

L'enquête Santé mentale en population générale (SMPG), réalisée par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) auprès de 36 000 personnes âgées de 18 ans et plus en France métropolitaine, s'est déroulée entre 1999 et 2003 en s'appuyant sur un outil de repérage, le questionnaire Mini, et la classification internationale des maladies (Cim 10).

Outre l'évaluation de la prévalence des principaux troubles mentaux, la SMPG interroge les personnes sur leurs représentations de la maladie mentale, ces deux aspects faisant ici l'objet de premiers résultats. 11 % des personnes enquêtées ont été repérées comme ayant eu un épisode dépressif dans les deux semaines qui ont précédé l'enquête. Il s'agit le plus souvent de femmes. Les personnes séparées, divorcées ou au chômage ont par ailleurs plus fréquemment été identifiées comme ayant souffert de ce trouble.

Par ailleurs, 13 % des personnes enquêtées – surtout des adultes – ont déclaré avoir souffert d'anxiété généralisée, le trouble anxieux le plus fréquemment repéré à travers le Mini. Comme pour les épisodes dépressifs, les femmes et les personnes séparées ou divorcées sont plus souvent identifiées comme ayant connu un trouble anxieux généralisé. En outre, plus d'un quart des personnes repérées comme manifestant des symptômes d'anxiété généralisée ont aussi connu un épisode dépressif. Contrairement aux autres pathologies, les hommes souffrent plus souvent de syndromes d'allure psychotique, lesquels sont repérés comme concernant 2,8 % de la population des 18 ans et plus. Enfin, environ 2 % des adultes présenteraient un risque suicidaire élevé, qui est plus fréquent chez les personnes séparées (4,7 %) et celles au chômage ou inactives.

Dans les représentations qu'a la population des problèmes de santé mentale, les termes de « fou » et de « malade mental » restent le plus souvent associés à des comportements violents. 45 % des personnes interrogées pensent par exemple que commettre un meurtre est associé au fait d'être un « fou » et 30 % « malade mental ». Mais le « malade mental » est plus souvent perçu comme ayant un problème médical. Le « dépressif » est quant à lui considéré comme accessible aux soins et à la guérison par 94 % des personnes, alors que seulement 55 % pensent qu'on peut guérir un « fou » et 69 % un « malade mental ».

Vanessa BELLAMY

Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale
Ministère de la Santé et de la protection sociale
Drees

avec la collaboration de

Jean-Luc ROELANDT et Aude CARIA

Centre collaborateur OMS (Lille, France)

Troubles mentaux et représentations de la santé mentale :

premiers résultats de l'enquête
*Santé mentale
en population générale*

L'enquête *La santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG)*, réalisée par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) [encadré 1] a pour objectifs principaux, d'une part de décrire les représentations liées à la « folie », la « maladie mentale », la « dépression » et aux différents modes d'aide et de soins et, d'autre part, d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux parmi les adultes, en population générale. Cette enquête, réalisée auprès d'environ 36 000 personnes de 18 ans et plus (en France métropolitaine) exclut de son champ certains groupes comme les personnes vivant en institutions, en maison de retraite, hospitalisées, incarcérées, ou sans domicile fixe, dont une proportion significative a des pathologies avérées. Elle s'est déroulée sur différents sites français, principalement entre 1999 et 2003.



Dans les enquêtes épidémiologiques en santé mentale, le repérage des états pathologiques est effectué à partir d'instruments construits dans la perspective de dépister, par questionnaire, les symptômes des différents troubles mentaux tels que les définissent les classifications standardisées

(actuellement la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes dixième version ou CIM 10, et le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* quatrième version ou DSM-IV). Leurs qualités de mesure sont variables en fonction du type de troubles considéré (encadré 3)

et les résultats obtenus sont fortement tributaires de leur contenu et du mode de recueil. L'outil de repérage utilisé dans le cadre de cette enquête est le *Mini International Neuropsychiatric Interview* (questionnaire Mini), et la terminologie employée pour décrire les troubles est celle retenue dans la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [CIM 10 – encadrés 2 et 3].

E•1

Présentation de l'enquête *Santé mentale en population générale (SMPG)*

L'étude La santé mentale en population générale : images et réalités est une recherche-action internationale multicentrique 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 (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, en respectant des quotas sociodémographiques (sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle...) 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 de la santé mentale ainsi que la présence de troubles mentaux actuels ou passés et les recours thérapeutiques et/ou aides utilisées. La méthodologie de l'enquête est décrite par ailleurs¹, ainsi que les principaux résultats de la première phase².

Un échantillon national a été constitué en agrégeant les données des sites français. Les données ont été redressées pour être représentatives de la population française âgée de 18 ans ou plus sur les variables d'âge, de sexe, de niveau d'études, de catégorie socioprofessionnelle et de 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 et en Mauritanie.

1. ROELANDT JL, CARIA A., MONDIÈRE G. et al. : « La santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête », *L'Information Psychiatrique*, 2000 vol 76 n°3 pp 279-292.

2. ANGUIS M., ROELANDT JL., CARIA A. : « La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites », Drees, *Études et Résultats*, n°116, mai 2001, Drees.

ROELANDT JL., CARIA A., ANGUIS M et al. : « La santé mentale en population générale : images et réalités. Résultats de la première phase d'enquête 1998-2000 », *L'Information psychiatrique*, 2003, 79 : 867-78.

ROELANDT JL., CARIA A., ANGUIS M et al. : « La santé mentale en population générale : images et réalités. Rapport final de la première phase d'enquête », EPSM-Lille-Métropole, 2001, consultable sur le site <http://www.epsm-lille-metropole.fr>

Environ un dixième des personnes interrogées a été repéré comme ayant connu un épisode dépressif au cours des deux semaines précédant l'enquête

11 % des personnes interrogées ont été repérées comme ayant connu un épisode dépressif au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête (tableau 1)¹, et pour 6 % d'entre elles, ce trouble dépressif peut être considéré comme récurrent (sur la vie entière). Deux autres troubles de l'humeur concernent moins de 3 % de la population : la dysthymie et l'épisode maniaque (encadré 3).

Le terme « dépression » est utilisé de manière polysémique tant dans la littérature générale que scientifique. Le questionnaire Mini utilisé ici est construit en référence à la Classification internationale des maladies de l'OMS, dixième version (Cim 10) et suit donc ce schéma d'analyse (encadrés 2 et 3). La définition des épisodes dépressifs retenue par le Mini apparaît à cet égard plus large que celle de « l'épisode dépressif majeur » décrit par le DSM IV, et aboutit logiquement à une prévalence plus forte. En outre, si la Cim 10 regroupe sous l'expression « troubles de l'humeur » l'ensemble des troubles liés à une modification pathologique de l'humeur (dépressive ou maniaque), ce regroupement n'a pas été effectué ici,

1. Nous présentons ici les premiers résultats de cette enquête, qui ne tiennent pas compte des données collectées dans les fiches complémentaires sur le sentiment d'être malade, l'impact des troubles sur le fonctionnement social (travail, famille, relations), les recours thérapeutiques utilisés, l'effet et la satisfaction perçus par rapport à ces recours. Ces fiches complémentaires au Mini, non encore exploitées, permettront de préciser le diagnostic.

dans la mesure où les périodes de référence utilisées pour mesurer la prévalence de ces pathologies ne sont pas identiques (épisode maniaque sur la vie entière, et épisode dépressif sur deux semaines par exemple).

