qui a un risque moindre d'être touchée par des troubles de santé mentale.

Parmi les personnes ayant un emploi, les prévalences varient selon la catégorie socioprofessionnelle. Toutes choses égales par ailleurs, les ouvriers ainsi que les artisans, commerçants et chefs d'entreprises ont un risque plus important d'avoir un trouble de santé mentale que les employés. À l'inverse, les cadres, les professions intellectuelles supérieures, les professions intermédiaires semblent moins concernés, toutes choses égales par ailleurs. La prévalence semble également moins importante chez les agriculteurs exploitants, mais cette conclusion doit être considérée avec précaution car peu de personnes enquêtées exercent cette profession.

### Prévalences des troubles selon la catégorie socioprofessionnelle des personnes ayant un emploi



Note : en raison d'effectifs faibles, les agriculteurs-exploitants ne sont pas représentés sur ce graphique.

Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

### Mais le lien est parfois différent pour les hommes et pour les femmes...

Globalement, ces différences de prévalence selon l'activité professionnelle se vérifient pour les hommes comme pour les femmes. Cependant quelques différences peuvent être mises en évidence. Ainsi, chez les femmes, le risque d'avoir des problèmes de santé mentale pour les cadres, les professions intellectuelles supérieures et les professions intermédiaires est significativement moins important que pour les employées, alors que, chez les hommes, il est plus élevé. Le lien est donc inversé pour ceux-ci.

D'autre part, le fait de ne pas avoir d'emploi (en dehors du cas des étudiants et des retraités) augmente le risque d'avoir un problème de santé mentale de façon plus importante pour les hommes que pour les femmes. C'est le cas par exemple des hommes qui n'ont pas d'emploi, mais qui ne sont ni chômeurs, ni étudiants, ni retraités, tels les bénéficiaires d'allocations comme le RMI ou l'AAH : ils ont deux fois plus souvent de troubles que les hommes employés, alors que le risque est "seulement" multiplié par 1,2 chez les femmes.

### ... particulièrement pour l'alcool

Ces écarts selon l'activité professionnelle se retrouvent quel que soit le trouble étudié, avec cependant quelques variations. Tout d'abord les problèmes liés à une consommation de drogues (hors alcool) et les syndromes d'allure psychotique ne semblent pas liés à l'activité professionnelle des adultes.

Concernant les problèmes d'alcool, les risques ne sont pas les mêmes pour les hommes et pour les femmes. Pour celles-ci, il ne semble pas y avoir de lien entre leur situation professionnelle et le fait d'avoir des troubles liés à la consommation d'alcool. Pour les hommes, le lien est très significatif. Ainsi, les risques sont plus élevés pour les adultes sans emploi, y compris les retraités : ils sont multipliés par 1,4 chez les chômeurs, par 1,3 chez les retraités et par deux chez les autres inactifs (hors étudiants). Chez les hommes ayant un emploi, les troubles liés à l'alcool sont plus fréquents chez les ouvriers, les cadres et professions intellectuelles supérieures, mais aussi chez les agriculteurs. Ceux-ci ont en effet deux fois plus de risques d'avoir un problème lié à l'alcool que les employés, une fois pris en compte l'effet des autres caractéristiques, alors qu'ils ont moins de risque de présenter les autres troubles de santé mentale.

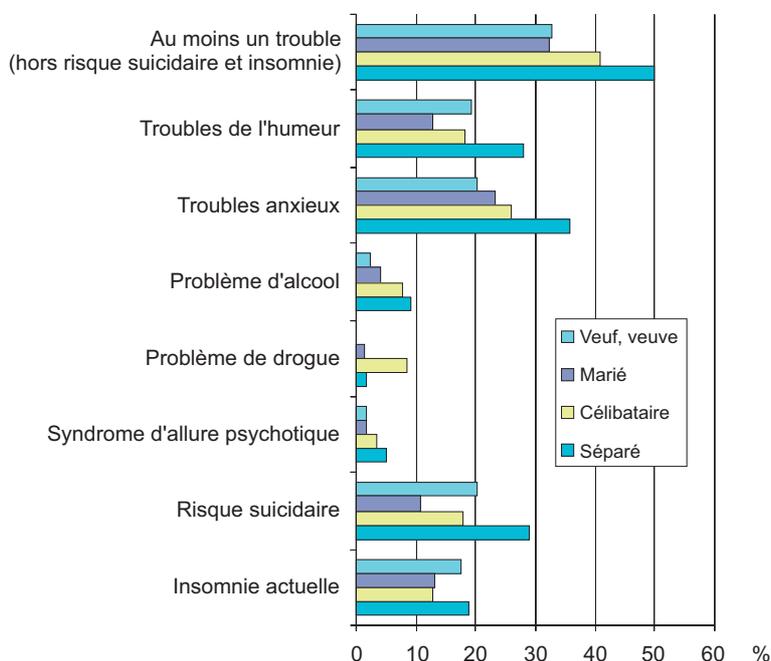
## Vivre en couple "protège" des troubles de santé mentale

Si l'existence de troubles est fortement liée à l'activité professionnelle, elle est également plus ou moins fréquente selon la situation familiale des adultes. Les personnes vivant en couple sont celles qui ont le moins souvent des problèmes de santé mentale. Par rapport à eux, les adultes ayant vécu une séparation ou un divorce ont un risque d'avoir un trouble 1,7 fois plus élevé, toutes choses égales par ailleurs. Le risque est multiplié par 1,3 pour les veufs et les veuves et par 1,1 pour les personnes seules.

Le lien entre situation familiale et problème de santé mentale est un peu plus marqué chez les hommes que chez les femmes.

Pour les deux sexes, il est particulièrement net concernant le risque suicidaire, les syndromes d'allure psychotique et les troubles de l'humeur. Les personnes ayant vécu une séparation et les célibataires ont enfin plus fréquemment des problèmes d'alcool et de drogue que les personnes vivant en couple. Concernant les veufs et veuves, les problèmes de drogue sont moins fréquents (ce qui est sans doute également dû à un effet de l'âge) et seules les femmes veuves ont plus souvent des problèmes en lien avec l'alcool que celles qui vivent en couple, alors que les hommes veufs sont moins souvent dans ce cas que ceux qui vivent en couple.

### Prévalences des troubles selon la situation matrimoniale



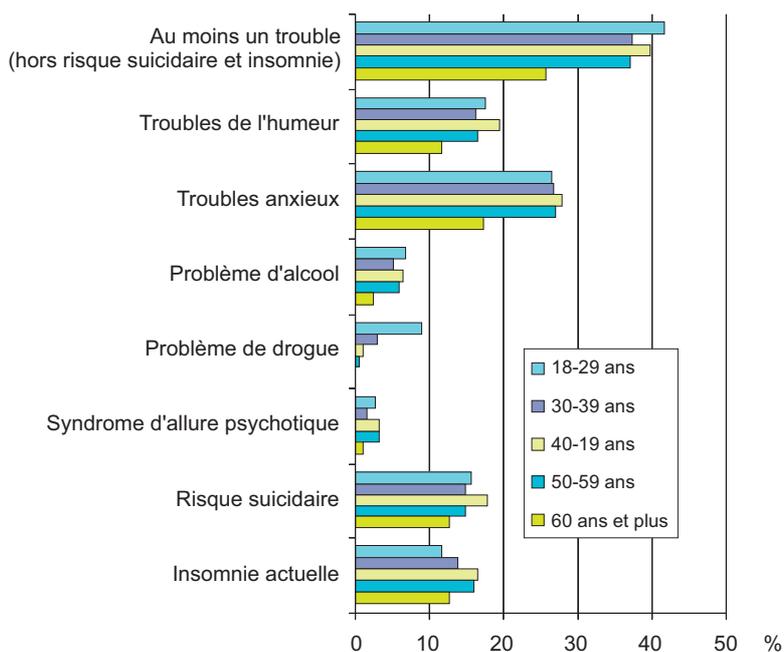
Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

## Les jeunes ont plus souvent des problèmes de santé mentale, notamment en lien avec la consommation de drogues

La prévalence des troubles est également très liée à l'âge. Elle est globalement plus importante chez les plus jeunes : les moins de 30 ans ont 1,1 fois plus de risque d'avoir un trouble de santé mentale que les personnes de 40 à 49 ans. Ceci s'explique essentiellement par les problèmes de drogue qui sont, par rapport aux adultes de 40 à 49 ans, sept fois plus fréquents chez les moins de 30 ans et près de trois fois plus fréquents chez les personnes de 30 à 39 ans, toutes choses égales par ailleurs.

En revanche, les jeunes ne sont pas significativement plus touchés que les personnes plus âgées par les autres troubles. Ils sont même plutôt moins souvent concernés par les troubles de l'humeur, les syndromes d'allure psychotique, le risque suicidaire et les problèmes d'insomnie. Concernant les problèmes liés à l'alcool, seules les femmes parmi les moins de 30 ans sont plus touchées que leurs aînées, les hommes de cet âge ayant un risque un peu inférieur à celui des hommes de 40 à 49 ans.