Les résultats ainsi obtenus pour la dépression sont comparables à ceux de l'enquête *Santé et protection sociale* (SPS) de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) de 1996-1997, qui avait utilisé la partie du questionnaire Mini concernant les épisodes dépressifs. Toutefois, l'Irdes avait modifié la période d'observation des symptômes en retenant deux semaines au cours du mois précédant l'enquête et non pas les deux dernières semaines, et avait interrogé la population âgée de 16 ans et plus². Dans cette enquête, 12 % des personnes de 16 ans et plus avaient connu un épisode dépressif récent selon le repérage par le Mini³.

D'autres enquêtes ont par ailleurs cherché à évaluer la prévalence des troubles dépressifs (tableau 2), comme l'enquête *European Study of Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED). Relativement récente, cette enquête utilise un questionnaire différent, le *Composite International Diagnostic Interview* (WMH-CIDI, version 2000), sur un échantillon de l'ordre de 3 000 personnes. Elle repère des prévalences d'épisodes dépressifs majeurs plus faibles que l'enquête *SMPG*, bien que la période d'observation soit plus longue (douze mois au lieu de deux semaines).

De même, l'enquête *Depres* de 1995 repère des épisodes dépressifs majeurs (sur six mois) selon la classification DSM III. D'après les résultats de cette enquête, environ 9 % de la population souffrait à l'époque de ce trouble.

Les différences entre ces études sont en partie inhérentes aux variations de méthodologie : instrument de repérage (Mini, Cidis, Dis...), classification de référence (Cim 10 ou DMS IV), et mode de recueil (téléphonique, auto-questionnaires, enquêteurs au domicile...). Pour les épisodes dépressifs, comme cela a été rappelé plus haut, le Mini (Cim 10) aboutit à des prévalences un peu plus élevées que si l'on utilisait les critères du DSM IV qui repère les

épisodes dépressifs « majeurs » et tient compte de l'impact des symptômes dépressifs sur le fonctionnement social des personnes.

Les épisodes dépressifs sont plus fréquemment repérés chez les femmes que chez les hommes

Bien que les indicateurs sociaux recueillis dans l'enquête *SMPG* soient limités (pas d'information sur les réseaux

T 01 prévalences des différents troubles repérés

en %

Troubles repérés par le Mini	parmi les hommes	parmi les femmes	Ensemble
Troubles de l'humeur (1)			
Épisode dépressif (2 semaines)	8,9	13,0	11,0
<i>Dont trouble dépressif récurrent (vie entière)</i>	4,5	6,7	5,6
Dysthymie (2 dernières années)	1,7	3,1	2,4
Épisode maniaque (vie entière)	2,0	1,2	1,6
Troubles anxieux (2)			
Anxiété généralisée (6 derniers mois)	10,9	14,6	12,8
Phobie sociale (actuelle)	3,2	5,3	4,3
Trouble panique (actuel)	3,1	5,2	4,2
Agoraphobie (actuelle)	1,4	2,7	2,1
<i>Dont agoraphobie avec trouble panique (actuelle)</i>	0,4	0,6	0,5
État de stress post traumatique (actuel)	0,7	0,7	0,7
Syndromes d'allure psychotique (vie entière)	3,1	2,5	2,8
<i>Dont</i>			
<i>Syndrome psychotique récurrent actuel</i>	1,3	1,2	1,2
<i>Syndrome psychotique récurrent passé</i>	1,0	0,7	0,8
<i>Syndrome psychotique isolé passé</i>	0,6	0,5	0,6
<i>Syndrome psychotique isolé actuel</i>	0,2	0,1	0,2
Risque suicidaire			
Léger (3)	7,7	11,5	9,7
Moyen	2,2	2,1	2,1
Élevé	1,7	2,0	1,9

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

(2) L'exploration des symptômes d'anxiété 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 : France métropolitaine - Personnes âgées de 18 ans et plus

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

2. Il ne semble par ailleurs pas pertinent de comparer directement les chiffres des enquêtes de prévalences aux chiffres de ventes d'antidépresseurs, puisque, selon un rapport de l'Agence du médicament, en 1998, un tiers des prescriptions d'antidépresseurs était effectué en dehors des indications de l'Autorisation de mise sur le marché, le plus souvent pour des patients ne présentant aucun diagnostic psychiatrique caractérisé.

Agence du médicament : « Étude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire », Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments, juillet 1998. Voir aussi AMAR E. et BALSAN D. : « Les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001 », Drees, *Études et résultats*, n° 285, janvier 2004.

3. LE PAPE A. et LECOMTE T. : « Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997 », *Irdes*, Biblio n°1277, septembre 1999.

sociaux ou les événements de vie par exemple), il est cependant possible d'analyser, pour les principaux troubles détectés, les variations de prévalence repérées en fonction des caractéristiques sociodémographiques collectées lors de l'enquête. Toutefois, ce type

d'analyse reste descriptif et non explicatif, et ne peut en aucun cas être interprété en terme de causalité.

Ainsi, dans l'enquête *SMPG*, les épisodes dépressifs, récurrents ou non, sont plus fréquemment repérés chez les femmes que chez les hommes. Une

femme a 1,4 fois plus de risque qu'un homme présentant les mêmes caractéristiques sociodémographiques d'avoir eu un épisode dépressif. C'est l'inverse pour les épisodes maniaques qui ont été repérés chez 2 % des hommes et 1,2 % des femmes sur la vie entière.

T
02

comparaison des prévalences entre plusieurs enquêtes

	SMPG	ESEMeD	SPS	DEPRES	
Date	1999 à 2003	2000-2002	1996-97	1995	
Auteurs	CCOMS - Drees	V Kovess / J.P. Lépine (3)	Irdes	J.P. Lépine et al. (2)	
Champ	France Métropolitaine (le fichier France entière n'est pas encore construit)	Nationale	France Métropolitaine	France métropolitaine	
Âge	18 et +	18 et +	16 et +	18 et +	
Représentativité	RP99 selon âge, sexe, niveau de formation, CSP et situation vis-à-vis de l'emploi	RP99 selon l'âge et le sexe (Attention, les données pondérées ne reflètent pas exactement la répartition par âge/sexe du RP99)		Âge, sexe et région	
Méthode d'échantillonnage	Agrégation d'enquêtes par quotas	Tirage aléatoire des ménages à partir de la liste des abonnés au téléphone	Aléatoire	Tirage aléatoire des ménages, puis « quotas » pour individus	
Taille de l'échantillon	36 105	2 894	13 989	14 517	
Type de questionnaire	Mini (+ questions complémentaires)	WMH-CIDI, version 2000	Mini	Mini (+ 1 question sur le retentissement social des troubles dépressifs)	
Classification	Cim 10	DSM IV	Cim 10	DSM III	
Mode d'interrogation	Face-à-face par des enquêteurs formés	Enquêteurs à domicile	Auto-questionnaire	À domicile, par des enquêteurs spécialisés, dans le cadre d'enquêtes "omnibus"	
	Prévalence en %	Prévalence en %	Prévalence en %	Prévalence en %	
Troubles de l'humeur	Épisode dépressif (1)	11 sur 2 semaines	5,8 sur 12 mois	11,9 sur le mois écoulé	9,1 sur 6 mois
	<i>Dont épisode dépressif récurrent</i>	<i>5,6 vie entière</i>	<i>///</i>	<i>///</i>	<i>///</i>
	Dysthymie	2,4 sur 2 dernières années	1,6 sur 12 mois	<i>///</i>	<i>///</i>
Troubles anxieux	Épisode maniaque	1,6 vie entière	<i>///</i>	<i>///</i>	<i>///</i>
	Anxiété généralisée	12,8 sur 6 mois	2,1 sur 12 mois	<i>///</i>	<i>///</i>
	Phobie sociale	4,3 actuelle	1,9 sur 12 mois	<i>///</i>	<i>///</i>
	Trouble panique	4,2 actuels	1,2 sur 12 mois	<i>///</i>	<i>///</i>
	Agoraphobie	2,1 actuelle	0,5 sur 12 mois	<i>///</i>	<i>///</i>
	<i>Dont agoraphobie avec trouble panique</i>	<i>0,5 actuelle</i>	<i>0,3 sur 12 mois (0,1-0,5)</i>	<i>///</i>	<i>///</i>
	État de stress post traumatique	0,7 actuel	1,7 sur 12 mois (1,3-2,2)	<i>///</i>	<i>///</i>

(1) ESEMeD *Depres* mesurent l'épisode dépressif « majeur » (ou caractérisé) selon la classification DSM IV pour ESEMeD ou DSM III pour *Depres*.

(2) LEPINE J.P., GASTPAR M., MENDLEWICZ J. et TYLEE A. : « Depression in the Community : the First Pan-European Study DEPRES (Depression Research in European Society) », International Clinical Psychopharmacology, 1997, vol 12, p19-29.

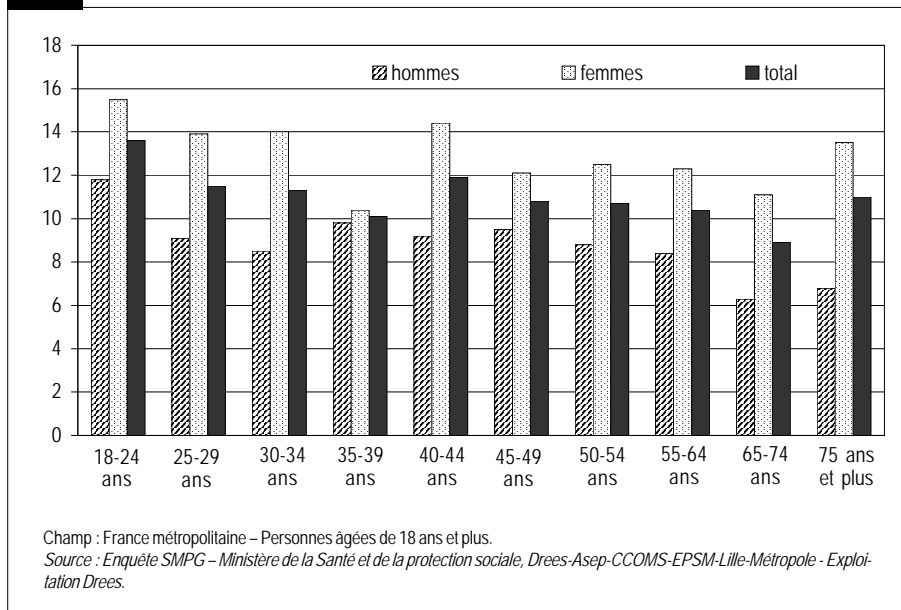
(3) The ESEMeD / MHEDEA 2000 Investigations : « Sampling and Methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders project », Acta Psychiatrica Scandinavica, 2004 : 109 (Suppl. 420), 8 - 20.

L'enquête SPS de 1996-1997 aboutissait à des résultats un peu plus contrastés concernant les épisodes dépressifs chez les personnes de 16 ans et plus : l'estimation de prévalence obtenue (par le Mini) est de 16 % chez les femmes contre 7 % chez les hommes. L'enquête européenne *Depres*, de 1996, qui utilise aussi le Mini, indique quant à elle des prévalences de la dépression de 12,2 % chez les femmes et 5,9 % chez les hommes, ce qui est assez proche de l'enquête *SMPG*⁴. L'enquête *ESEMeD*, centrée sur les épisodes dépressifs majeurs, trouve aussi des prévalences plus élevées chez les femmes (7,2 %) que chez les hommes (4,2 %).

Si les épisodes dépressifs repérés au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête *SMPG* ont concerné 13,6 % des 18-24 ans, les prévalences fluctuent entre 10,1 % et 11,9 % pour les personnes âgées de 25 à 64 ans. Elles diminuent ensuite entre 65 et 74 ans (8,9 %) pour remonter légèrement, et atteindre 11 % des personnes de 75 ans et plus. L'enquête SPS de l'Irdes aboutissait pour sa part à des taux de prévalence de la dépression plus élevés pour les 30-39 ans (13,7 %), ce qui n'est pas le cas pour l'enquête *SMPG*.

Les différences entre hommes et femmes sont plus marquées dans l'enquête *SMPG* pour certaines tranches d'âge (graphique 1). En particulier, les écarts atteignent plus de 5 points pour les femmes et les hommes entre 30 et 34 ans, de même qu'entre 40 et 44 ans et surtout après 75 ans, tranche d'âge où l'écart de prévalence entre les deux sexes est le plus important (6,7 points). Au contraire, entre 35 et 39 ans, les prévalences d'épisodes dépressifs repérés sont quasiment identiques pour les deux sexes.

G.01 prévalence des épisodes dépressifs au cours des deux semaines précédant l'enquête selon l'âge et le sexe



Être séparé, divorcé ou au chômage sont des facteurs très liés aux épisodes dépressifs

La présence d'un épisode dépressif dans les deux semaines précédant l'enquête a plus fréquemment été repérée chez les personnes veuves, divorcées ou célibataires que chez les personnes mariées : c'est ainsi le cas pour 17,4 % des personnes séparées ou divorcées, 13,2 % des célibataires, et 13,8 % des veuf(ve)s, contre 8,5 % des personnes mariées au moment de l'enquête⁵.

« Toutes choses égales par ailleurs », c'est selon la situation matrimoniale des personnes au moment de l'enquête que la prévalence des épisodes dépressifs repérés comme tels varie le plus. À âge, sexe, situation vis-à-vis de l'emploi et niveau d'études égaux, une personne divorcée a ainsi 2,2 fois plus de risque d'avoir eu un épisode dépressif dans les deux semai-

nes précédentes qu'une personne mariée⁶ et un célibataire 1,5 fois plus. Bien entendu, cette corrélation statistique ne permet en rien de déduire que la situation matrimoniale des personnes est un facteur de causalité en la matière. Il est en effet aussi possible qu'elle en soit la conséquence ou qu'il existe un autre facteur explicatif non repéré dans l'enquête.