### Prévalences des troubles selon l'âge



Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

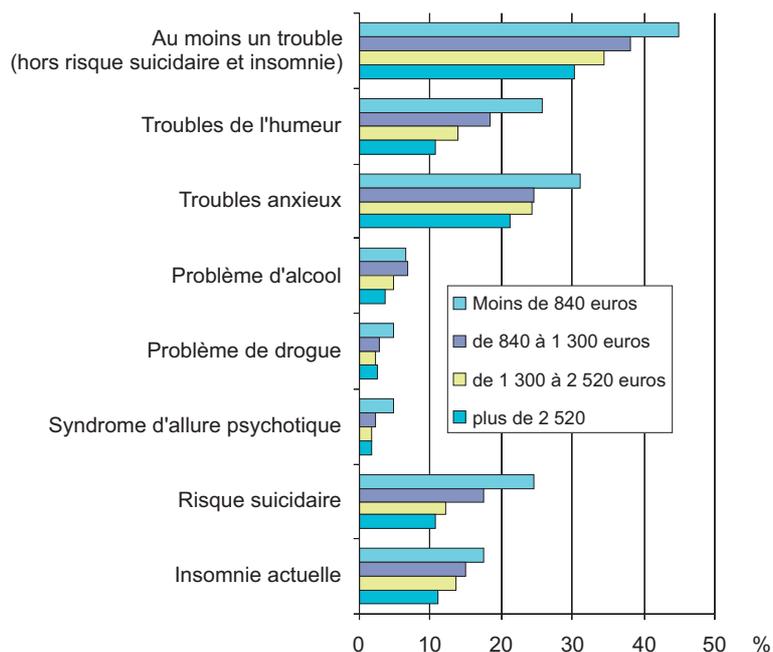
Les personnes de 60 ans et plus ont deux fois moins de risque d'avoir un trouble de santé mentale que les adultes de 40 à 49 ans, toutes choses égales par ailleurs. Les personnes âgées sont moins touchées par tous les troubles étudiés ici.

### Le risque d'avoir des problèmes de santé mentale est plus élevé pour les personnes ayant de faibles revenus et un niveau d'éducation peu élevé

Le risque d'avoir un problème de santé mentale est également lié au niveau de vie. Il est approché ici par le revenu total que perçoit l'ensemble de la famille<sup>1</sup>. Les adultes ayant les revenus les plus importants ont moins souvent des troubles mentaux que les autres. À l'inverse, les personnes vivant dans un ménage percevant moins de 840 euros par mois ont 1,4 fois plus de risque d'être dans ce cas que lorsque la famille perçoit entre 1 300 et 2 520 euros.

<sup>1</sup> Le revenu total de la famille doit être interprété avec précaution et doit être appréhendé en relation avec le nombre de personnes vivant dans le même logement. En effet, un même revenu ne correspond pas au même niveau de vie pour une personne seule ou pour une famille comportant un couple et des enfants. En outre, le niveau de revenu familial est corrélé au nombre d'adultes (susceptibles d'avoir un emploi et donc des revenus) dans le ménage.

### Prévalences des troubles selon le revenu familial



Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

Cette tendance se vérifie pour l'ensemble des troubles. Cependant, toutes choses égales par ailleurs, les personnes ayant des revenus supérieurs à 2 520 euros par mois sont plus souvent concernées par les problèmes liés à la consommation de drogues que celles qui perçoivent des revenus entre 1 300 et 2 520 euros.

Si le revenu est un indicateur du "niveau social" de la personne, le niveau de diplôme en est un autre. L'existence de troubles semble également liée à cette caractéristique : les risques sont multipliés par 1,1 chez

les personnes qui ont seulement été à l'école primaire par rapport à celles qui ont suivi un cycle secondaire sans le terminer. Au contraire, les personnes ayant fait des études supérieures sont moins souvent concernées, toutes choses égales par ailleurs.

Le lien entre les problèmes de santé mentale et le revenu d'une part, et le niveau d'étude d'autre part se vérifie pour les femmes comme pour les hommes, même s'il semble un peu plus marqué pour ces derniers.

### Un gradient des troubles de santé mentale ?

En ne considérant que les troubles de santé mentale proprement dits et seulement ceux que présentent actuellement les personnes enquêtées<sup>2</sup>, six groupes d'adultes peuvent être distingués, selon les troubles repérés chez eux (Encadré 3). Les premiers cumulent plus rarement des problèmes, contrairement à ceux des

dernières classes. Ainsi, les adultes du premier groupe n'ont aucun trouble ; ceux du deuxième présentent un seul type de trouble, lié à l'anxiété ; toutes les personnes du troisième groupe sont touchées par des troubles de l'humeur, mais ont aussi parfois des problèmes d'anxiété, et ainsi de suite. Un gradient allant des troubles anxieux aux syndromes d'allure psychotique apparaît, qui correspond également à des personnes cumulant plus ou moins des problèmes de santé mentale.

<sup>2</sup> Le risque suicidaire et les problèmes d'insomnie ne sont donc pas pris en compte dans cette typologie. En outre, cette partie de l'étude ne portant que sur les troubles actuels, les épisodes maniaques passés et les syndromes d'allure psychotique passés en sont exclus. Cela explique donc les prévalences un peu inférieures à celles qui sont présentées plus haut.

### Encadré 3 : Une typologie des adultes selon les troubles de santé mentale

Afin de tracer les profils les plus courants des adultes selon les troubles de santé mentale actuels repérés par

le Mini, une analyse des correspondances multiples a été réalisée. Ce type d'analyse de données permet notamment de repérer les troubles qui se cumulent le plus souvent avec d'autres ou, au contraire, ceux qui sont généralement isolés. Les résultats de cette étude ont été synthétisés sous la forme d'une typologie, par le biais d'une classification ascendante hiérarchique.

Dans le premier groupe, les personnes ne présentent actuellement aucun trouble. Il représente les deux tiers des adultes interrogés. Cependant, au-delà des troubles de santé mentale proprement dits, 7 % de ces personnes présentent un risque suicidaire, presque toujours léger, et la même proportion a des problèmes d'insomnie.

#### Les trois quarts des personnes ayant un trouble ont des problèmes d'anxiété ou d'humeur, mais pas d'autres troubles

Les deuxième et troisième groupes correspondent aux adultes qui ont des troubles de santé mentale parmi les plus fréquents : les problèmes liés à l'anxiété ou à l'humeur. Ils n'ont pas d'autres types de trouble. Ils représentent les trois quarts des personnes chez qui un problème de santé mentale actuel a été repéré à l'aide du Mini.

La deuxième classe regroupe les personnes sujettes à des problèmes d'anxiété, sans avoir d'autres pathologies associées, soit 14 % des personnes interrogées (426 000 adultes de la région). Deux tiers des personnes de ce groupe ont été concernées par une anxiété généralisée au cours des six derniers mois. 5 % cumulent plusieurs troubles anxieux. En outre, les personnes présentent un risque suicidaire et des problèmes d'insomnie plus souvent que dans le premier groupe.

Dans le troisième groupe, qui correspond à 13 % de la population (374 000 personnes), les adultes ont tous des troubles de l'humeur, qui est généralement un épisode dépressif vécu durant les deux semaines précédant l'enquête. Ces troubles de l'humeur sont associés dans la moitié des cas à des problèmes d'anxiété. En dehors des troubles de santé mentale, 36 % des personnes de ce groupe ont des problèmes d'insomnie, ce qui est plus élevé que dans les autres classes, et 42 % présentent un risque suicidaire ce qui est presque trois fois plus que sur l'ensemble de la population.

#### Près de la moitié des personnes ayant un problème en lien avec l'alcool n'ont pas d'autres troubles mais une sur dix cumule ce problème avec au moins trois troubles

Les quatrième, cinquième et sixième groupes d'adultes rassemblent chacun une grande partie des personnes présentant un trouble en particulier : un trouble en lien avec l'alcool (classe 4), un problème de drogue (classe 5) ou un syndrome d'allure psychotique (classe 6). Globalement dans ces groupes, au moins une personne sur trois a un trouble anxieux et une personne sur quatre a un trouble de l'humeur, ces troubles pouvant se cumuler. Les personnes cumulent plusieurs troubles nettement plus souvent dans les classes 5 et 6 que dans les précédents.

4 % des personnes sont dans la quatrième classe, soit 128 000 personnes. Elle regroupe 82 % des adultes ayant un problème en lien avec l'alcool. Ainsi, dans ce groupe, toutes les personnes sont concernées par ce trouble et, dans 56 % des cas, n'en ont pas d'autres. Cependant 25 % ont deux troubles, 14 % en ont trois et 5 % quatre ou plus, qui sont des troubles soit de l'anxiété, soit de l'humeur.

Plus généralement, 46 % des personnes ayant un problème d'alcool (et plus seulement ceux qui se trouvent dans la quatrième classe) n'ont pas d'autres troubles ; cette proportion est par exemple nettement plus importante que pour les personnes ayant un problème de drogue (32 %). Cependant, 11 % des personnes ayant des problèmes d'alcool ont également au moins trois autres troubles (la proportion est de 15 % pour les troubles liés aux drogues).

Les personnes du quatrième groupe présentent un risque suicidaire deux fois plus souvent que l'ensemble de la population et ont également plus fréquemment des problèmes d'insomnie.