Ces résultats corroborent cependant ceux obtenus à partir d'autres études ou enquêtes. Selon l'enquête SPS réalisée par l'Irdes en 1996-1997, 22 % des personnes séparées ou divorcées (soit près de deux fois plus que la moyenne sur cette enquête) étaient ainsi repérées à partir du Mini comme ayant vécu un trouble dépressif, et 10,6 % chez les célibataires (de 16 ans et plus). En revanche, contrairement à l'enquête *SMPG*, la prévalence repérée chez les personnes mariées âgées de 16 ans et plus (11,3 %) était plus élevée

4. LEPINE J.P., GASTPAR M., MENDLEWICZ J. et TYLEE A. : « Depression in the Community : the First Pan-European Study DEPRES (Depression Research in European Society) », International Clinical Psychopharmacology, 1997, vol 12, p19-29.

5. La catégorie des « personnes mariées » inclut les individus vivant en concubinage, en union libre ou « pacsés ».

6. Pour un événement de faible fréquence, comme c'est le cas des prévalences ici, l'odd ratio a une valeur proche du risque relatif et peut donc s'interpréter comme ce dernier, c'est-à-dire comme le rapport entre la probabilité d'avoir eu un épisode dépressif repéré chez les personnes ayant le facteur considéré, et la probabilité d'avoir eu un épisode dépressif dans la population de référence (personne mariée dans cet exemple).

E•2

Le Mini

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 (1).

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 nationale 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 troubles paniques 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.*

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

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

E•3

Petit lexique des pathologies

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 persistance 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.

Épisode maniaque (CIM10 F30) : Ces troubles sont caractérisés par l'élévation légère mais persistante de l'humeur (hypomanie), voire une élévation de l'humeur hors de proportion avec la situation (manie) qui peut être associée à la présence de symptômes psychotiques : idées délirantes, hallucinations...

Agoraphobie (CIM 10 F40.0) : groupe de phobies concernant la crainte de quitter son domicile, la peur des magasins, des foules et des endroits publics, ou la peur de voyager seul, en train, en autobus ou en avion.

Trouble panique (CIM 10 F41.0) : attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de paniques), dont la survenue est imprévisible. Les symptômes essentiels concernent la survenue brutale de palpitations, de douleurs thoraciques, de sensations d'étouffement, d'étourdissements et de sentiments d'irréalité.

Phobies sociales (CIM10 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.

que pour les célibataires, et les personnes veuves avaient une prévalence de 23 %, ce qui est largement plus élevé que dans l'enquête *SMPG* (13,8 %).

Si les prévalences d'épisodes dépressifs sont assez différentes entre les hommes et les femmes mariés (6,2 % pour les hommes mariés et 10,8 % pour les femmes), les écarts sont moins importants pour les personnes séparées ou divorcées, ces épisodes touchant, d'après l'enquête *SMPG*, 16,4 % des hommes et 18,3 % des femmes séparés.

Le fait d'être au chômage constitue le deuxième facteur le plus corrélé aux épisodes dépressifs⁷. À âge, sexe, situation maritale et niveau de formation égaux, une personne au chômage a deux fois plus de risque d'avoir eu un épisode dépressif qu'une personne en emploi au moment de l'enquête. Le fait d'être inactif (par exemple les femmes au foyer ou les étudiants) est beaucoup moins corrélé au risque d'avoir un trouble de l'humeur.

Selon l'enquête *SMPG*, parmi l'ensemble des personnes âgées de 18 ans et plus, au chômage au moment de l'enquête, près d'une sur cinq avait ainsi connu un épisode dépressif repéré à partir du Mini dans les deux dernières semaines, tandis qu'une sur 25 avait été repérée comme dysthymique dans les deux dernières années, et 3 % auraient connu un épisode maniaque au cours de leur vie (prévalences systématiquement plus élevées que la moyenne).

Les personnes cumulant le fait d'être séparées ou divorcées et au chômage lors de l'enquête sont encore plus fréquemment repérées comme ayant des troubles de l'humeur : 30 % ont connu un épisode dépressif repéré à partir du Mini dans les deux semaines précédant l'enquête et 13 % un trouble dépressif récurrent.

Les troubles de l'humeur sont moins fréquemment repérés chez les plus diplômés

Environ 19 % des personnes déclarant ne pas avoir suivi de scolarité ont connu un épisode dépressif repéré par le Mini. Elles ne sont plus que 7,6 % parmi les personnes ayant effectué des études supérieures, 11,8 % chez celles ayant atteint le cycle secondaire (terminé ou non) et 12,2 % chez celles ayant atteint le cycle primaire. À âge, sexe, situation maritale et situation vis-à-vis de l'emploi identiques, une personne ayant effectué des études supérieures a deux fois moins de risque d'avoir eu un épisode dépressif détecté par le Mini qu'une personne ayant un niveau d'études primaires.

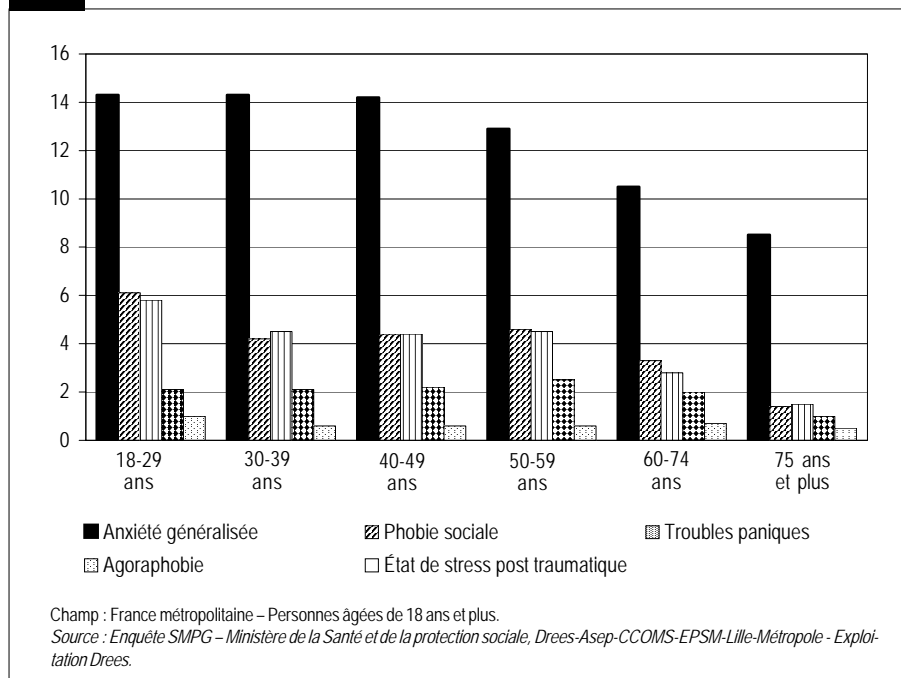
L'enquête *SPS* faisait apparaître le même type de gradation : une personne sur dix de 16 ans et plus et ayant fait des études supérieures était concernée

par un épisode dépressif au Mini, contre 18,1 % des personnes déclarant n'avoir jamais été scolarisées.

Des symptômes d'anxiété plus fréquents chez les adultes que chez les personnes âgées

Le trouble anxieux le plus fréquemment repéré à travers le questionnaire Mini a trait aux symptômes d'anxiété généralisée survenus durant les six derniers mois (encadrés 2 et 3). Ceux-ci concerneraient 13 % de la population âgée de 18 ans ou plus selon l'enquête *SMPG* (tableau 1). Les troubles paniques et la phobie sociale sont quant à eux identifiés chacun chez environ quatre personnes sur cent. Hormis l'état de stress post traumatique, les femmes semblent systématiquement plus touchées que les hommes par les pathologies liées à l'anxiété.

G.02 prévalence des troubles anxieux selon l'âge



7. On a introduit la catégorie socioprofessionnelle des personnes en emploi dans le modèle, mais elle n'est pas significative comparée aux autres variables.

La proportion de personnes présentant les symptômes de l'anxiété diminue globalement avec l'âge (graphique 2). Ceux-ci touchent un peu plus de 14 % de la population entre 18 et 49 ans et sont ensuite moins fréquents avec l'âge concernant 8,5 % des personnes de 75 ans et plus. La phobie sociale et les troubles paniques, dont les prévalences sont maximales chez les 18-29 ans (environ 6 % de cette classe d'âge), connaissent une relative stabilité entre 30 et 59 ans, puis leur fréquence décroît dans la population pour atteindre environ 1,5 % des personnes de 75 ans et plus. Pour leur part, l'agoraphobie et l'état de stress post traumatique, rarement repérés, varient peu avec l'âge.

En ce qui concerne les troubles anxieux, les comparaisons avec d'autres enquêtes ne sont pas facilement réalisables. Peu d'entre elles intègrent en effet des éléments diagnostiques sur ces troubles en France (tableau 2). L'enquête *ESEMeD* obtient des prévalences beaucoup plus faibles que l'enquête *SMPG*, et ce, d'autant plus que la période d'observation est plus importante. Par exemple, selon l'enquête

ESEMeD, la prévalence de l'anxiété généralisée sur douze mois serait de 2,1 %. Il est difficile d'expliquer ces écarts non négligeables qui peuvent provenir du questionnaire et de la classification utilisés, du mode de passation de l'enquête ou d'un autre élément du protocole. Les études épidémiologiques internationales en population générale sont de leur côté peu mobilisables dans la mesure où elles ne portent pas sur la même durée des troubles et se réfèrent souvent au DSM IV qui retient des critères de diagnostic plus stricts que la Cim 10.

De plus, l'association du trouble anxieux et d'un épisode dépressif est souvent observée : 30 % des personnes présentant un épisode dépressif présentent aussi un trouble anxieux généralisé. La forte prévalence de l'anxiété généralisée peut donc s'expliquer par la comorbidité avec l'épisode dépressif d'une part (être déprimé comme facteur anxiogène) et par l'utilisation du Mini basé sur les critères Cim-10 d'autre part (symptômes cognitifs de l'anxiété moins explorés que les symptômes somatiques, donc filtrage moins affiné).

Les femmes et les personnes séparées sont plus souvent sujettes à l'anxiété

Les caractéristiques les plus souvent liées aux risques de trouble de l'humeur et en particulier aux épisodes dépressifs se retrouvent pour les troubles anxieux, mais avec des intensités différentes.

À âge, situation par rapport à l'emploi, niveau d'études et situation matrimoniale identiques, le risque de manifester des symptômes d'anxiété généralisée est multiplié par 1,4 chez les femmes. Pour la phobie sociale et les troubles paniques, ce risque féminin est multiplié par 1,8.

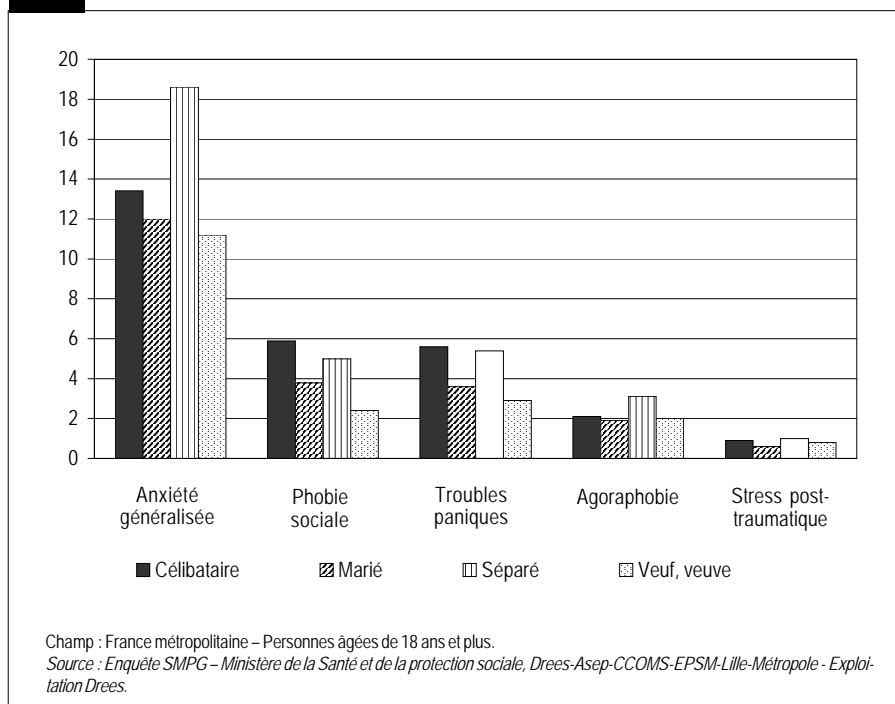
Comme pour les troubles dépressifs, les personnes séparées ou divorcées sont plus fréquemment identifiées par le Mini comme sujettes à des troubles anxieux généralisés (18,6 %) que les personnes célibataires (13,4 %), mariées (12 %) ou veuves (11,2 %). « Toutes choses égales par ailleurs », être divorcé ou séparé multiplie ce risque par 1,6. Par contre, ce sont les personnes célibataires qui semblent connaître les plus forts risques de phobie sociale ou de troubles paniques (graphique 3).

Si le fait d'être au chômage n'est pas autant corrélé aux troubles anxieux qu'aux troubles dépressifs, il n'en reste pas moins qu'être dans cette situation multiplie par 1,4 le risque de manifester des symptômes d'anxiété généralisée. De même, « toutes choses égales par ailleurs », une personne ayant effectué des études supérieures a 1,5 fois moins de risque d'être repérée par le Mini comme souffrant d'anxiété généralisée qu'une personne ayant seulement terminé un cycle primaire.

Épisodes dépressifs et anxiété généralisée, des pathologies souvent associées

Bien que les pathologies soient ici repérées sur des périodes de référence différentes, certaines associations apparaissent plus fréquentes que d'autres.