Prévalences des différents troubles actuels repérés (en %)

Troubles repérés par le Mini	Classe 1 : pas de trouble de santé mentale	Classe 2 : seulement problème d'anxiété	Classe 3 : problème d'humeur + anxiété	Classe 4 : problème d'alcool + humeur, anxiété	Classe 5 : problème drogue + humeur, anxiété, alcool	Classe 6 : syndrome d'allure psychotique + autres troubles	Ensemble
<b>Répartition (%)</b>	65	14	13	4	3	1	100
<b>Troubles de l'humeur (1)</b>	0	0	100	28	34	44	15
Episode dépressif (2 semaines)	0	0	86	25	29	35	13
<i>Dont trouble dépressif récurrent (vie entière)</i>	0	0	41	13	14	14	6
Dysthymie (2 dernières années)	0	0	19	4	5	11	3
Episode maniaque (dernier mois)	0	0	2	2	4	7	1
<b>Troubles anxieux (2)</b>	0	100	56	34	44	56	25
Anxiété généralisée (6 derniers mois)	0	67	31	18	21	21	15
Phobie sociale (actuelle)	0	16	10	6	8	17	4
Trouble panique (actuel)	0	13	17	8	15	18	5
Agoraphobie (actuelle)	0	8	8	4	5	11	3
<i>Dont agoraphobie avec trouble panique (actuelle)</i>	0	2	2	1	2	4	1
Etat de stress post-traumatique (actuel)	0	3	2	2	1	4	1
<b>Problème d'alcool</b>	0	0	0	100	29	14	5
<b>Problème de drogue</b>	0	0	0	0	100	8	3
<b>Syndrome d'allure psychotique (actuel)</b>	0	0	0	0	0	100	1
Dont	0	0	0	0	0	0	0
Syndrome psychotique isolé actuel	0	0	0	0	0	12	0
Syndrome psychotique récurrent actuel	0	0	0	0	0	88	1
<b>Risque suicidaire (dernier mois)</b>	7	16	42	32	32	47	15
Léger (3)	6	13	25	18	17	23	10
Moyen	1	2	8	6	5	11	2
Elevé	0	1	9	7	10	13	2
<b>Insomnie actuelle</b>	7	20	36	21	25	29	14

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

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

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

Champ : personnes âgées de 18 ans et plus.

Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

## Les problèmes de drogue sont dans les deux tiers des cas associés à d'autres troubles, de même que les syndromes d'allure psychotique

Les deux dernières classes représentent respectivement 3 % et 1 % des personnes interrogées (soit 82 000 et 34 000 personnes). Il s'agit des adultes qui cumulent le plus souvent des troubles. Ainsi, environ un tiers des personnes de ces deux groupes a vécu récemment un épisode dépressif et un cinquième est touché par une anxiété généralisée.

Un risque suicidaire est également plus souvent repéré chez les adultes de ce groupe (32 % dans la classe 5 et 47 % dans la classe 6) : plus d'une personne sur dix présente un risque suicidaire élevé. Enfin, les problèmes d'insomnie touchent une personne sur quatre dans ces groupes.

Presque toutes les personnes ayant un problème de drogue sont dans la cinquième classe. Seulement 34 % des adultes de cette classe n'ont que ce trouble : il se cumule à un autre dans 34 % des cas, à deux ou trois autres dans 28 % des cas et à au moins quatre autres pour 4 %. Le ou les troubles associés correspondent à tous les types de problèmes de santé mentale sauf les syndromes d'allure psychotique.

Le sixième groupe rassemble toutes les personnes ayant actuellement un syndrome d'allure psychotique. Seulement 29 % des personnes n'ont que ce trouble. A l'opposé, 19 % des personnes de cette classe présentent un syndrome d'allure psychotique associé à au moins trois autres troubles qui peuvent être de tous les types étudiés ici.



Représentations des troubles de santé mentale

## Les images de la folie, de la maladie mentale et de la dépression

Les troubles de santé mentale sont mal connus de la population en général et ils renvoient à des stéréotypes qui ne correspondent pas toujours aux définitions médicales. L'enquête SMPG s'attache à décrire quelles représentations ont les personnes enquêtées en population générale de la "folie", de la "maladie mentale" et de la "dépression", termes qui sont couramment utilisés pour parler des problèmes de santé mentale.

Une représentation est une production mentale d'un objet, d'un sentiment, ou encore d'une expérience. Elle est structurée par les structures culturelles et sociales d'un groupe social. Elle correspond à une manière de

penser et d'interpréter le monde. Les représentations aident donc les gens à communiquer, à se diriger dans leur environnement et à agir. Elles ont des incidences directes sur les comportements. Ainsi, la représentation des maladies influe sur les recours thérapeutiques utilisés, mais aussi sur les comportements et attitudes envers les malades (compassion, aide, rejet, peur, exclusion).

Une série de questions permet ainsi de mettre en évidence les comportements qui sont associés par les personnes interrogées aux termes de "fou", "malade mental" et "dépressif". Les représentations varient fortement pour ces trois items.

## Les images du fou et du malade mental sont souvent proches et associées à la dangerosité et à l'anormalité

La première distinction met en évidence les comportements souvent associés à la folie et la maladie mentale, par opposition à ceux qui apparaissent à la majorité des personnes interrogées reliés soit à la dépression, soit à aucun des trois termes précédents.

Les deux tiers des adultes associent ainsi certains actes à la folie ou à la maladie mentale, les deux termes étant l'un comme l'autre fréquemment cités pour "commettre un viol, un inceste, un meurtre", "délirer ou halluciner", "battre sa femme, ses enfants" et plus généralement "être violent envers soi-même", "envers les autres et les objets".

Ces comportements sont jugés anormaux par plus de neuf personnes interrogées sur dix et dangereux par la très grande majorité d'entre eux, sauf le fait de "délirer ou halluciner" qui est jugé dangereux par 56 % des répondants.

Ces comportements apparaissent ainsi comme problématiques aux yeux de la population générale, du fait de leur dangerosité et de leur anormalité. Ils semblent correspondre à un type de représentation des troubles de santé mentale. Ils sont associés de façon massive à l'image du fou ou du malade mental, ces deux termes étant à peu près aussi souvent cités l'un que l'autre.

La maladie mentale est cependant nettement dissociée de la folie par rapport à une situation : 47 % des répondants pensent que quelqu'un qui "est déficient mental" est un malade mental, tandis que seulement 4 % jugent qu'il est fou.

---

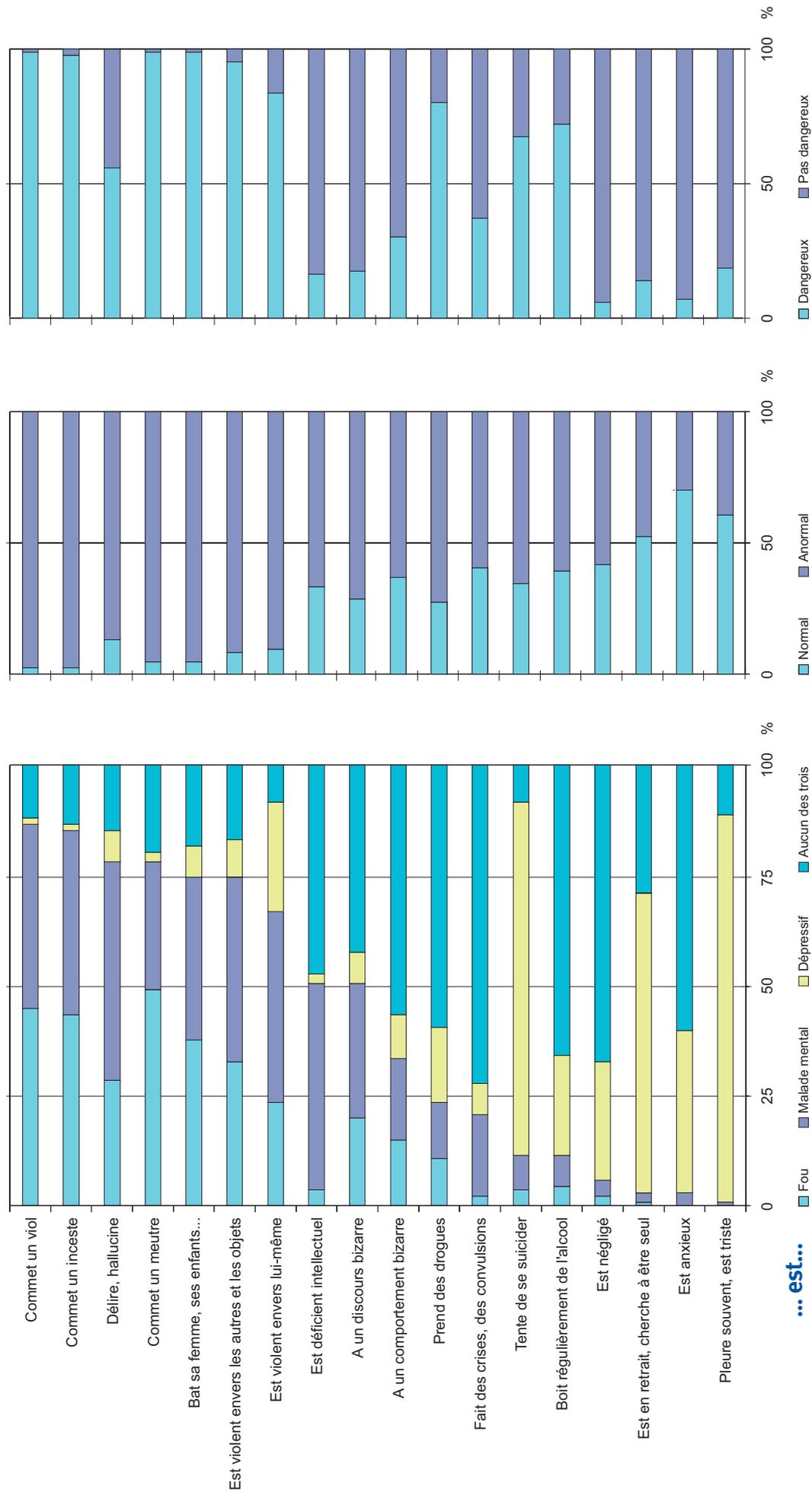
## Selon la population, la dépression est moins liée à des comportements anormaux mais associée à des actes parfois dangereux