G.03 prévalence des différents troubles anxieux repérés selon la situation matrimoniale



Plus d'un quart des personnes identifiées par le Mini comme manifestant des symptômes d'anxiété généralisée ont ainsi également connu un épisode dépressif dans les deux dernières semaines précédant l'enquête, et pour 14 % d'entre elles cet épisode dépressif peut être considéré comme récurrent (tableau 3).

2,8 % de personnes identifiées comme souffrant de syndromes d'allure psychotique

2,8 % de la population de France métropolitaine âgée de 18 ans et plus a été repérée à partir du questionnaire Mini comme présentant des syndromes d'allure psychotique (encadrés 2 et 3). Contrairement aux troubles dépressifs ou à l'anxiété, les hommes auraient plus souvent ce type de syndrome que les femmes (tableau 1).

Là encore, le fait d'être célibataire ou divorcé apparaît fortement corrélé aux syndromes d'allure psychotique. En effet, à âge, sexe, niveau d'études et situation vis-à-vis de l'emploi équivalents, une personne divorcée a 2,6 fois plus de risque qu'une personne mariée de présenter ce type de syndrome et un célibataire 2,5 fois plus de risque. De même, une personne au chômage au moment de l'enquête a deux fois plus de risque d'avoir été repérée comme ayant eu un syndrome d'allure psychotique qu'une personne en emploi, sans que là encore puisse être déduite une causalité sur le sens de cette relation.

Environ 2 % des adultes présenteraient un risque suicidaire élevé

Le Mini permet enfin de repérer les risques suicidaires au sein de la popu-

lation en graduant leur intensité : léger, moyen ou élevé. Le risque est considéré comme élevé chez les personnes qui ont fait une tentative de suicide au cours du mois écoulé ou, ayant déjà fait une tentative de suicide dans leur vie, ont pensé à se suicider au cours du mois écoulé.

En suivant cette catégorisation, 1,9 % de la population des 18 ans et plus présente un risque suicidaire élevé⁸ : 2 % chez les femmes et 1,7 % chez les hommes (tableau 1). Les études disponibles confirment que les tentatives de suicides sont plus fréquentes chez les femmes⁹. Au contraire, les décès par suicide sont plus souvent masculins : c'est le cas de 74 % des suicides constatés en 2000 et le taux de mortalité par suicide des hommes est plus élevé dans toutes les tranches d'âges que celui des femmes.

Contrairement au suicide proprement dit, dont le taux augmente avec l'âge, le risque suicidaire élevé apparaît plus important chez les jeunes (plus de 2,8 % des 18-29 ans présentent un risque élevé) pour décroître ensuite avec l'âge, 1 % des personnes entre 60 et 74 ans.

Le risque suicidaire « moyen » concernerait quant à lui, selon le question-

naire Mini, 2,1 % de la population des 18 ans et plus (à la fois pour les hommes et les femmes). Les personnes repérées comme présentant un risque suicidaire moyen sont celles qui ont déclaré avoir « pensé à se suicider » au cours du mois écoulé, ou qui ayant déjà déclaré une tentative de suicide au cours de leur vie, ont voulu « se faire du mal » au cours du mois écoulé. Là encore, la tranche d'âge la plus touchée est celle des 18-29 ans (3,2 % d'entre eux ont un risque suicidaire moyen) et les personnes les moins touchées sont celles de 75 ans et plus (1,3 %).

Peu de données comparables sont disponibles en France sur ce thème. En 1999, selon le Baromètre santé 2000¹⁰, 7,7 % des femmes et 3,3 % des hommes de 12 ans et plus déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Ces chiffres s'élèvent respectivement à 9,1 % et 6,4 % dans l'enquête SMPG, qui ne concerne que les 18 ans et plus¹¹. En se limitant à certaines tranches d'âges, les différences entre les deux sources restent importantes. Par exemple, d'après le Baromètre santé 2000, 6,7 % des femmes de 26 à 34 ans ont déclaré une tentative de suicide, contre 11,2 % des femmes du même âge dans l'enquête SMPG. Les méthodes de

T.03 des pathologies associées

Proportion de personnes repérées comme ayant un épisode dépressif,	... un épisode dépressif récurrent
en plus d'une anxiété généralisée	25,6	13,9
en plus d'une phobie sociale	30,6	17,8
en plus d'un trouble panique	42,1	25,1

Lecture : 25,6 % des personnes ayant été repérées comme souffrant d'anxiété généralisée souffrent aussi d'un épisode dépressif.
Champ : France métropolitaine - Personnes âgées de 18 ans et plus.
Source : Enquête SMPG - Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees-Asep-CCOMS-EPSM-Lille-Métropole - Exploitation Drees.

8. En ce qui concerne les moins de 18 ans, voir CHOQUET M. et LEDOUX S.: « Adolescents : enquête nationale », Inserm, Collection Analyses et prospectives, 1994.

9. BADEYAN G., PARAYRE C., : « Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique », Drees, *Études et Résultats* n° 109, avril 2001.

10. « Baromètre santé 2000, volume 2, les résultats », CFES, 2001.

11. Une des questions concernant le risque suicidaire dans le Mini est : « Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? Oui/Non » ; cette question est exactement la même dans le Baromètre santé 2000.

collecte et le contexte des deux enquêtes étant très différents, il est difficile de penser que ceci n'a pas de conséquences sur les mesures réalisées mais il est impossible d'en évaluer l'ampleur.

Les pensées suicidaires font aussi l'objet de questionnements dans le Baromètre santé de l'Inpes, mais les données concernant les pensées suicidaires sont difficiles à comparer avec l'enquête SMPG dans la mesure où ces deux enquêtes ne se réfèrent pas à la même période (un mois pour SMPG et douze pour le Baromètre santé), les questions ne sont

pas identiques et leur mode de passation est également différent (téléphone pour le Baromètre et entretien en face à face pour SMPG).

Le risque suicidaire élevé est plus fréquemment repéré chez les personnes séparées, au chômage ou inactives

Près d'une personne divorcée ou séparée sur vingt (4,7 %) est repérée, dans l'enquête SMPG, comme présentant un risque suicidaire élevé. Les per-

sonnes célibataires sont dans ce cas pour un peu moins de 3 %. Une analyse « toutes choses égales par ailleurs » montre qu'à sexe, âge, situation vis-à-vis de l'emploi et niveau d'études identiques, une personne séparée ou divorcée à quatre fois plus de risque qu'une personne mariée d'avoir un risque suicidaire élevé ; ce risque est multiplié par 1,7 pour les célibataires.

Le risque suicidaire élevé est par ailleurs évalué à 4,7 % chez les chômeurs au moment de l'enquête contre 1,5 % pour les personnes en emploi, 1 % pour les retraités et 3,1 % pour les autres personnes sans emploi (étudiants, femmes au foyer...). « Toutes choses égales par ailleurs », le fait d'être au chômage multiplie ce risque par 2,6.