A l'opposé, certains comportements sont rarement associés à la maladie mentale ou à la folie. Ainsi, d'une part, "faire une tentative de suicide", "pleurer souvent", "être triste", "être en retrait ou chercher à être seul" sont reliés à la dépression par plus des deux tiers des adultes ; d'autre part, pour la grande majorité des adultes (de la moitié aux trois quarts, selon les items), "faire des crises, avoir des convulsions", "boire régulièrement de l'alcool", "prendre des drogues", "être négligé" ou "être anxieux" ne sont pas liés à la folie, ni à la maladie mentale, ni à la dépression.

Les personnes interrogées semblent plus partagées pour dire si ces comportements leur semblent normaux ou anormaux. Globalement, plus ils sont associés fréquemment à la folie ou à la maladie mentale, plus ils apparaissent souvent comme anormaux. La majorité juge dangereux, que ce soit pour soi ou pour son entourage, de "tenter de se suicider", de "consommer régulièrement de l'alcool" ou "des drogues". Par contre, "être négligé", "en retrait", "anxieux" ou "triste" ne leur paraissent pas être des attitudes dangereuses.

Comportements et attitudes associés aux termes "fou", "malade mental" et "dépressif" et jugés "anormaux" ou "normaux", "dangereux" ou "non dangereux"

Selon vous, quelqu'un qui...



Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

## Selon la population, le fou est reconnaissable à son comportement, le dépressif à son apparence

La population se représente de façon très différente la maladie mentale, la folie et la dépression. Pour la moitié des adultes, le fou est reconnaissable à son comportement, tandis que seulement un quart des personnes interrogées pensent que l'on reconnaît un dépressif de cette manière.

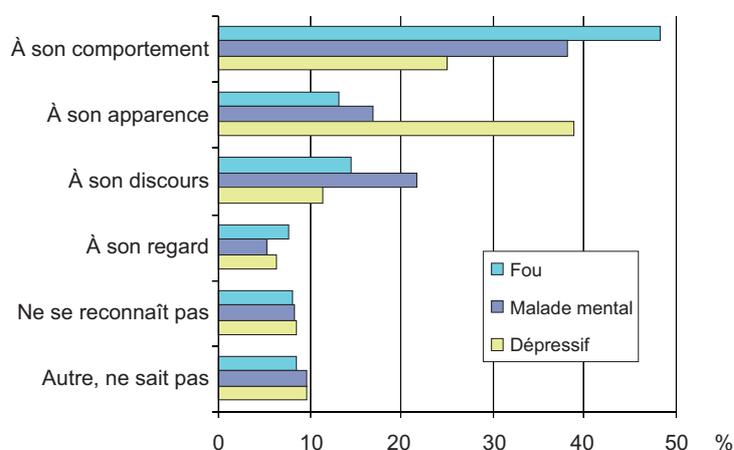
À l'inverse, 39 % des adultes pensent qu'une personne dépressive se reconnaît à son apparence, contre seulement 13 % pour un fou.

Pour ces deux items, le malade mental est dans une situation intermédiaire.

La façon de parler est également considérée comme un élément qui permet de reconnaître une personne ayant des troubles de santé mentale. Les personnes interrogées disent que la maladie mentale se reconnaît de cette manière plus souvent que la folie ou la dépression.

Près d'une personne sur dix déclare qu'il n'est pas possible de reconnaître un fou, un dépressif ou un malade mental.

### Selon vous, à quoi reconnaît-on un...?

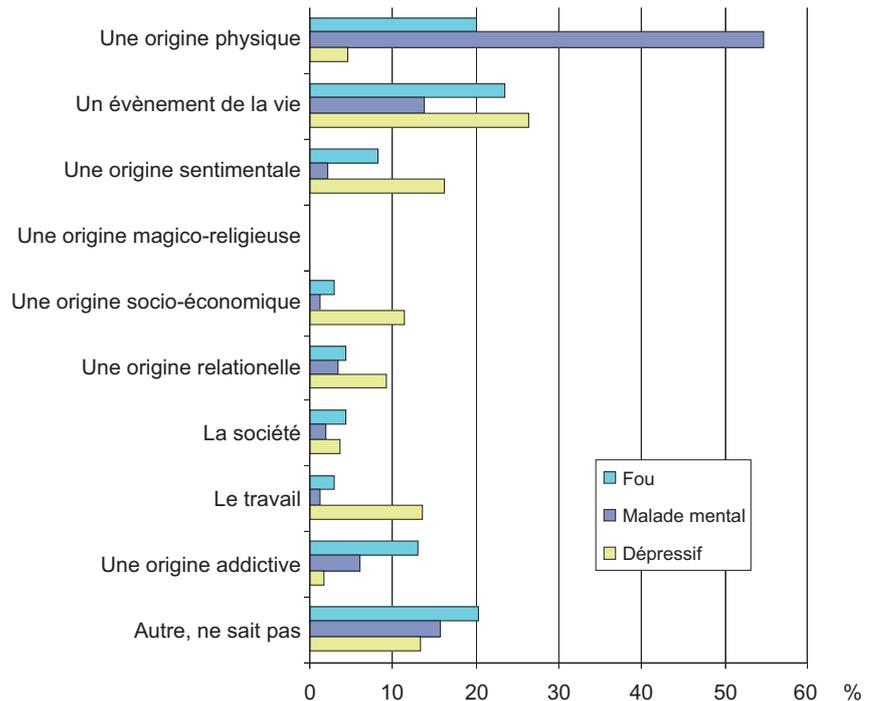


Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

## La plupart des personnes pensent que l'origine de la maladie mentale est physique

Ces trois images des troubles de santé mentale se distinguent aussi de façon nette par ce que les personnes interrogées pensent pouvoir en être l'origine. Concernant la maladie mentale, la cause citée par plus de la moitié de la population est l'origine physique, c'est-à-dire liée à un accident, une maladie, un trouble héréditaire ou génétique.

### Selon vous, qu'est-ce qui peut rendre...?



Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

### Des origines plus variées pour la folie et la dépression

Par contre, les adultes interrogés sont plus partagés pour la folie et la dépression. Si la folie peut aussi être la conséquence d'un trouble physique pour une personne sur cinq, la même proportion pense qu'un évènement de vie peut en être l'origine, comme un deuil, une agression, etc. Des problèmes sentimentaux peuvent aussi rendre fou pour une personne sur dix environ, de même que des difficultés liées à une addiction, comme la drogue, l'alcool, le sexe ou le jeu.

Les origines citées de la dépression sont également diverses. Les évènements de vie peuvent rendre dépressif pour 26 % des personnes interrogées. La dépression peut aussi s'expliquer par une rupture ou une déception sentimentale pour 16 % de la population et par des problèmes d'ordre relationnel pour 9 %. D'autres causes de dépression sont enfin citées, d'origine plus sociétale, comme des difficultés en lien avec le travail ou des facteurs socioéconomiques (chômage, précarité).

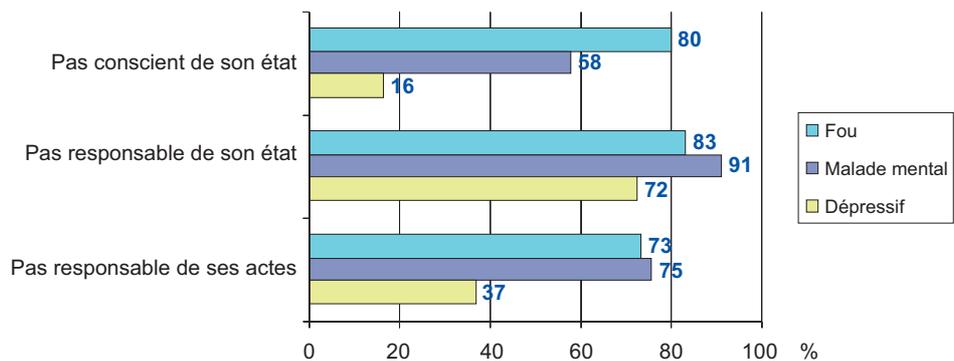
### Les causes de la folie sont plus souvent inconnues que celles de la dépression

Enfin, 20 % des personnes ne donnent pas d'origine à la folie, alors que la proportion n'est que de 13 % pour la dépression : la folie semble avoir une logique moins compréhensible par la population, contrairement à la dépression pour laquelle des explications sont plus facilement citées. La maladie mentale est dans une position intermédiaire.

## Les personnes interrogées pensent que le fou est exclu de la société

Pour 80 % des personnes interrogées, le fou n'est pas conscient de son état et, pour la moitié, il n'en souffre pas. Il n'est pas jugé responsable de sa folie par 83 % des adultes, ni de ses actes pour 73 %. L'image du fou est donc celle d'une personne déresponsabilisée et inconsciente de sa situation.

### Perception de la conscience de l'état et de la responsabilité d'un...



Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

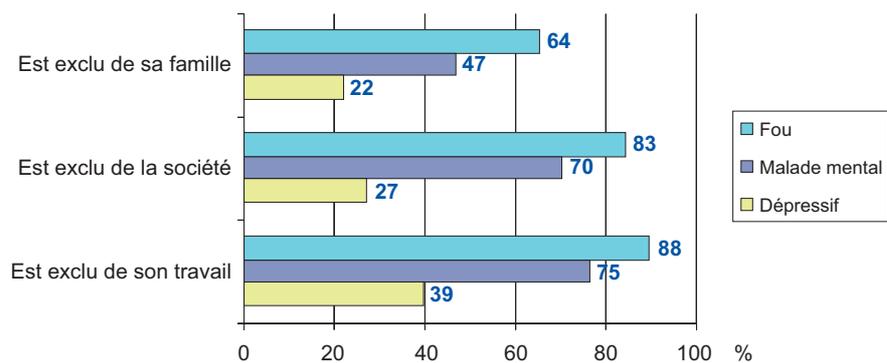
En outre, les personnes interrogées jugent qu'il est difficile de guérir un fou puisque seulement 10 % pensent qu'il peut être guéri complètement un jour.

Enfin, la folie est un état qui fait peur, ou du moins provoque un rejet : seulement un quart des personnes interrogées déclarent qu'elles seraient prêtes à accueillir chez elles un proche fou, soigné ou en traitement.

De fait, 64 % pensent qu'un fou est exclu de sa famille, 83 % de la société et 88 % de son travail.

Pour conclure, le fou semble être une représentation de la santé mentale que l'on ne veut pas reconnaître dans son entourage : seulement 13 % des adultes disent connaître quelqu'un qui a été fou ou l'est encore.

### Perception de l'exclusion



Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

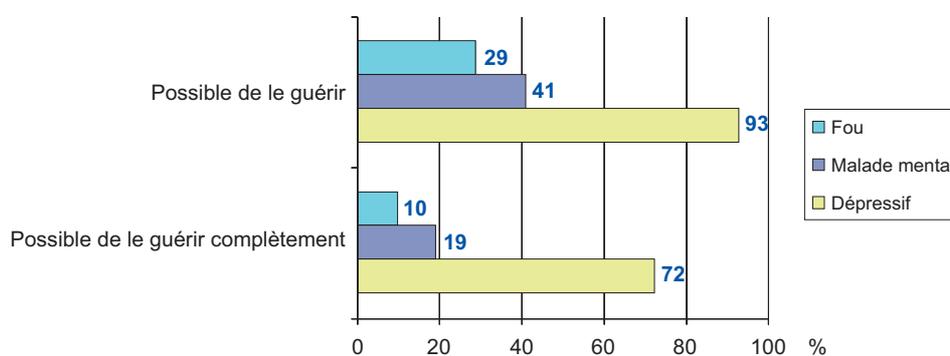
## Selon la population, le dépressif, responsable de ses actes et conscient de son état, n'est que momentanément en retrait de la société

À l'inverse, les dépressifs sont davantage perçus comme des personnes responsables et conscientes : seulement 16 % des adultes interrogés estiment qu'un dépressif n'est pas conscient de son état et presque tous pensent qu'il souffre. Parmi les personnes interrogées, 37 % jugent qu'un dépressif n'est pas responsable de ses actes. Cependant, il n'est pas pour autant jugé responsable de sa dépression puisque seulement 28 % pensent que les dépressifs sont responsables de leur état.

Si les adultes interrogés voient parfois le dépressif comme étant en retrait par rapport à la société, cette situation paraît plutôt provisoire. Ainsi, 22 % pensent qu'une personne dépressive est exclue de sa famille, 27 % de la société et 39 % de son travail, ce qui est nettement moins important que pour les fous et les malades mentaux.

La dépression ne provoque pas un rejet comparable à la folie, puisque quatre personnes sur cinq déclarent qu'elles accepteraient d'accueillir chez elles un proche dépressif, soigné ou en traitement. En outre, la grande majorité des adultes pensent que la dépression peut être guérie et même complètement guérie.

### Représentation de la guérison



Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

La dépression est donc perçue comme un problème de santé mentale relativement accepté et provisoire. Elle apparaît aussi aux yeux des personnes interrogées comme relativement fréquente puisque 71 % d'entre elles disent connaître quelqu'un de leur entourage qui est ou a été dépressif.

## Le malade mental n'est pas jugé responsable

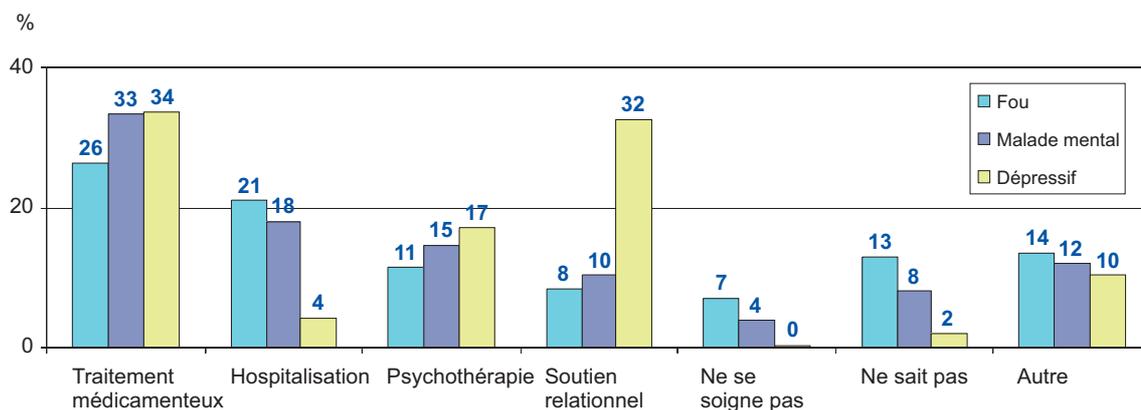
L'image de la maladie mentale est sur la plupart des points dans une position intermédiaire entre celles de la dépression et de la folie, même si elle est souvent plus proche de cette dernière. Le seul aspect sur lequel les personnes interrogées distinguent le malade mental du fou et du dépressif concerne son absence de responsabilité par rapport à son état : 91 % des adultes pensent que le malade mental n'en est pas responsable. Par contre, 75 % considèrent qu'il n'est pas responsable de ses actes, soit une proportion proche de celle observée pour le fou.

## Les médicaments constituent le traitement le plus couramment cité pour la folie, la maladie mentale et la dépression

Que ce soit pour traiter un fou, un malade mental ou un dépressif, la prise de médicaments est le traitement que les personnes interrogées citent le plus fréquemment : environ un tiers pour la maladie mentale et la dépression et un quart pour la folie.

Au-delà de ce point commun, les types de traitement de la dépression s'opposent nettement à ceux de la folie, la maladie mentale restant dans une position intermédiaire. Ainsi, le recours aux proches qui apportent un soutien relationnel est une réponse aux problèmes de dépression pour un tiers des adultes, alors que seulement 8 % pensent que cela peut soigner la folie. La psychothérapie est également un traitement indiqué pour la dépression par 17 % des personnes, contre seulement 11 % pour la folie.

Selon vous, comment peut-on soigner un...



Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

À l'inverse, 21 % des adultes jugent qu'une hospitalisation peut soigner un fou, contre 4 % pour les dépressifs. Concernant la folie, une part importante des personnes interrogées répondent qu'elles ne savent pas comment on peut soigner un fou (13 %), qu'il y a des traitements

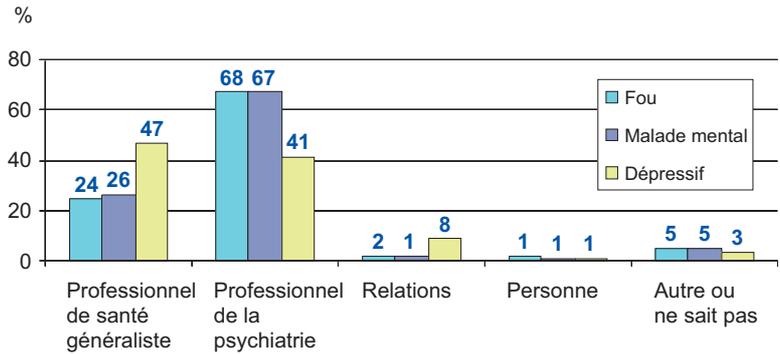
autres que ceux qui sont ici traditionnellement cités (14 %) ou que la folie ne se soigne pas (7 %). Ces réponses sont nettement moins fréquentes pour la maladie mentale et encore moins pour la dépression, ce qui met à nouveau en évidence le caractère étranger et inconnu de la folie.