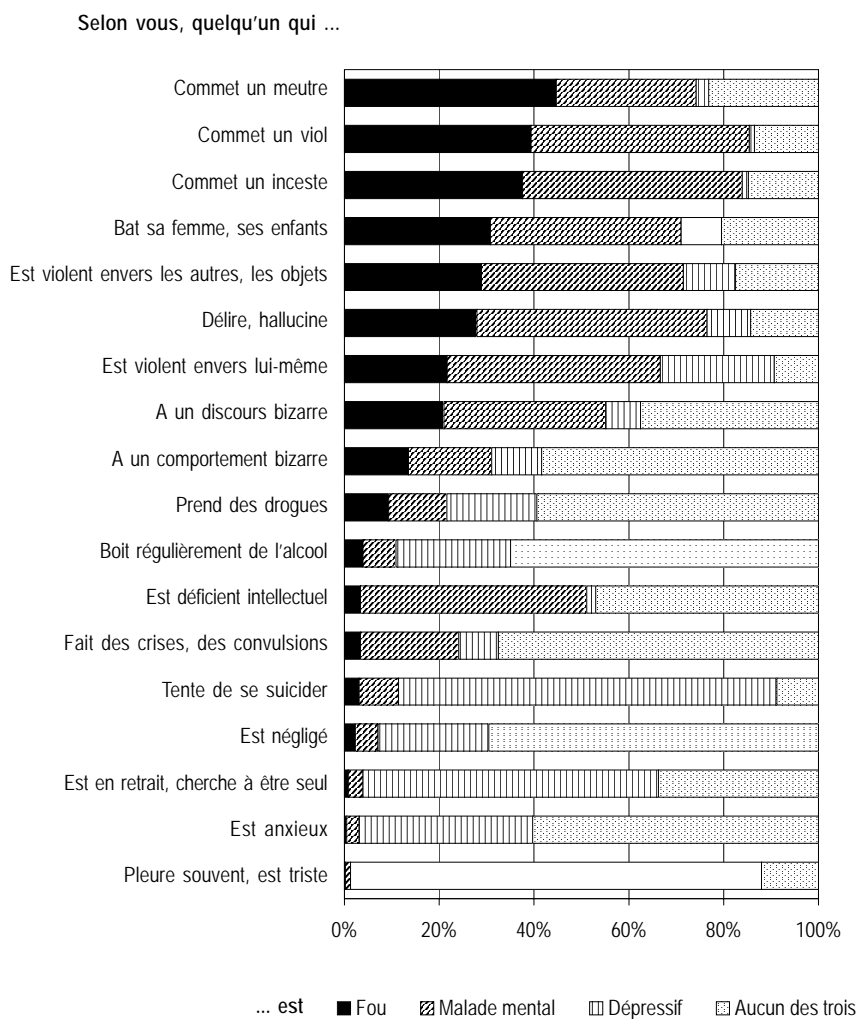
Avoir un risque suicidaire élevé apparaît fortement lié aux troubles dépressifs

Si le risque suicidaire élevé mesuré par le Mini concerne 2 % de l'ensemble des 18 ans et plus, la prévalence de ce risque est de plus de 10 % chez les personnes repérées comme présentant un épisode dépressif au cours des deux dernières semaines, et d'environ 12 % chez celles qui connaissent un épisode dépressif récurrent (sur la vie entière). Cette fréquence dépasse 14 % pour les personnes repérées comme ayant actuellement un syndrome d'allure psychotique.

A âge, sexe, situation vis-à-vis de l'emploi, niveau d'études et situation matrimoniale égaux, une personne pour laquelle un épisode dépressif dans les deux dernières semaines a été identifié par le Mini connaît un risque suicidaire élevé 11,6 fois plus important qu'une personne n'ayant pas connu un tel épisode dépressif. De même, une personne repérée comme ayant un épisode dépressif récurrent présente un risque multiplié par 8,4, et une personne repérée comme ayant des syndromes psychotiques actuels par 7,1.

G
04

comportements et attitudes
associés aux termes : « fou », « malade mental » et « dépressif »



Lecture : 87 % des personnes interrogées pensent que quelqu'un qui pleure souvent, qui est triste, est « dépressif ».
Champ : France métropolitaine - Personnes âgées de 18 ans et plus.
Source : Enquête SMPG - Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees-Asep-CCOMS-EPSM-Lille-Métropole - Exploitation Drees.

*Les représentations
des problèmes de santé mentale :
les images du « fou »
et du « malade mental »
sont associées
aux comportements violents...*

L'enquête *Santé mentale en population générale : images et réalités*, permet, outre les éléments de repérage des troubles mentaux qu'elle contient, d'apprécier la perception qu'a la population générale des problèmes de santé mentale.

Cette perception est appréhendée par deux questionnements distincts. Il s'agissait d'abord, pour les personnes interrogées, d'associer les termes de « fou », « malade mental » et « dépressif » à des comportements ou conduites censées être ceux des personnes souffrant de troubles mentaux. Les enquêtés étaient ainsi appelés à indiquer si un comportement donné (par exemple : « quelqu'un qui est violent envers lui-même ») relève du « fou », du « malade mental », du « dépressif » ou d'« aucun des trois ». Chaque enquêté devait également préciser s'il jugeait ces comportements « normaux/anormaux », et « dangereux/peu dangereux ». L'enquête donne par ailleurs des éléments sur l'idée que se fait la population générale de l'offre de soins, du mode d'accueil et de la place du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » dans la société.

Les trois items choisis (« fou », « malade mental » et « dépressif ») conditionnent pour partie les opinions émises. Comme l'ont montré les premiers résultats sur neuf des sites enquêtés, les résultats définitifs¹² présentés ici confirment que ces trois termes correspondent pour la population à des notions très différentes quant à leur gravité et leur possibilité de les soigner.

Le terme « fou » est ainsi plus fréquemment que « malade mental », et plus

encore que « dépressif », associé à l'idée de meurtre. 45 % des personnes interrogées pensent que commettre un meurtre est associé au fait d'être « fou », et 30 % « malade mental » (graphique 4). D'autres attitudes violentes comme le viol ou l'inceste sont par contre liées à l'image du « malade mental » plus que du « fou » : pour 46 % des personnes, quelqu'un qui commet un viol ou un inceste est « malade mental » et un peu moins de deux personnes sur cinq pensent que ces actes violents sont le fait de « fous ». Ainsi, les attitudes les plus violentes (commettre un inceste, un viol, battre sa famille...) sont, selon les enquêtés, associées à la folie et à la maladie mentale.

Le « malade mental », s'il peut se rapprocher du « fou » par des comportements violents, est plus souvent considéré comme ayant un problème médical. Si, pour 46 % des personnes interrogées, commettre un viol ou un inceste est associé au fait d'être « malade mental », d'autres comportements plus liés à des troubles mentaux comme le délire, les hallucinations, les déficiences intellectuelles lui sont aussi associés pour près de la moitié des Français métropolitains.

La notion de « dépression », entendue par les enquêtés, ne recouvre pas forcément la dépression cliniquement reconnue comme telle. On sait que ce terme est largement utilisé dans le langage courant et peut désigner toutes sortes de difficultés psychologiques. D'après l'enquête *SMPG*, les comportements que les personnes interrogées attribuent au « dépressif » se distinguent nettement de ceux qu'ils imputent au « fou » ou « malade mental ». Pour 87 % des personnes interrogées, quelqu'un qui « pleure souvent, qui est triste » a un comportement qu'ils associent au fait d'être « dépressif », et 62 % pensent qu'une personne « en retrait, qui cherche à être seule » l'est égale-

ment. Les comportements violents sont très peu caractéristiques du « dépressif » pour les personnes interrogées, sauf le suicide : pour 80 % de la population, quelqu'un qui tente de se suicider a un comportement qui caractérise un « dépressif ».

*... mais la dépression est perçue
comme un trouble guérissable*

L'opinion générale de la population semble donc faire une distinction forte entre les termes de « fou » et « malade mental » d'un côté, et de « dépressif » de l'autre. Cela se retrouve dans les représentations des soins et de la prise en charge. Le « fou », comme le « malade mental », ne peuvent pas être soignés sans médicaments selon 78 % des Français métropolitains de 18 ans et plus.

Les opinions sur les résultats des soins et des traitements sont aussi très différentes. 69 % des personnes pensent qu'il n'est pas possible de guérir un « fou », et près de 90 % déclarent que l'on ne pourra jamais le guérir totalement. Bien que moins massives, les conceptions concernant la guérison du « malade mental » sont relativement proches : 55 % des enquêtés pensent qu'il est impossible de guérir un « malade mental » et, pour près de 80 %, impossible de le guérir totalement.

Le « dépressif », lui, est considéré comme beaucoup plus accessible à la guérison : 94 % des enquêtés pensent que l'on peut le guérir et, pour 75 % d'entre eux de manière complète. Cette opinion est d'ailleurs partagée par les personnes repérées comme « dépressives » par le Mini : 93 % d'entre elles pensent que l'on peut guérir un « dépressif », et 73 % totalement. Ainsi, la dépression, curable voire « passagère », se distingue nettement pour les enquêtés de la « folie » et de la « maladie mentale ». ●

12. ANGUIS M., « La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites », Drees, Études et Résultats, n° 116, mai 2001.

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, Lille, France), et le Département d'information et de recherche médicale (DIRM) de l'EPSM-Lille-Métropole. Elle a reçu le soutien financier, pour la première phase de recherche, du ministère français des Affaires étrangères, du ministère français de la Santé et de la protection sociale (DGS), de l'OMS Genève (programme « Nations pour la santé mentale »), du bureau local de l'OMS à Moroni (Grande Comore), du bureau local de l'OMS à Antananarivo (Madagascar), du « Health Systems Research for Reproductive Health and Health Care Reforms in the Eastern and Southern African Region » (Harare, Zimbabwe) et des laboratoires Synthelabo et SmithKline&Beecham. Pour la seconde phase, elle a fait l'objet d'un contrat spécifique passé entre le CCOMS-EPSM-Lille-Métropole et la Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (Drees - ministère de la Santé). Pour les deux 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'État français (Drass et ARH), ainsi qu'aux enquêteurs et superviseurs de tous les sites d'enquête. Les municipalités enquêtées et les associations d'usagers et de familles ont été systématiquement impliquées.

Responsable scientifique : J.L. Roelandt **Responsable méthodologique :** A. Caria **Coordination générale :** A. Kergall (sites internationaux) et G. Mondière (sites français). Avec l'aide de M-P. Chalumeau, L. Dufoutrel, M.T. Maslankiewicz, D. Poissonnier, C. Porteaux, P. Sadoul. Secrétariat : O. Planche et S. Sœur. L'équipe de formateurs : H. Brice, N. Bruynooghe, L. Defromont, V. Fournel, L. Kurkdjian, A. Racine, I. Soloch, G. Tréboutte et F. Wizla.

Responsables de sites :

Phase 1 – 1998-2000

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

Phase 2 – 2000-2004

Algérie : F. Kacha (HP Mahfoud Boucebc, Cheraga) ; Belgique : C. Burquel (Service de Santé Mentale le Méridien, Bruxelles) ; France : C. Adamowski (CHS, Sarreguemines), J.Y. Alexandre et M. Debrock (EPSM agglomération lilloise, Roubaix), M.J. Amedro et D. Mahieu (CH Camille Claudel, Angoulême), M.C. Amieux (Groupe hospitalier Maison Blanche, Paris 10^{ème}), D. Arnaud (CH Montfavet, Montfavet), P. Bantman (EPS Esquirol, Saint Maurice), J. Boscredon (CH de Montauban, Montauban), H. Brun-Rousseau (CH de Cadillac, Bordeaux), F. Burbaud (ORS Limousin, Limoges), F. Caroli et L. Masclat (Centre Hospitalier Saint Anne, Paris 14^{ème}), J.P. Castelain (Centre Pierre Janet, Le Havre), P. Chaltiel et S. Massimi (EPS Ville-Evrard, Bondy), J. Debieve (EPSM agglomération lilloise, Lille), B. Desombre (CH Montluçon, Montluçon), C. Faruch (CHS Gérard Marchand, Toulouse), J. Ferrandi et M.C. Cabié (CH Marc Jacquet, Melun), J.Y. Giordana (CH Sainte Marie, Nice), R. Bouet et C. Guyonnet (CHS Henri Laborit, Poitiers), P. Lacroix (CHG Longjumeau, Longjumeau), D. Léger (CH Georges Renon, Niort), D. Leguay (CH CESAME, Angers), P. Leprelle (CH Louis Pasteur, Cherbourg), P. Lévêque (CH d'Arras, Arras), J. Lesturgeon et P.M. Llorca et (CHU St Jacques, Clermont-Ferrand), B. Martin (CHS Les Murets, La Queue en Brie), G. Masse et M. Fouillet (Centre Hospitalier Saint Anne, Paris 15^{ème}), M. Mathias (IFSI, Berck sur Mer), G. Milleret et A. Racine (CHS La Chartreuse, Dijon), P. Nubupko (CHS de la Valette, Guéret), E. Perrier (EPSAU, Haguenau), M.C. Pillon et J.M. Tarissan (CH Saint Jean de Dieu, Lyon), B. Pinalie (CH Nord Deux Sèvres, Thouars), B. Raynal et B. Millet (CH Guillaume Reigner, Rennes), N. Skurnik et P. Issembert (Groupe Hospitalier Maison Blanche, Paris 20^{ème}), M. Tryantafyllou (CH Victor Jousset, Dreux), G. Ursulet et B. Cazenave (CH Colson, Martinique), T. Wallenhorst (CH de Semur, Semur) ; Mauritanie : A. Ould'Hamady (Hôpital Militaire, Nouakchott).

L'enquête a reçu l'aide scientifique et méthodologique de M. Anguis, G. Badeyan, et V. Bellamy (Drees, Paris), J. Benoist (Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie, Aix en Provence), G. Bibeau (Université de Montréal), R. Dang (Insee, Lille), Y. Lecrubier (Inserm, Paris), N. Quemada (Inserm, CCOMS, Paris) et J.P. Vignat (Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique, GFEP).