## Pour la moitié des personnes interrogées, la prise en charge de la dépression commence par le recours à un professionnel de santé généraliste

Aux différentes représentations des problèmes de santé mentale correspondent différents types de prise en charge que les personnes interrogées pensent être adaptées pour soigner un fou, un malade mental ou un dépressif.

Ainsi, presque la moitié des adultes déclarent que, si un de leur proche était dépressif, ils lui conseilleraient d'aller voir un professionnel de la santé généraliste, qui est la plupart du temps un médecin généraliste, et sans doute beaucoup plus rarement un infirmier. Cette proportion est deux fois plus faible dans le cas où le proche serait fou ou malade mental. En effet, le recours à un médecin généraliste constitue sans doute une démarche socialement plus acceptée que le recours à un spécialiste de la santé mentale. Il répond mieux, selon les personnes interrogées, aux problèmes de la dépression, qui est un trouble de santé mentale socialement bien admis.

### Si un de vos proches est..., qui lui dites-vous d'aller voir ?



Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

Cependant, 41 % des personnes interrogées orienteraient un proche dépressif vers un professionnel de la psychiatrie comme un psychiatre ou un psychanalyste. Dans le cas d'un proche fou ou malade mental, cette

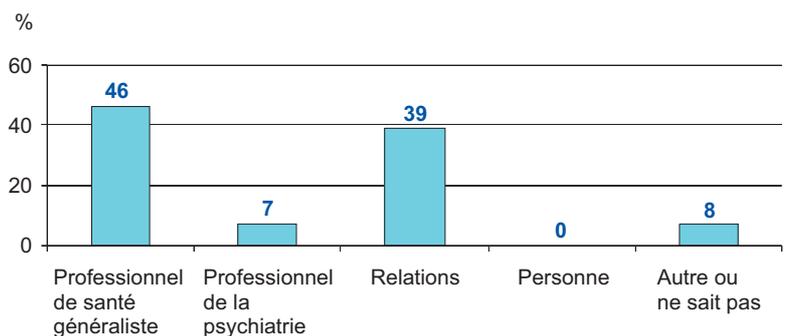
proportion atteint les deux tiers des adultes. Ainsi, d'après ces réponses, la folie et la maladie mentale nécessitent une prise en charge plus spécifique.

### Si elles avaient elles-mêmes des problèmes, les personnes se tourneraient d'abord vers un médecin généraliste ou vers un proche

La place des professionnels de santé généralistes se vérifie également dans le recours des personnes interrogées dans le cas où elles ne se sentiraient elles-mêmes pas bien dans leur peau. En effet, 46 % disent qu'elles iraient d'abord voir un professionnel de santé généraliste.

D'autre part, 39 % déclarent qu'elles se tourneraient en premier lieu vers un ou des proches pour rechercher un soutien relationnel. Ce type de recours est ainsi nettement plus fréquent dans la démarche des personnes elles-mêmes que dans celle qu'elles conseilleraient à un proche dépressif (8 %), fou (2 %) ou malade mental (1 %).

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



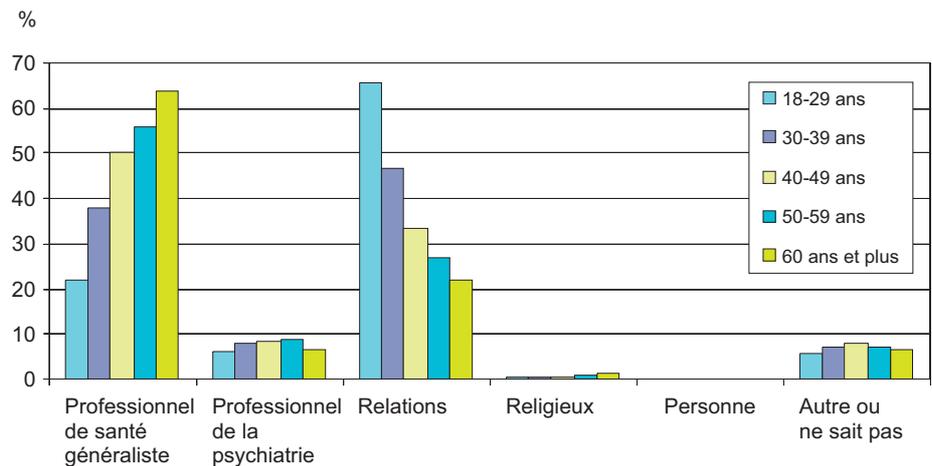
Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

Inversement, les personnes déclarent moins souvent qu'elles iraient voir un professionnel de la psychiatrie : seulement 7 % sont dans ce cas, alors qu'un grand nombre conseilleraient ce recours à un proche fou, malade mental ou dépressif comme nous l'avons vu ci-dessus.

## Les jeunes et les hommes rechercheraient d'abord le soutien de leurs proches

Le type de recours varie selon le sexe et encore plus fortement selon l'âge des personnes. Les femmes déclarent plus souvent qu'elles auraient recours à un médecin généraliste que les hommes (50 % contre 40 %) et moins souvent à des proches (37 % contre 42 %).

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



Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

Les jeunes répondent également beaucoup plus souvent qu'ils auraient d'abord recours à un soutien relationnel tandis qu'aller voir un médecin généraliste semblent être un recours jugé d'autant plus adapté que la personne interrogée est plus âgée.

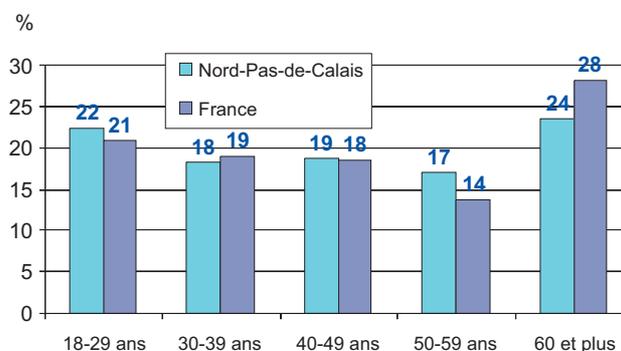


Données de cadrage

## Comparaison de la structure des populations du Nord-Pas-de-Calais et de la France

Le profil de la population du Nord-Pas-de-Calais a certaines spécificités par rapport à la population nationale. La région comporte ainsi davantage de jeunes de moins de 30 ans et de personnes âgées de 50 à 59 ans que la moyenne française. Par contre, elle compte moins de personnes de 60 ans et plus. La répartition par sexe est comparable dans la région et en France, puisqu'on y trouve respectivement 47 % et 48 % d'hommes.

Répartition par âge de la population enquêtée

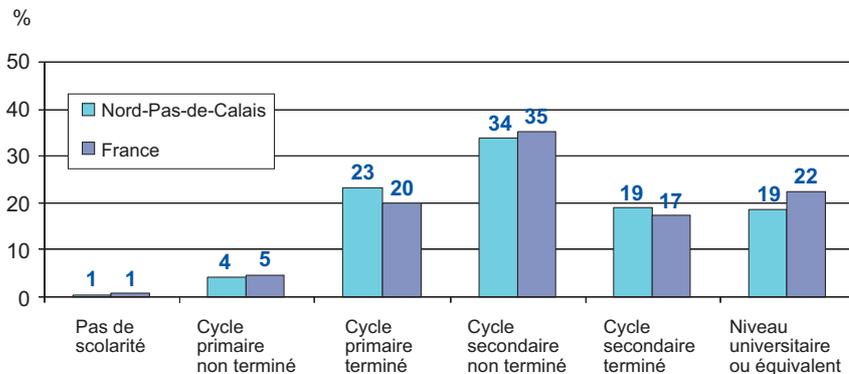


Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais

La répartition des habitants du Nord-Pas-de-Calais selon leur profil matrimonial est comparable à la répartition française : 57 % sont mariés, 23 % sont célibataires, 10 % veufs et 9 % séparés ou divorcés.

Les adultes sont plus souvent peu diplômés dans le Nord-Pas-de-Calais qu'en France : dans la région, 28 % ont été, au plus, jusqu'à la fin du cycle primaire, contre 25 % en France. À l'inverse, seulement 19 % ont suivi des études universitaires contre 22 % au niveau national.

### Répartition des personnes interrogées selon leur niveau d'étude

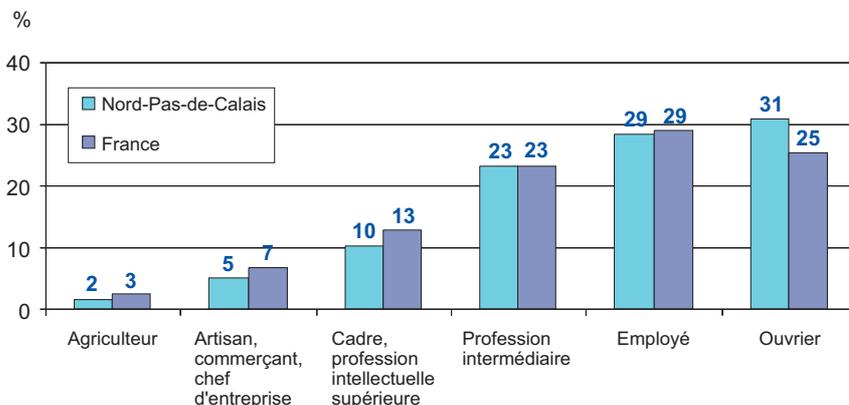


Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

Dans le Nord-Pas-de-Calais comme en France, la moitié de la population a un emploi. Cependant, la répartition des personnes en emploi diffère : 31 % d'entre elles travaillent en tant qu'ouvriers dans le Nord-Pas-de-Calais, contre 25 % au niveau national. Au contraire, les cadres

et professions intellectuelles supérieures, les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, et les agriculteurs-exploitants sont plus présents dans la population française que dans la région.

### Répartition des personnes interrogées ayant un emploi selon leur catégorie socioprofessionnelle

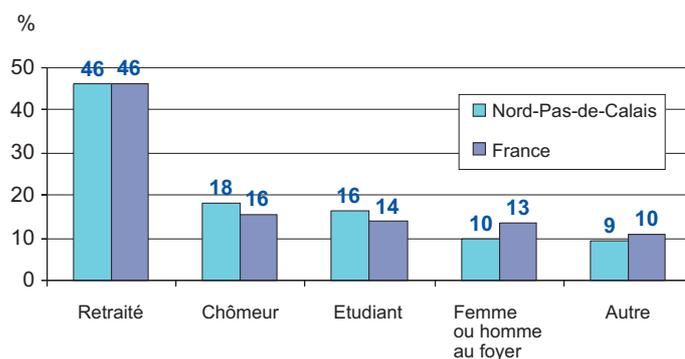


Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

Les personnes sans emploi ont également un profil spécifique dans le Nord-Pas-de-Calais : 18 % sont au chômage et 16 % sont étudiants, contre respectivement 16 % et 14 % au niveau national. Par contre, les femmes et hommes au foyer sont en proportion plus nombreux en France que

dans la région, de même que les autres personnes sans activité professionnelle, comme les bénéficiaires d'allocations (RMI, AAH, ...). 46 % des personnes sont à la retraite dans la région comme en France.

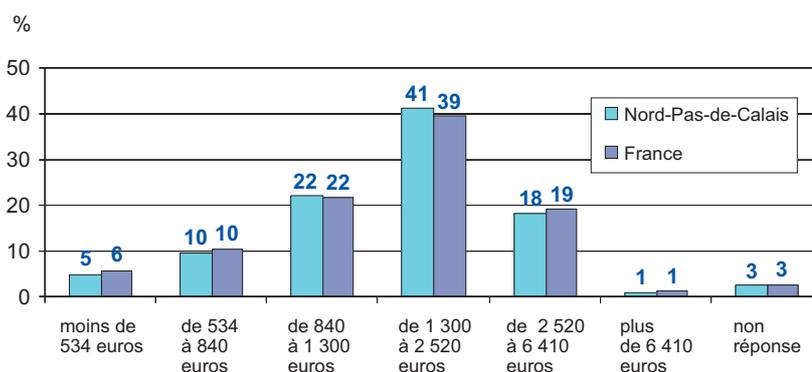
### Répartition des personnes interrogées n'ayant pas d'emploi selon leur activité



Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

La répartition selon le niveau de revenu total du ménage est proche dans le Nord-Pas-de-Calais et en France. Cependant, la part des personnes vivant dans un ménage percevant entre 1 300 et 2 520 euros par mois est plus importante dans la région qu'en France, tandis qu'elle est plus faible pour les personnes dont le ménage touche entre 2 520 et 6 410 euros, soit la tranche juste supérieure.

### Répartition des personnes interrogées selon le revenu de leur famille



Source : Enquête SMPG - Drees, Drass Nord-Pas-de-Calais, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole. Exploitation : Drass Nord-Pas-de-Calais.

## Le Mini (Source : [1])

Le Mini (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) a été développé afin de disposer d'un entretien diagnostique structuré qui soit court, fiable et validé. Cet instrument (120 questions) permet notamment d'interroger les individus sur 17 des pathologies de l'axe I du DSM IV et de la Cim 10 (24 en tenant compte de la présence des troubles actuels ou au cours de la vie). Le Mini est organisé en sections diagnostiques ; les questions filtres (2 à 4 par pathologies) correspondent aux principaux symptômes<sup>3</sup>.

Les réponses positives (réponse « oui/non » pour chaque question) fournissent un score, qui, grâce à la fixation d'un seuil, permettent de diagnostiquer ou non la pathologie.

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

- **les troubles de l'humeur** : épisode dépressif dans les deux dernières semaines (F32), trouble dépressif récurrent sur la vie entière (F33), dysthymie sur les deux dernières années (F34.1), épisode maniaque actuel ou passé (F30).

Remarque : la définition DSM IV de l'épisode dépressif « majeur » est plus restrictive et fait donc mathématiquement diminuer la prévalence par rapport à l'épisode dépressif (F32) de la Cim. Parmi les neuf symptômes cités, au moins cinq doivent exister depuis deux semaines, et l'un des deux premiers doit obligatoirement être présent pour porter le diagnostic :

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

Ces symptômes doivent avoir un impact sur le fonctionnement social de la personne.

- **les troubles anxieux** : agoraphobie actuelle (F40.0), trouble panique actuel (F41.0), agoraphobie avec trouble panique actuelle (F40.01), phobie sociale actuelle (F40.1), anxiété généralisée dans les six derniers mois (F41.1), état de stress post-traumatique actuel (F43.1).

- **les syndromes d'allure psychotique** : syndromes psychotiques isolés ou récurrents, passés ou actuels. L'enquête SMPG n'a utilisé que les questions filtres de cette section, c'est pourquoi les résultats sont présentés sous les termes de syndromes d'allure psychotique. Aux questions du Mini (réponse « oui/non » + questions ouvertes) a été rajoutée une procédure de validation clinique : fiche complémentaire (répercussions sur le fonctionnement social et la consommation de soins). Les réponses à ces questions ont été systématiquement analysées par des cliniciens après la passation du questionnaire, permettant de réaliser des repérages plus efficaces.

- **les problèmes de drogue et d'alcool.**

- **le risque suicidaire.**

- **les problèmes d'insomnie**

<sup>3</sup> LECRUBIER Y, SHEEHAN D, WEILLER E, AMORIM P, BONORA I, SHEEHAN K, JANAVS J, DUNBAR G. : « The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI », *European Psychiatry*, 1997; 12: 224-231.  
SHEEHAN DV, LECRUBIER Y, HARNETT-SHEEHAN K, JANAVS J, WEILLER E, BONARA LI, KESKINER A, SCHINKA J, KNAPP E, SHEEHAN MF, DUNBAR GC. : « Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : According to the SCID-P », *European Psychiatry*, 1997; 12 : 232-241.

## Petit lexique des pathologies (Source : [1])

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

## "Santé mentale en population générale : images et réalités " (SMPG)

L'enquête "Santé mentale en population générale : images et réalités " (SMPG) est une enquête multicentrique internationale menée par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (Asep) et le Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale, en collaboration avec les Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte-D'azur, l'Etablissement public de santé mentale (EPSM) d'Armentières, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère de la santé français.

### Les objectifs de l'enquête sont avant tout locaux :

- 1 • sensibiliser les acteurs sanitaires, sociaux, politiques et associatifs à la place des problèmes de santé mentale dans la société, aider à éviter la stigmatisation des personnes qui sont concernées par eux et au développement d'une prise en charge intégrée dans la cité.
- 2 • connaître les prévalences des problèmes de santé mentale dans la population et décrire leur représentation de la folie, de la dépression et de la maladie mentale.

L'enquête est menée auprès de la population générale, géographiquement souvent située autour d'un secteur psychiatrique, qui correspond à un territoire où la prise en charge en psychiatrie s'organise de façon cohérente autour d'une équipe pluridisciplinaire. Les premiers sites ont été enquêtés en 1998 et, depuis cette date, l'enquête SMPG a été réalisée sur 78 sites : 65 sites nationaux et 13 internationaux, soit plus de 70 000 personnes interrogées :

- Plus de 58 000 individus en France (dont 2500 dans les DOM)
- Plus de 11 500 individus pour l'ensemble des sites internationaux.

## La méthodologie de l'enquête

Pour chaque site participant à l'enquête, les données sont recueillies par des enquêteurs formés à la passation, grâce à des questionnaires administrés au cours d'entretiens en face à face avec des personnes sollicitées dans la rue, anonymement. Pour chaque personne interrogée, les questions explorent ses propres représentations ainsi que la présence de troubles mentaux actuels ou passés et les recours thérapeutiques et/ou aides utilisés.

La méthodologie adoptée pour l'enquête SMPG est celle des quotas. Elle a l'avantage d'être moins coûteuse que la méthode du tirage aléatoire. C'est également un mode de collecte plus souple qui permet de mieux gérer les difficultés de l'enquête : la longueur de l'interview et les questions d'ordre personnel augmente le risque de refus de la part des personnes interrogées, ce qui peut être problématique dans le cadre d'un sondage aléatoire.

La méthode des quotas consiste à déterminer la structure de la population selon un certain nombre de critères (ici l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle et le niveau d'étude) et à construire un échantillon représentatif de la population selon ces critères. Les enquêteurs doivent ainsi interroger un certain nombre d'hommes de moins de 30 ans, d'ouvriers, de personnes ayant suivi des études supérieures... Les quotas utilisés sont définis à partir du recensement de population de 1999. 900 personnes doivent être interrogées dans chaque site.

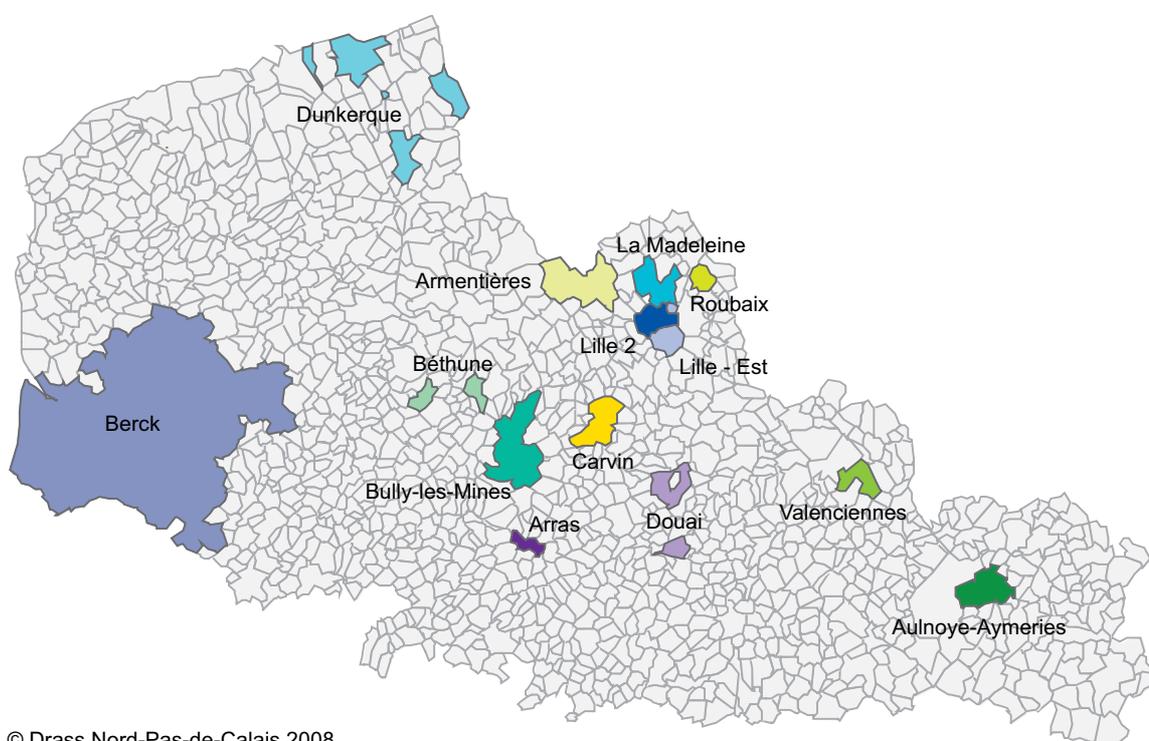
L'inconvénient de la méthode des quotas est que l'on a peu d'information sur la population ayant refusé de répondre à l'enquête. Cette non-réponse qui est importante peut générer un biais important qu'il n'est pas possible de mesurer.

Les questionnaires sont généralement administrés par les étudiants en formation de soins infirmiers, formés par l'équipe du CCOMS et encadrés par le service psychiatrique du site.

## La constitution de la base d'étude régionale

Dans le Nord-Pas-de-Calais, 18 sites ont été enquêtés entre le début de la mise en place de l'enquête et 2008, dont 14 ont servi à la constitution d'une base d'étude régionale, sur le modèle de ce qui avait été réalisé au niveau national en 2005. Ces sites régionaux ont été enquêtés entre 2001 et 2008. Ils sont répartis sur les deux départements et sur les quatre bassins de vie de la région.

### Localisation des 14 sites enquêtés qui constituent la base régionale de l'enquête SMPG



© Drass Nord-Pas-de-Calais 2008

L'échantillon régional est ainsi constitué de la somme des 14 enquêtes, soit 12 533 personnes interrogées. Il a été redressé de telle sorte qu'il soit représentatif de la population des 18 ans et plus du Nord-Pas-de-Calais : la répartition des personnes interrogées par sexe, âge, activité professionnelle et niveau de diplôme doit être la même que la répartition réelle de la population régionale. Ce redressement est effectué en attribuant un certain poids à chaque personne interrogée qui représente ainsi un certain nombre d'habitants de la région.

Les données de référence utilisées pour les caractéristiques de la population régionale sont des données de l'Insee : les enquêtes de recensement de 2004, 2005 et 2006, le recensement de population de 1999 et les projections de population Omphale. La méthode utilisée est un calage sur marge.

Cette méthode d'agrégation ne correspond ni à une méthode de sondage aléatoire, ni à celle d'une enquête par quotas. C'est pourquoi les méthodes habituelles d'analyse doivent être utilisées avec précaution.

## Bibliographie

[1] Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale - Etudes et Résultats n°347, octobre 2004, Drees.

- Baromètre santé Jeunes - Résultats thématiques - Santé mentale des jeunes dans le Nord-Pas-de-Calais, septembre 2007, Drass Nord-Pas-de-Calais.
- Classification des dépressifs selon leur type de recours aux soins - Etudes et Résultats n°577, juin 2007, Drees.
- Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale - Etudes et Résultats n°545, décembre 2006, Drees.
- La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites - Etudes et Résultats n°116, mai 2001, Drees.

## Remerciements

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

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

En 2005, pour la troisième phase, ce sont les Drass (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte-D'azur qui ont formalisé et soutenu la constitution de d'échantillon représentatif de leurs régions, c'est-à-dire l'extension de l'enquête SMPG sur respectivement 9 et 3 nouveaux sites.

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

Pour la constitution de l'échantillon régional Nord Pas de Calais, l'équipe était constituée des personnes suivantes :

**Responsable scientifique** : J.L. Roelandt. **Responsable méthodologique** : A. Caria  
**Coordination générale** : A. Vandeborre, A. Kergall, G. Mondière. **L'équipe de formateurs** : H. Brice, A. Caria, N. Daumerie, L. Defromont, A. Kergall, F. Macri, G. Mondière, D et B. Poissonnier, I. Soloch, J-F. Terakowski, G. Tréboutte, A. Vandeborre. **Le controle qualité des données** : Christian Porteaux (DIRM). **L'analyse des données régionales** : Hélène Chesnel (DRASS).  
**Secrétariat** : L. Robin.

### **Responsables de sites du Nord Pas de Calais constituant la base :**

*Roubaix* : Dr Alexandre, Léone Di Olivera / *Lille Saint-André* : Dr Debiève / *La Madeleine - Marcq-en-Baroeul* : Dr Lavoisy / *Arras* : Dr Leveque / *Berck-sur-Mer* : Dr Prudhommes / *Douai* : Dr Brochart, Mlle Galez / *Carvin* : Dr Belva / Mlle Galez / *Littoral dunkerquois* : Dr Durand et Havet, Mme Faes / *Béthune - Saint Venant* : Dr Debaisieux, M. Dubois / *Bully-les-Mines* : Dr Louvrier, Mme Delannoy / *Aulnoye - Aymeries* : Dr Feuillebois, Mme Deraed / *Canton d'Anzin* : Dr Vaneecloo, Mme Olejniczak / *Lille Est (59G21)* : G. Treboutte, M. Decrock / *Armentières* : Dr Lajugie, Mme Chauvin.



*Directeur de publication : Jean-Claude Westermann  
Chargée de communication : Martine Deneu*

*Service Études et Statistiques, responsable : René Dang  
Réalisation du dossier : Hélène Chesnel*

*Conception Graphique : Élisabeth de Gouy  
Impression : Imprimerie Monsoise*

*ISBN : 978-2-11-097444-0*



Centre Collaborateur OMS  
pour la recherche et la formation  
en santé mentale (Lille, France)

ASEP



**DRASS  
DDASS**  
Nord-Pas-de-Calais

**DIRECTION RÉGIONALE  
DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES  
DU NORD-PAS-DE-CALAIS**

Service Études et Statistiques  
62, boulevard de Belfort  
BP 605  
59024 Lille Cedex

Tél. : 03 20 62 67 29 - Fax : 03 20 62 67 89  
E.mail : [dr59-etudes-et-statistiques@sante.gouv.fr](mailto:dr59-etudes-et-statistiques@sante.gouv.fr)  
Site internet : <http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr>