

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



**Santé mentale en population générale :
Images et Réalités
Mayotte**



ASEP

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

Ses objectifs principaux sont, d'une part, de décrire les représentations liées à la « 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, dans la population générale âgée de 18 ans ou plus.

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

L'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG) a été réalisée à Mayotte en 2016, auprès de 892 personnes.

Les données ont été recueillies dans la rue, anonymement, par des enquêteurs formés, grâce à des questionnaires administrés au cours d'entretiens en face à face. L'échantillon a été constitué en utilisant la méthode des quotas, à partir des données disponibles localement à savoir : âge sexe, et district.

Pour la population mahoraise :

Prévalence des troubles psychiatriques :

1. Un trouble psychique est repéré chez presque quatre adultes sur dix (35,9%).
2. Les troubles anxieux sont les plus fréquents (24,1%), suivi par les troubles de l'humeur (19 %).
3. Un peu plus de 3% des participants présentent un problème lié aux drogues (3,1%) et à la consommation d'alcool (3,5%).
4. Les adultes de moins de 30 ans semblent plus concernés par un trouble psychique (45,7%) que les autres.
5. Si on n'observe pas de différence du risque de présenter au moins un trouble psychique en fonction du sexe, les femmes et les hommes présentent néanmoins des types de troubles différents (davantage de troubles anxieux et dépressifs chez les femmes, davantage de troubles liés à l'alcool et aux drogues chez les hommes).
6. Les caractéristiques sociodémographiques sont statistiquement liées au fait de présenter au moins un trouble mental sauf le genre et le revenu.
7. Le fait d'être célibataire, séparé, ou divorcé, et le fait d'être sans emploi représentent un facteur de risque d'avoir un trouble psychique.

Représentations de la santé mentale :

1. A Mayotte, les images du « fou » et du « malade mental » sont relativement proches, souvent associées à la dangerosité et à l'anormalité.
2. L'origine la plus fréquemment citée pour la « folie » est de loin l'origine addictive, l'origine physique pour la « maladie mentale », suivie par les origines liées à des événements de vie qui sont citées en premier pour le « dépressif ».
3. Le « fou », le « malade mental » et le « dépressif » seraient principalement reconnaissables à leur comportement.
4. Ils sont tous perçus comme irresponsables, en souffrance et exclus du travail. Selon les personnes interrogées, ils peuvent guérir, mais seul le dépressif peut guérir complètement.
5. Le soutien relationnel est le recours au soin le plus fréquemment cité pour la « dépression ». Les soins pour « folie » et « maladie mentale » seraient davantage médicalisés (psychothérapie, médicaments, hospitalisation).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	MAYOTTE N = 892
Genre	
Masculin	47,1%
Féminin	52,9%
Age	
De 18 à 29 ans	34,1%
De 30 à 39 ans	29%
De 40 à 49 ans	19,2%
De 50 à 59 ans	10%
60 ans et plus	7,7%
Situation maritale	
Célibataire	36,6%
Marié, concubinage, union libre	56,2%
Séparé, divorcé	4,6%
Veuf, veuve	2,6%
Niveau d'études	
Non scolarisé	16,6%
Cycle primaire non terminé	8,8%
Cycle primaire terminé	13,6%
Cycle secondaire non terminé	27,1%
Cycle secondaire terminé	17,5%
Niveau universitaire ou équivalent	15,8%
Situation sociale	
Emploi	41%
Retraité	2,5%
Chômeur	11,1%
Etudiant	7,4%
Femme au foyer	10,9%
Autre	27%
Emploi	
Agriculteur	0,4%
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	5,3%
Cadre, profession intellectuelle supérieure	2,6%
Profession intermédiaire	7,8%
Employé	18,2%

CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	MAYOTTE N = 892
Ouvrier	6,4%
Revenu	
Moins de 840 Euros	42,8%
De 840 à 1 300 Euros	20,9%
De 1 300 à 2 520 Euros	23,6%
Plus de 2 520 Euros	12,7%

Prévalences des troubles de santé mentale :

ENVIRON QUATRE ADULTES SUR DIX PRESENTENT AU MOINS UN TROUBLE DE SANTE MENTALE :

Le questionnaire diagnostique du MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) a été complété pour 892 personnes de plus de 18 ans. Ce questionnaire a repéré 316 personnes, soit plus de 35 % des personnes interrogées, qui présentent au moins un trouble psychique, hors risque suicidaire et insomnie (Tableau 2). A noter que la prévalence de ces troubles est relativement élevée à Mayotte par rapport à d'autres lieux d'enquêtes (à titre d'exemple, cette prévalence s'élève à 10,4% aux Comores, 30,2% à Mahajanga, 22,3% à l'Ile Maurice, 29,7% à la Réunion et 21,6% aux Seychelles ; ces différences observées sont statistiquement significatives.).

Les troubles anxieux sont les problèmes les plus fréquents et concernent 24,1% des mahorais. Il s'agit majoritairement du trouble panique et de la phobie sociale avec 5,4% des personnes interrogées. Ensuite, viennent l'agoraphobie (4,2%), l'anxiété généralisée (12,4%), et l'état de stress post-traumatique (2,2%).

Les troubles de l'humeur touchent, quant à eux 19% des mahorais interrogés, avec en premier lieu des troubles dépressifs (17,3%), suivis par la dysthymie (2,8%) et l'épisode maniaque (1,8%).

3,5% des personnes interrogées présentent des problèmes de dépendance ou d'utilisation nocive d'alcool, contre 3,1% pour les problèmes de drogue.

Les troubles psychotiques semblent relativement élevés, avec 3,5% de syndromes repérés au MINI dans cet échantillon.

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

TROUBLES REPERES PAR LE MINI	MAYOTTE
Au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie)	35,6%
Troubles de l'humeur	19%
Episode dépressif (2 dernières semaines)	17,3%
Dont trouble dépressif récurrent (vie entière)	6%
Dysthymie (2 dernières années)	2,8%
Épisode maniaque (vie entière)	1,8%

Troubles anxieux	24,1%
Anxiété généralisée (6 derniers mois)	12,4%
Phobie sociale (actuelle)	5,4%
Trouble panique (actuel)	5,4%
Agoraphobie (actuelle)	4,2%
Dont agoraphobie avec trouble panique (actuelle)	0,9%
État de stress post traumatique (actuel)	2,2%
Problèmes d'alcool	3,5%
Problèmes de drogue	3,1%
Syndrome d'allure psychotique (vie entière)	3,5%
Syndrome psychotique isolé actuel	0,6%
Syndrome psychotique isolé passé	0,6%
Syndrome psychotique récurrent actuel	1,7%
Syndrome psychotique récurrent passé	0,7%
Risque suicidaire	9,6%
Léger	5,7%
Moyen	2%
Elevé	1,9%
Insomnie	11,2%

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

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

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

Champ : Personnes âgées de 18 ans et plus.

Source : Enquête SMPG – Asep – CCOMS – EPSM Lille Métropole

Tableau 3 : Croisement prévalence (%) des différents troubles repérés chez les personnes de 18 ans et plus avec des variables sociodémographiques

VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES		PREVALENCE D'AU MOINS UN TROUBLE HORS RISQUE SUICIDAIRE ET INSOMNIE
Genre NS	Homme	34,8%
	Femme	36,2%
Age ***	18-29	45,4%
	30-39	31,8%
	40-49	37,1%
	50-59	19,1%
	60 et plus	23,9%

VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES		PREVALENCE D'AU MOINS UN TROUBLE HORS RISQUE SUICIDAIRE ET INSOMNIE
Situation maritale *	Célibataire	42,3%
	Marié, concubinage. union libre	31,5%
	Séparé, divorcé	36,6%
	Veuf, veuve	31,8%
Emploi **	Oui	29,9%
	Non	39,5%
Revenu NS	Moins de 840 Euros	39,7%
	De 840 à 1 300 Euros	31,4%
	De 1 300 à 2 520 Euros	32,2%
	Plus de 2 520 Euros	31,8%
Niveau d'étude **	Non scolarisé	21,2%
	Cycle primaire non terminé	36,4%
	Cycle primaire terminé	38,7%
	Cycle secondaire non terminé	42,5%
	Cycle secondaire terminé	40,3%
	Niveau universitaire ou équivalent	30%

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

DES TYPES DE TROUBLES DIFFERENTS EN FONCTION DU GENRE

Dans la population interrogée, les femmes présentent plus de risque d'avoir au moins un trouble de santé mentale que les hommes (36,2% versus 34,8%) (Tableau 3). En revanche, si on s'intéresse aux différentes catégories de troubles psychiques, on observe que les femmes semblent un peu plus touchées par les troubles anxieux et les troubles dépressifs (tests non significatifs) et que les hommes sont, eux, davantage touchés par les problèmes liés aux drogues et surtout à l'alcool ($p \ll 0,0001$). Les troubles psychotiques sont quant à eux presque deux fois plus présents chez les hommes et on retrouve une liaison statistiquement significative de ce trouble avec le genre ($p < 0,05$).

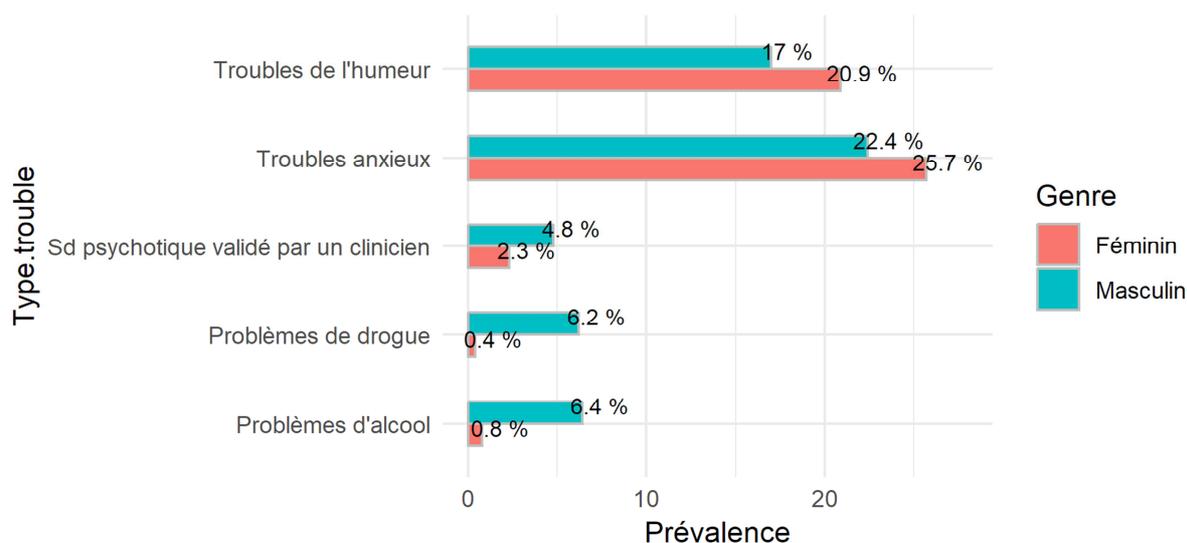


Figure 1 : Prévalence (%) des troubles selon le sexe des personnes interrogées

DES PREVALENCES PLUS ELEVEES CHEZ LES JEUNES

Lorsque l'on utilise l'âge en donnée quantitative, on observe que les sujets qui ont au moins un trouble psychique sont significativement plus jeunes que ceux qui n'en ont aucun ; l'âge moyen des personnes avec trouble est de 33,8 ans contre 38,3 ans chez les personnes qui n'ont aucun trouble et 50% des personnes avec au moins un trouble mental ont moins de 31 ans.

Lorsqu'on utilise cette variable de l'âge en classes, on constate que les personnes âgées de 18 à 29 ans présentent au moins un trouble mental dans plus de 45% des cas. Les taux sont moindres, à des taux à peu près identiques entre 30 et 49 ans (entre 31,8 et 37,1%), 19% pour les personnes âgées entre 50 et 59 ans mais semblent remonter légèrement après 60 ans (Tableau 3). Toutefois, cette classe ne serait pas touchée par les problèmes d'alcool, de drogue et les troubles psychotiques. Pour chaque catégorie de troubles pris individuellement, les différences de catégories d'âge sont significativement liées aux troubles, excepté les problèmes liés à l'alcool.

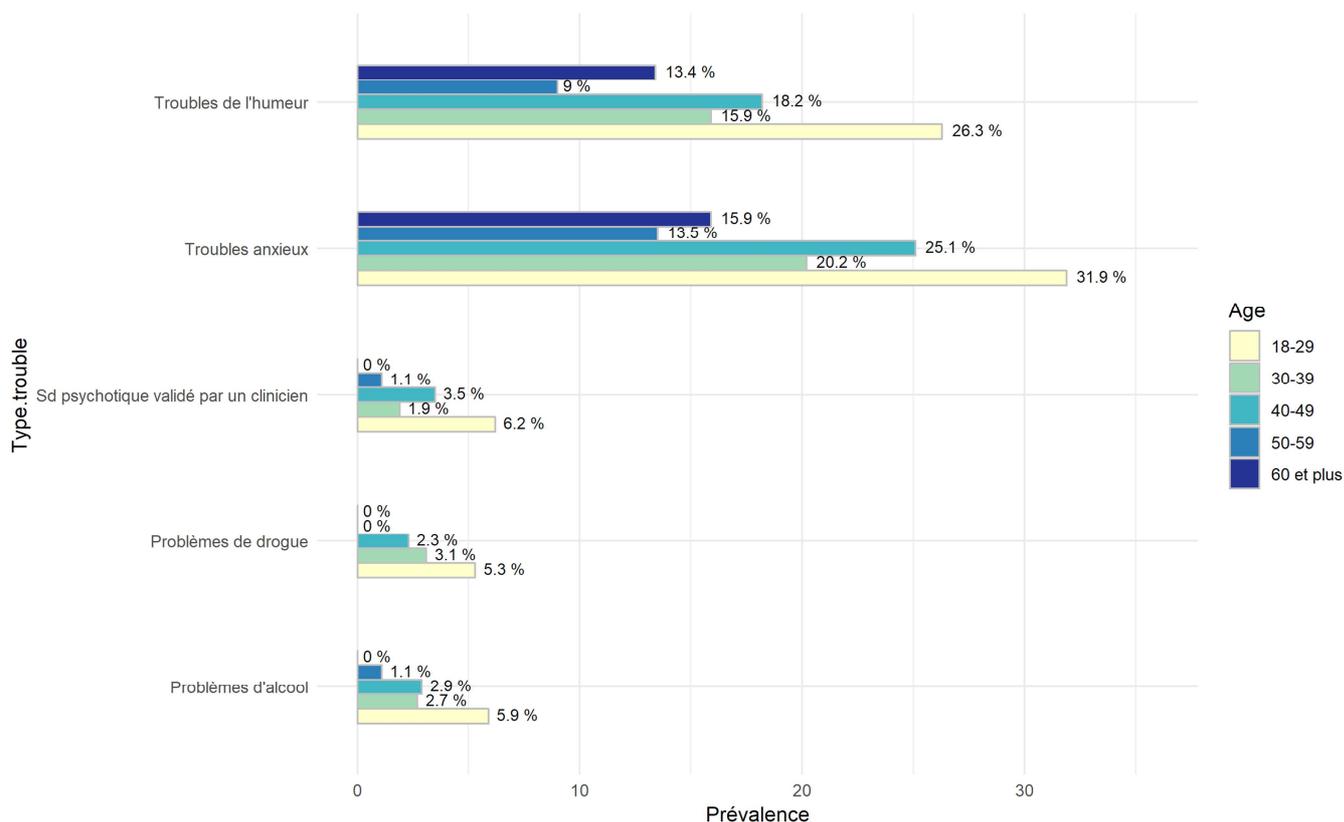


Figure 2 : Prévalence (%) des troubles selon l'âge des personnes interrogées

DAVANTAGE DE PROBLEMES LIES A L'ALCOOL CHEZ LES PERSONNES SEULES

Dans l'échantillon de personnes interrogées, les personnes célibataires et les personnes séparées ou divorcées présentent plus fréquemment des troubles de santé mentale (plus d'une personne sur trois), avec des différences observées significatives (Tableau 3). Cependant, quand on prend ces troubles par catégories, les personnes en couple seraient plus touchées par les troubles anxieux et les troubles de l'humeur par rapport aux personnes séparées (Figure 3).

Comme on l'a vu précédemment, les veufs aussi ne semblent pas être touchés par certains troubles mentaux (les problèmes liés à l'alcool et aux drogues ainsi que les troubles psychotiques). Les différences de catégories de situation maritale sont significativement liées aux troubles, sauf pour les troubles anxieux.

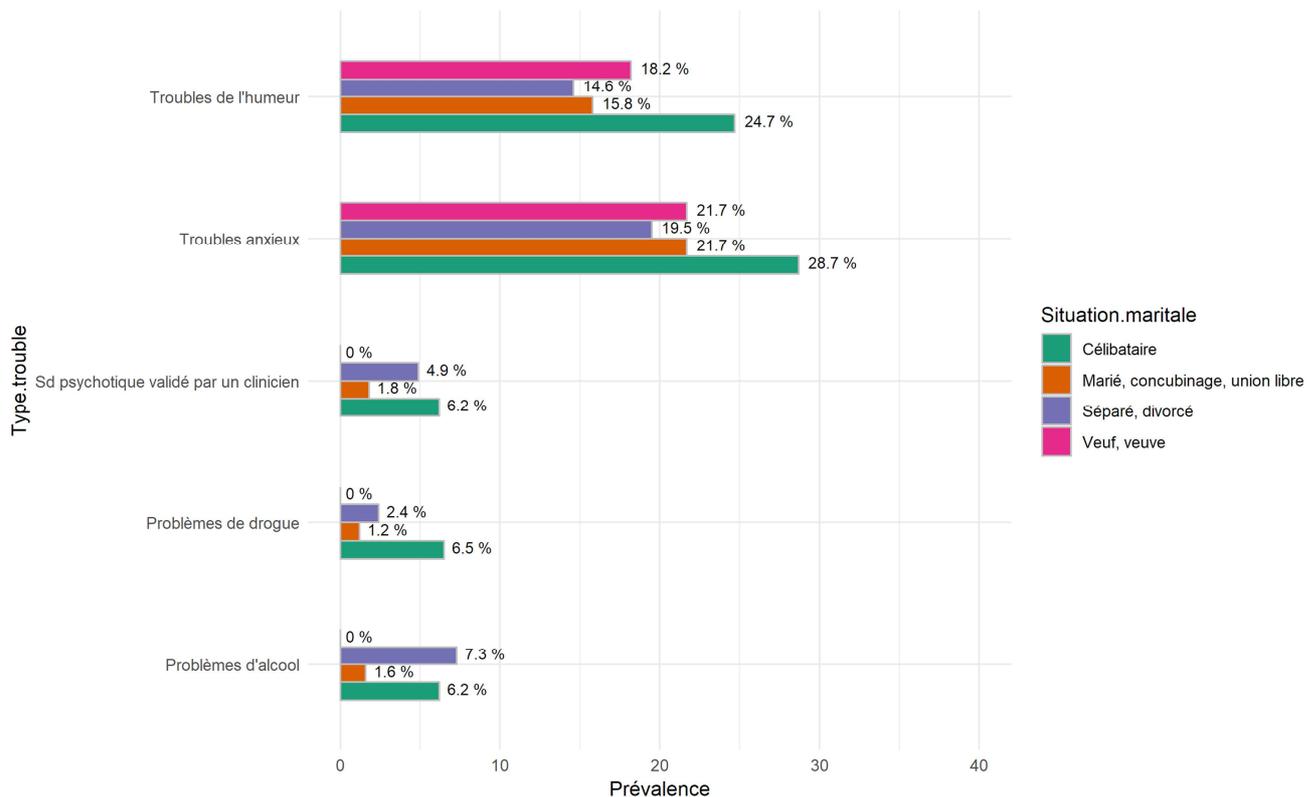


Figure 3 : Prévalence (%) des troubles selon la situation matrimoniale des personnes interrogées

DES TROUBLES LIES A LA SITUATION VIS A VIS DE L'EMPLOI

La situation vis-à-vis de l'emploi est statistiquement liée à la présence d'au moins un trouble psychique (Tableau 3) mais plus particulièrement aux troubles de l'humeur anxieux. Parmi les personnes sans emploi (chômeurs, retraités, étudiants, femmes au foyer), 39,5% ont au moins un trouble au MINI (hors risque suicidaire et insomnie) contre 29,9% pour celles ayant un emploi. Par ailleurs, le risque de présenter au moins un trouble de santé mentale semble être inversement proportionnel au niveau de revenu des personnes interrogées, sans que ces chiffres ne soient significatifs (Tableau 3).

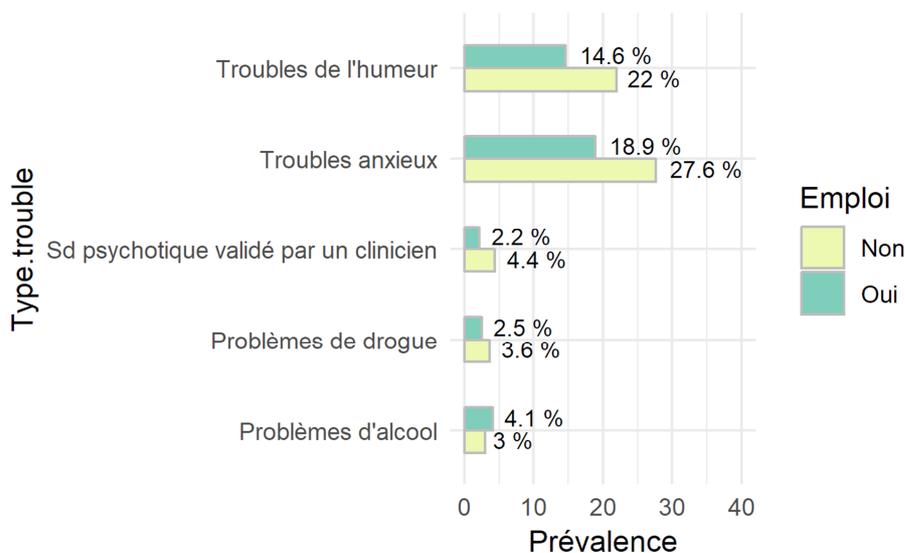


Figure 4 : Prévalence (%) des troubles selon le statut de l'emploi

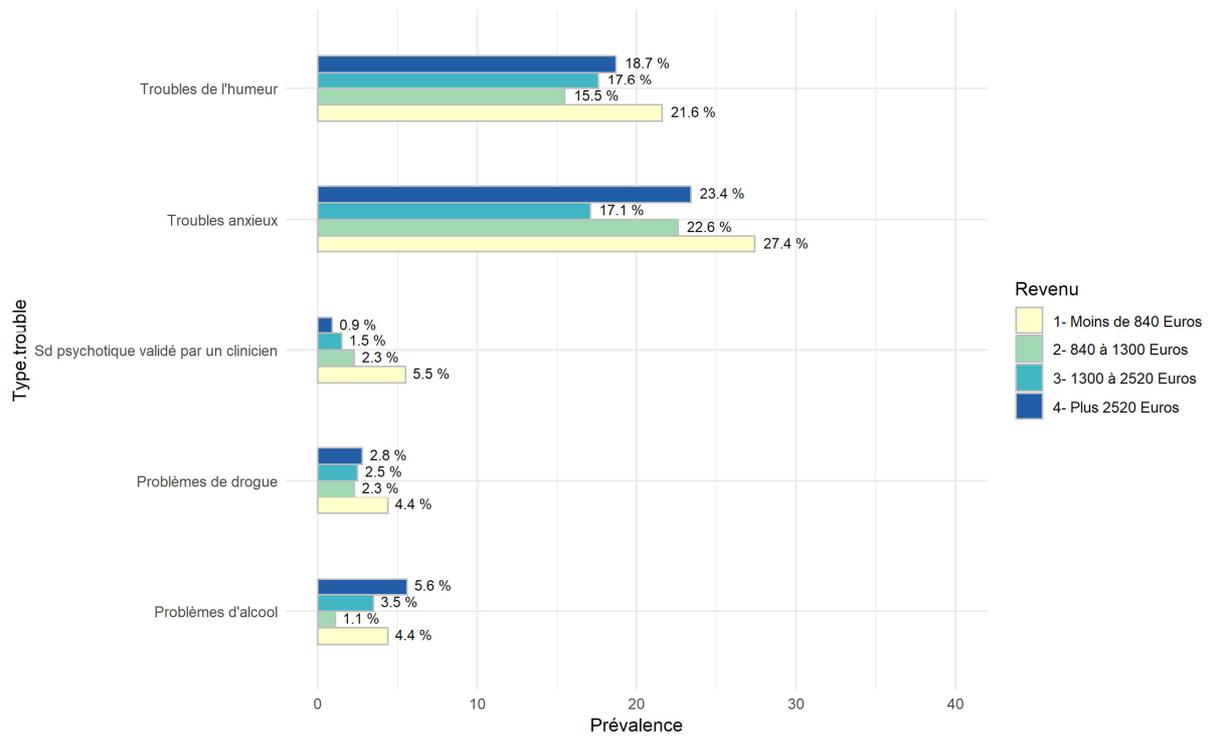


Figure 5 : Prévalence (%) des troubles selon le revenu mensuel familial

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

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

L'enquête « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités » permet aussi de décrire les représentations que les personnes interrogées ont de la « folie », de la « maladie mentale » et de la « dépression ».

ANALYSE DES QUESTIONS OUVERTES EN DÉBUT DE QUESTIONNAIRE

Les analyses ont été faites en travaillant sur les lemmes c'est-à-dire la forme « canonique » d'un mot, ainsi le mot « être » va recouvrir les mots « suis, été » etc.

Le logiciel Iramuteq a exploité 89.19% du texte et les a regroupé en 5 classes :

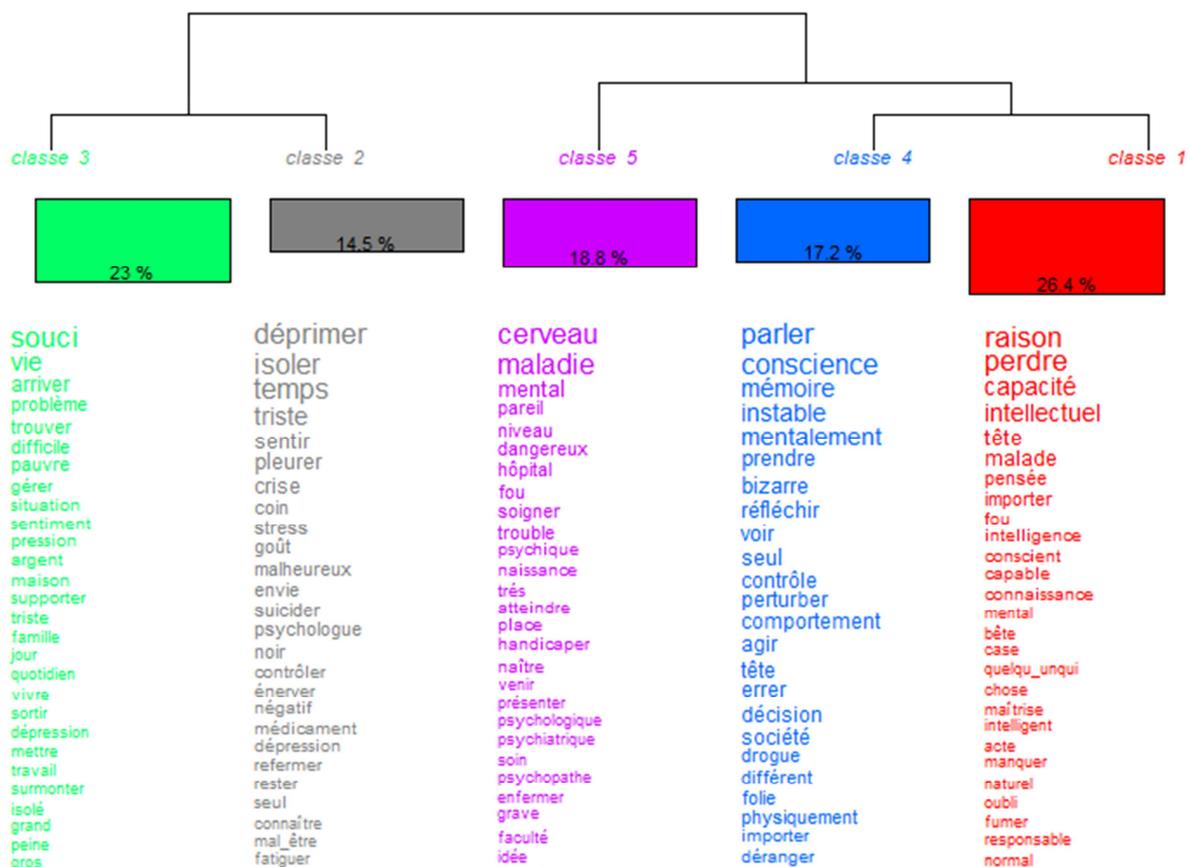


Figure 6 : Selon vous, qu'est-ce qu'un : « fou », « malade mental », « dépressif »

- classe 1, 26.4% & classe 4, 17.2%

« Selon vous, qu'est-ce qu'un fou ? », $p < 0.0001$ – classe 1 & 4

« Selon vous, qu'est-ce qu'un malade mental ? », p NS (0.07) – classe 1

La classe 1, la plus importante, est associée significativement à la question « Selon vous, qu'est-ce qu'un fou ? » et associée de manière non significative à la question « Selon vous, qu'est-ce qu'un malade mental ? ».

Le « fou » est vu comme une personne qui a perdu la raison ou n'a jamais eu toute sa raison (sur les 44 occurrences de « raison », 43 apparaissent dans ce contexte), intellectuellement déficient, malade de la tête, du cerveau, des pensées.

Les pensées du « fou » sont soit totalement absentes, soit envahissantes.

Le mot « capable » apparaît dans des contextes positifs (être capable de...) associés à la violence (frapper quelqu'un, commettre un crime), et dans des contextes négatifs (ne pas être capable de...) associés aux capacités intellectuelles (pas capable de réfléchir).

En ce qui concerne la classe 4, le « fou » est vu comme parlant sans arrêt et tout seul, il a des problèmes de mémoire (notamment perte), est vu comme instable mentalement et psychologiquement (la totalité des occurrences est associée à ces deux adverbes).

Il est vu comme prenant des drogues ou d'autres produits similaires et n'a pas conscience de ce qui l'entoure ou de ses actes. L'adjectif le plus utilisé pour caractériser la personne et/ou son comportement est « bizarre ».

- classe 5, 18.8%

« Selon vous, qu'est-ce qu'un malade mental ? », $p < 0.0001$

La classe 5 est associée significativement à la question « Selon vous, qu'est-ce qu'un malade mental ? ».

Le « malade mental » est vu comme souffrant d'une maladie/dysfonctionnement du cerveau depuis sa naissance. Il est dangereux pour lui-même et les autres et peut et doit être soigné à l'hôpital. La « maladie » est également associée au « retard mental » et au « handicap intellectuel ».

Les représentations associées au « malade mental » sont très proches de celles associées au « fou ». Cependant, le « malade mental » est dangereux pour lui-même et les autres (le « fou » est surtout dangereux pour les autres), il est né avec sa « maladie » et est soignable alors que la « maladie » du « fou » est le résultat de l'abus de substances. À plusieurs reprises dans les réponses le « malade mental » est décrit comme étant « fou » mais soignable.

- class 3, 23% & class 2, 14.5%

« Selon vous, qu'est-ce qu'un dépressif ? », $p < 0.0001$ - classes 2 & 3

Les classes 2 & 3 sont associées significativement à la question « Selon vous, qu'est-ce qu'un dépressif ? ».

La classe 3 traite principalement des origines de la dépression : le « dépressif » a des soucis, des problèmes, des événements ont bouleversé sa vie. Il mène une vie difficile, notamment parce qu'il est « pauvre ».

Face à cette situation, le « dépressif » est vu comme n'arrivant pas à surmonter ses problèmes ou à trouver des solutions pour les régler.

La classe 2 se concentre surtout sur la façon dont est perçu le « dépressif » : une personne qui s'isole, déprimée, triste, qui se sent malheureux, incompris et seul et qui pleure souvent.

Les mêmes questions ont été posées en fin du questionnaire mais il n'y a pas de différences majeures sauf pour quelques points :

- Le « fou » n'est pas responsable de ces actes et il est jugé en dehors de la norme. Toutefois, sa façon de parler n'est plus mentionnée.
- Le « malade mental » est toujours vu comme souffrant d'une maladie présente depuis la naissance, qui a besoin de soins. La principale différence entre les deux analyses est l'adjectif principalement utilisé pour décrire le « malade mental » : nous sommes passés de « dangereux » à « violent ».
- Les représentations du « dépressif » sont similaires à celles de la 1^{ère} analyse. La fréquence des occurrences est sensiblement différente : le fait de ne pas arriver à faire face aux problèmes est moins mentionné, les événements sont plus explicités (stress, choc). La « pauvreté » n'est plus mentionnée.

Certains comportements ou attitudes sont fréquemment associées (dans plus d'un tiers des cas) par les personnes enquêtées à la « folie » ou la « maladie mentale » (Figure 7). Ces comportements sont : le fait d'être violent envers les autres et les objets, d'avoir un discours bizarre sans aucun sens, de commettre un inceste, d'être violent envers soi-même, de délirer, d'halluciner, de commettre un meurtre, de battre régulièrement son mari ou sa femme ou ses enfants, de commettre un viol, d'être déficient intellectuel, attardé.

Plus de 50% de ces personnes interrogées jugent ces comportements « anormaux » (c'est davantage le cas pour les comportements « bizarres » et les déficients intellectuels) et « dangereux » (c'est davantage le cas pour les actes violents) (Figures 8 et 9).

De façon similaire, faire une tentative de suicide, être isolé et chercher à être seul, pleurer souvent ou être triste, sont des conduites majoritairement associées (plus de 50%) par les mahorais enquêtés au « dépressif » (Figure 7).

Ces comportements sont jugés anormaux par une majorité des personnes interrogées. En revanche, à part le fait de pleurer souvent et d'être triste la plupart du temps, d'avoir un discours bizarre, d'être seul, d'être un déficient intellectuel, d'être anxieux d'être négligé, tous les comportements sont jugés dangereux par au moins la moitié des personnes interrogées.

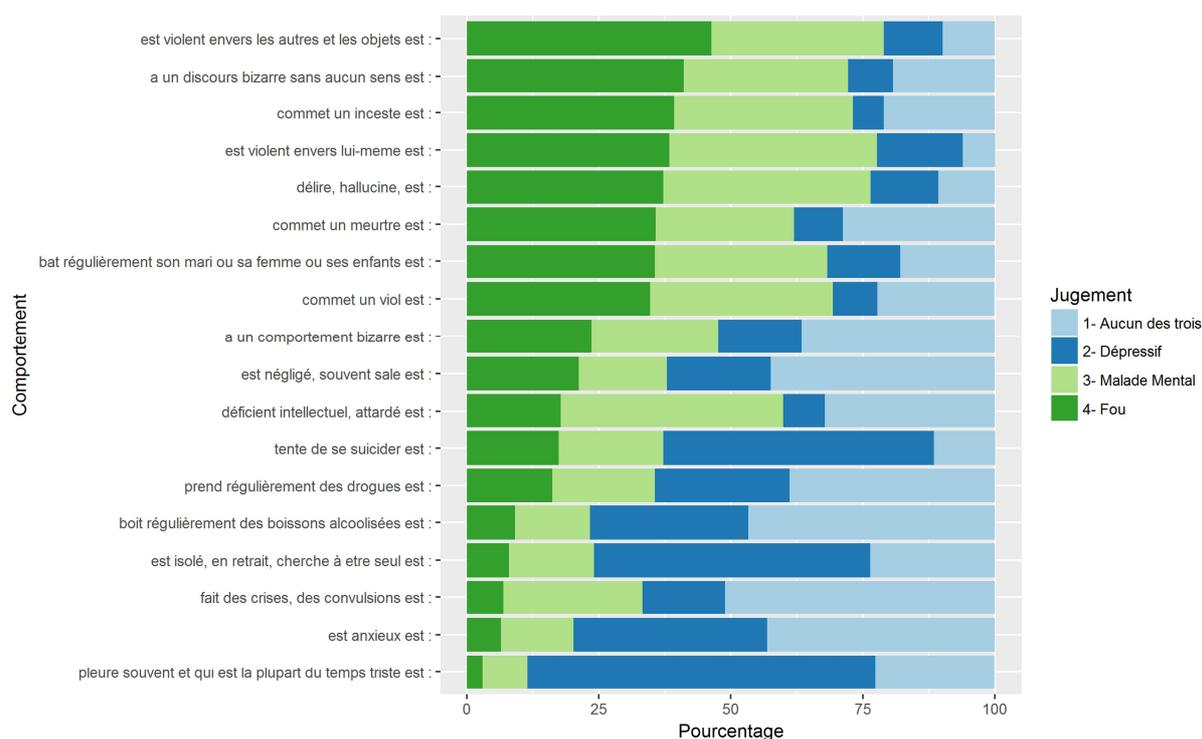


Figure 7 : Selon vous, quelqu'un qui....est : « fou », « malade mental », « dépressif »

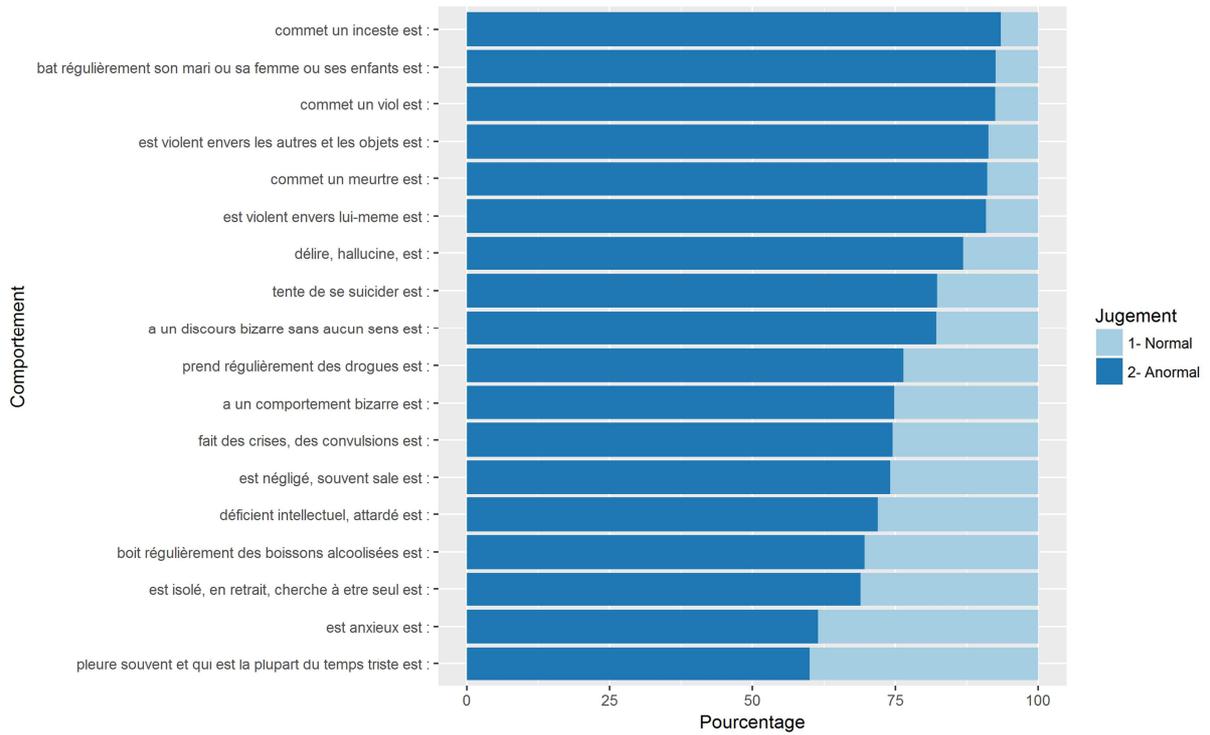


Figure 8 : Selon vous, quelqu'un qui...est : « normal », « anormal »

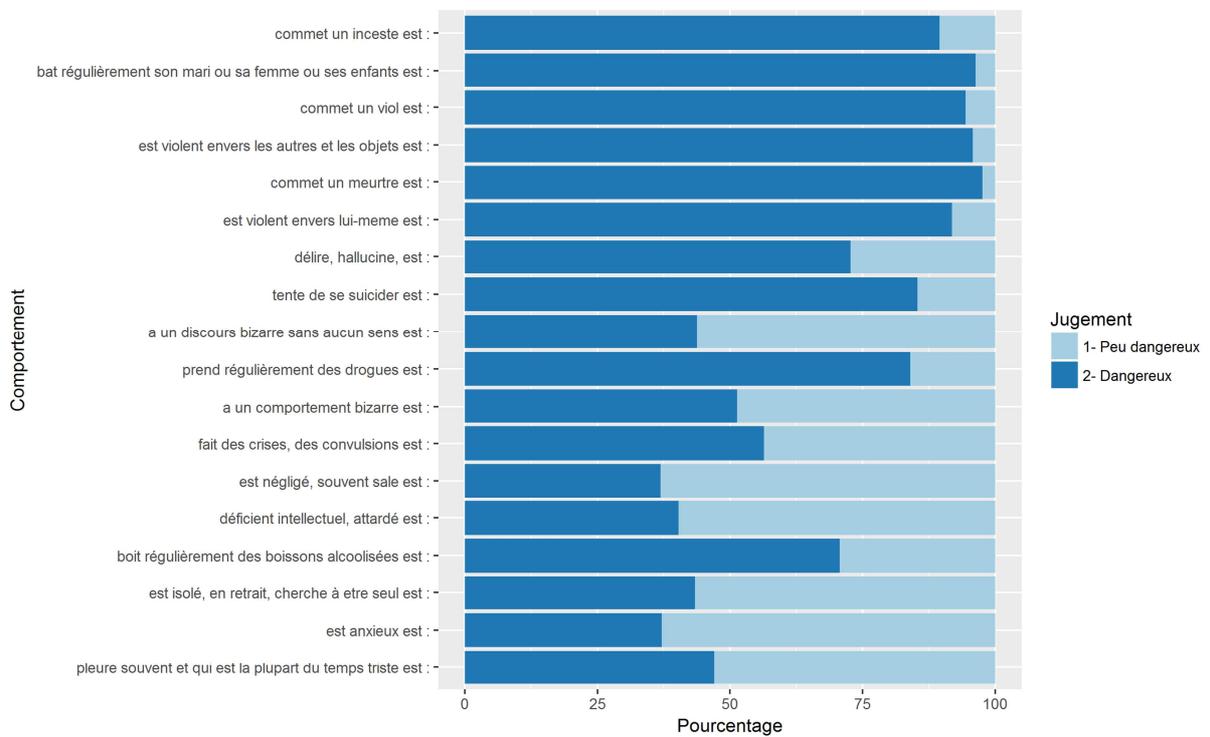


Figure 9 : Selon vous, quelqu'un qui...est : « dangereux », « peu dangereux »

LE « FOU », LE « MALADE MENTAL » ET LE « DÉPRESSIF » RECONNAISSABLES A LEUR COMPORTEMENT

Pour la population mahoraise, le « fou », comme le « malade mental » et le « dépressif » se reconnaissent en premier lieu à leur comportement (Figure 10) puisque plus de quatre personnes sur dix et plus de six personnes sur dix pour la reconnaissance du « fou » des personnes interrogées citent cette réponse pour les trois « troubles », loin devant les autres réponses.

On retrouve ensuite un profil de réponse similaire pour le « fou » et le « dépressif » pour lesquels, après le comportement, sont cités l'apparence presque une fois sur trois, puis le discours.

Le « malade mental » peut, en plus de son comportement, être reconnu par son discours dans un tiers des cas ou son apparence pour presque deux personnes sur dix.

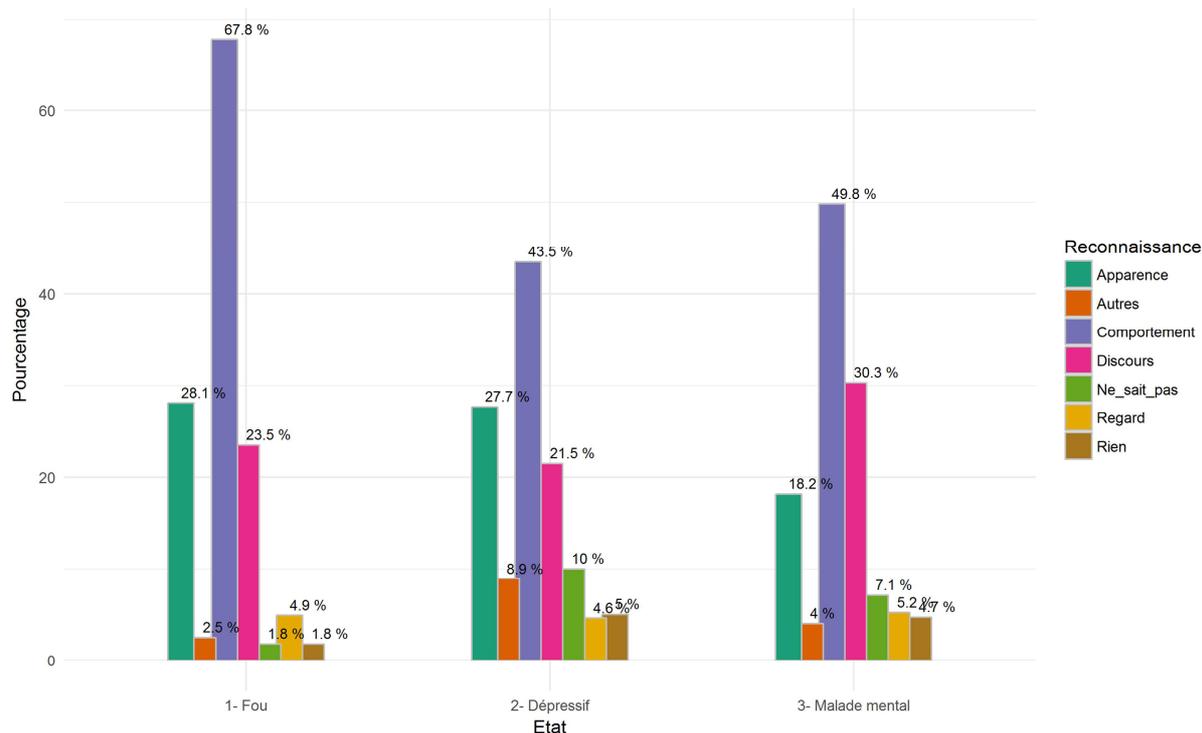


Figure 10 : Selon vous, à quoi reconnaît-on un « fou » / « malade mental » / un « dépressif » ?

DES ORIGINES ESSENTIELLEMENT PHYSIQUES DE LA « MALADIE MENTALE » ET LIEES AUX EVENEMENTS DE LA VIE POUR LA « DÉPRESSION »

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

L'origine la plus fréquemment citée pour la « folie » est celle addictive, plus de trois personnes sur dix. Viennent ensuite les évènements de la vie qui sont cités en premier pour la « dépression » (30,5%).

Pour le « malade mental », l'origine serait plus physique c'est-à-dire une atteinte organique ou un trouble héréditaire (29,3%). Elle est suivie par les évènements de la vie comme un deuil ou une agression, 19,6%.

Pour le « dépressif », l'origine serait davantage liée aux sentiments, les personnes interrogées citent dans presque deux cas sur dix celle-ci (Figure 13).

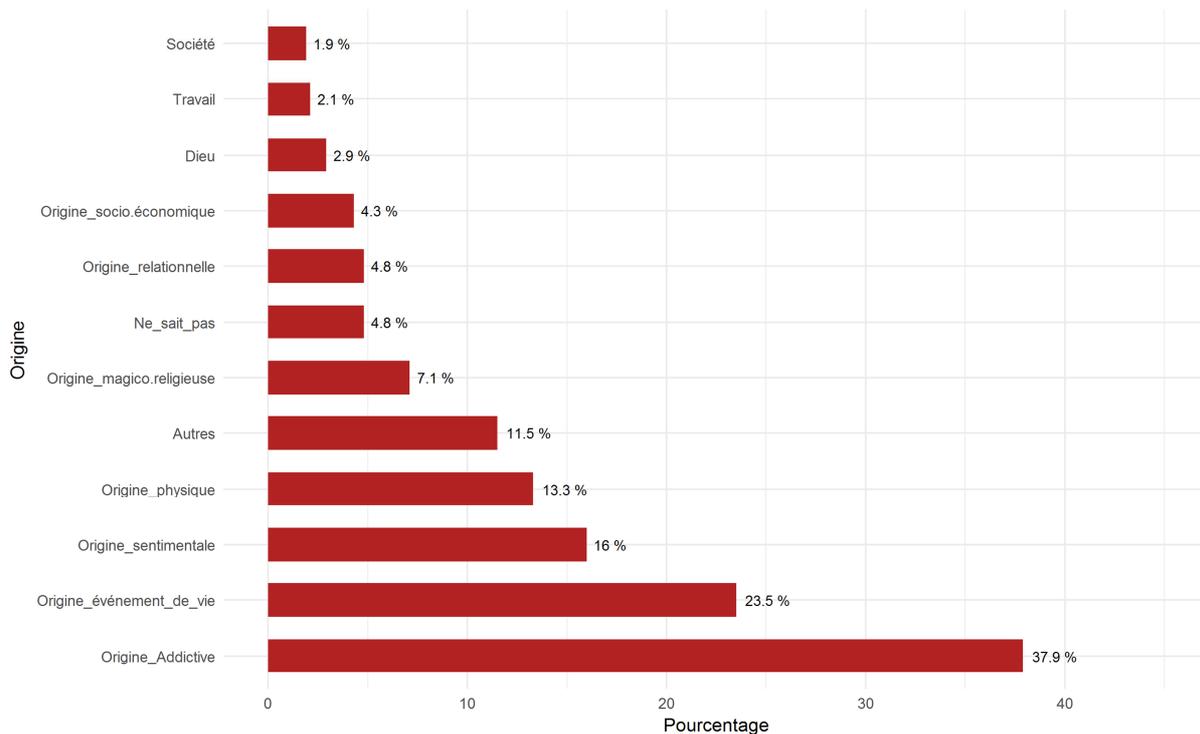


Figure 11 : Selon vous, qu'est-ce qui peut rendre « fou » ?

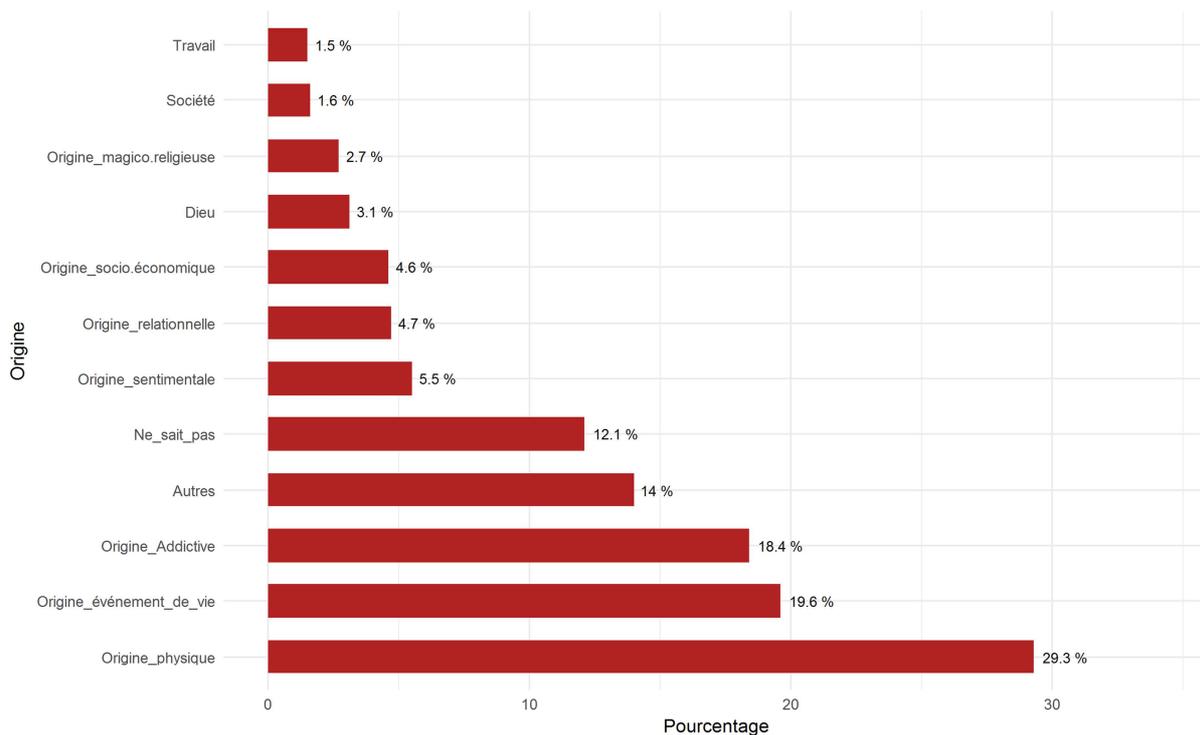


Figure 12 : Selon vous, qu'est-ce qui peut rendre « malade mental » ?

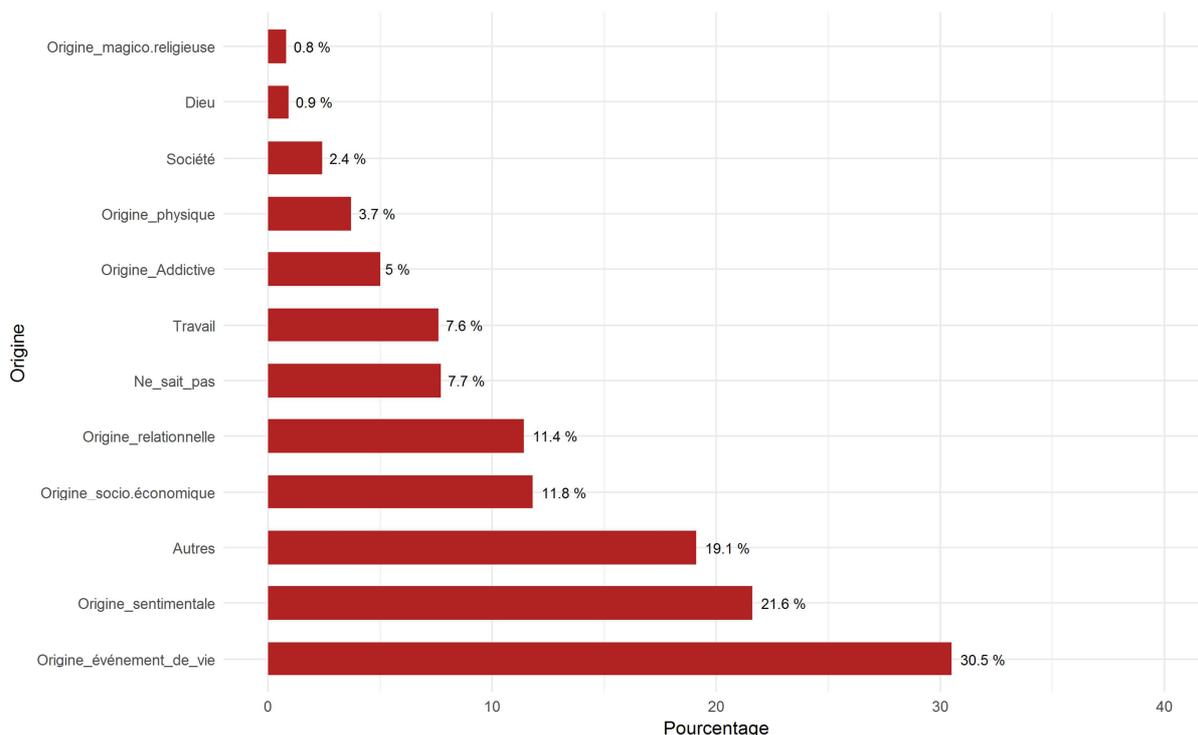


Figure 13 : Selon vous, qu'est-ce qui peut rendre « dépressif » ?

LE « FOU » LE « MALADE MENTAL » ET LE « DEPRESSIF » PERÇUS COMME IRRESPONSABLES, EN SOUFFRANCE ET EXCLUS DU TRAVAIL.

La majorité des personnes interrogées estime qu'un « fou » ou qu'un « malade mental » n'est responsable ni de ses actes, ni de son état (Tableau 4). Plus de sept personnes sur dix estiment qu'il souffre et qu'il est exclu de son travail.

En revanche, si les personnes interrogées estiment majoritairement que la famille souffre (> 89%), elles sont moins de quatre personnes sur dix à penser que la personne présentant le trouble sera exclue de sa famille.

Environ 7 personnes sur dix estiment qu'une guérison est possible (68,5% pour le « fou », 70,9% pour le « malade mental »), mais elles ne sont plus que quatre sur dix à envisager une guérison complète.

La perception du « dépressif » dans la population mahoraise est plus ou moins éloignée de la perception que cette population a du « fou » ou du « malade mental », avec certaines représentations moins consensuelles sur les chiffres extrêmes ; ainsi, le « dépressif » est un peu moins souvent jugé comme non responsable de son état mais responsable de ses actes et il est un peu moins exclu de son travail. En revanche, on observe une grosse différence sur la possibilité de guérison complète, puisque plus de trois quart des personnes interrogées estiment qu'un « dépressif » peut guérir complètement.

A noter que les soins sous contrainte sont justifiés pour près de six personnes sur dix, quel que soit le trouble.

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

Variable	Fou	Malade mental	Dépressif
Pas responsable de ses actes	81,5%	75,3%	45,6%
Pas responsable de son état	79,9%	83%	60,3%
Pas conscient de son état	77,1%	56,2%	23,2%
Quelqu'un qui souffre	78%	88,2%	94,5%
Quelqu'un dont la famille souffre	97,2%	96,7%	89,7%
Est exclu de sa famille	39,7%	33,3%	24,1%
Est exclu de son travail	86,2%	78%	52,6%
Est exclu de la société	57,4%	51,6%	28,7%
Peut être soigné sans médicaments	41,4%	37,6%	65,2%
Peut guérir	68,5%	70,9%	92,8%
Peut guérir complètement	35,8%	45,3%	77%
Peut guérir seul	13,1%	13%	40%
Doit être soigné même s'il ne le veut pas	56,4%	58,9%	55,1%

RECOURS AU SOIN : MEDICALISATION POUR LE « FOU » ET LE « MALADE MENTAL », SOUTIEN RELATIONNEL POUR LE « DEPRESSIF »

Les traitements médicamenteux sont les plus cités parmi les recours aux soins pour le « fou » et le « malade mental », il l'est en second pour le « dépressif » (Tableau 5). En effet, plus d'une personne sur trois estime que le « dépressif » doit d'abord recourir à ses proches avant de prendre des médicaments.

Pour le « fou » et le « malade mental », on retrouve des profils de recours au soin relativement proches : traitements médicamenteux puis hospitalisation, soutien relationnel, psychothérapie et pratiques religieuses.

Pour le « dépressif », plus d'une personne sur dix (16,1%) considèrent qu'il devrait suivre une psychothérapie après le soutien relationnel et les traitements médicamenteux.

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

Soin	Fou	Malade mental	Dépressif
Psychothérapies	11,1%	14,7%	16,1%
Hospitalisation	19,5%	18,4%	8,1%
Traitements médicamenteux	36,3%	38,2%	24,3%
Pratiques médicalisées	0,2%	0,1%	0,1%
Soutien relationnel	14,2%	15,6%	36,9%

Prise en charge socio-éducative	1,2%	1,6%	3,7%
Pratiques religieuses	10,9%	8,5%	5,3%
Pratiques magico-religieuses	6,4%	4,0%	2,7%
Pratiques traditionnelles	4,9%	3,3%	2,0%
Autres	6,5%	4,5%	8,9%
Ne se soigne pas	2,1%	1,6%	1,4%
Ne sait pas	9,8%	8,5%	7,6%

UNE PRISE EN CHARGE SPECIALISEE POUR LE « FOU », LE « MALADE MENTAL » ET LE « DEPRESSIF »

Plus de 40% de la population interrogée orienteraient un proche « fou », « malade mental » ou « dépressif » vers un professionnel de la psychiatrie ensuite vers un médecin généraliste (Figure 14). Plus de 7% des mahorais estiment qu'un « fou » ou « malade mental » devraient d'abord aller voir un religieux ou magico religieux avant de recourir à un proche.

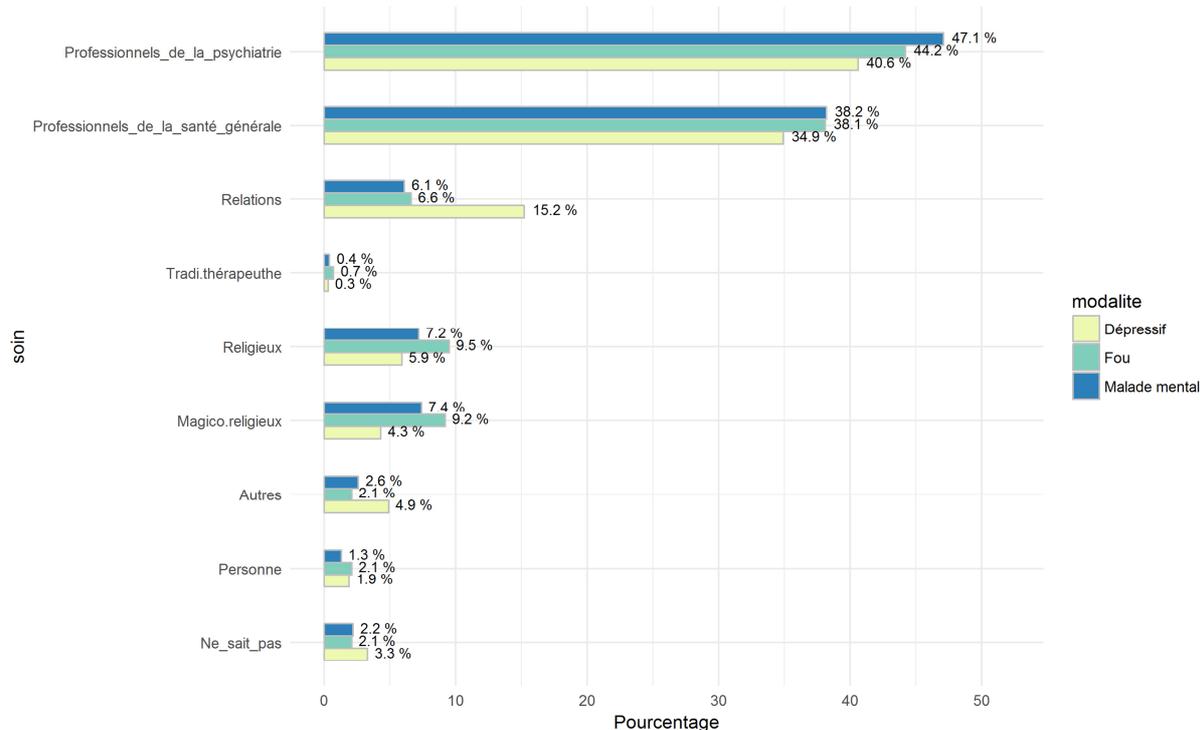


Figure 14 : Si un de vos proches est «fou», « malade mental », « dépressif » qui lui dites-vous d'aller voir ?

LE PREMIER SOUTIEN OU RECOURS DECLARE : L'ENTOURAGE

Près de 40% des personnes interrogées déclarent qu'elles iraient d'abord voir leur entourage si elles se sentaient mal dans leur peau. Ensuite, vient le recours au professionnel de la santé générale (33,9%), suivi du professionnel de la psychiatrie (14,5%) (Figure 15).

Seulement 1,9% des personnes interrogées n'iraient voir personne si elles rencontraient un quelconque problème de santé mentale.

L'orientation vers une personne ou un type d'aide varie selon l'âge (Tableau 6) avec une différence statistiquement significative ($p < 0,01$). Ainsi, plus les personnes interrogées sont jeunes, plus elles

privilégient l'aide d'une relation ou d'un proche. Le recours à un professionnel de la santé générale avant celui aux proches semble plus fréquent lorsque l'âge augmente. Chez les 60 ans et plus, plus d'une personne sur 10 iraient voir un religieux d'abord contre seulement 1% chez les moins de 30 ans.

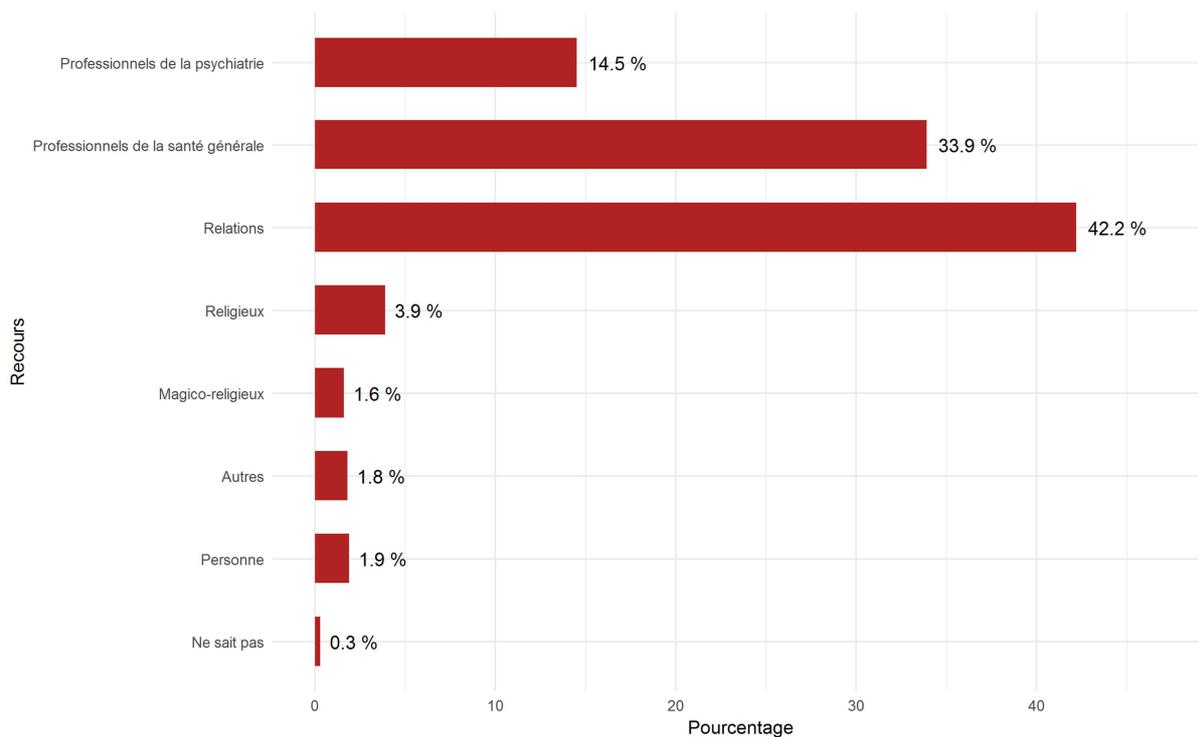


Figure 15 : Si vous êtes mal dans votre peau, vous ne savez plus où vous en êtes, qui allez-vous voir en premier ?

Tableau 6 : Premier recours par rapport à l'âge

Soin	18-29	30-39	40-49	50-59	60 et +
Professionnel de la psychiatrie	13,5%	17,8%	14,6%	11,2%	10,1%
Professionnel de la santé générale	27,6%	32,4%	39,2%	48,3%	34,8%
Relations	53,6%	40,9%	36,3%	28,1%	29%
Religieux	1%	5%	4,1%	3,4%	13%
Magico-religieux	1,6%	1,2%	1,8%	2,2%	1,4%
Personne	1,3%	1,2%	2,3%	1,1%	7,2%
Autres	1%	1,5%	1,2%	4,5%	4,3%
Ne sait pas	0,3%	0%	0,6%	1,1%	0%

LES RECOURS REELS AUX SOINS DES PERSONNES REPEREES AVEC UN TROUBLE PSYCHIQUE :

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

Que ce soit le trouble dépressif, l'anxiété généralisée et les problèmes d'alcool, le recours privilégié des personnes interrogées est l'entourage. Pour le risque suicidaire, les personnes vont voir autant le professionnel de la psychiatrie, qui semble être le premier recours des personnes souffrant de syndrome psychotique, que leur entourage (Figure 16).

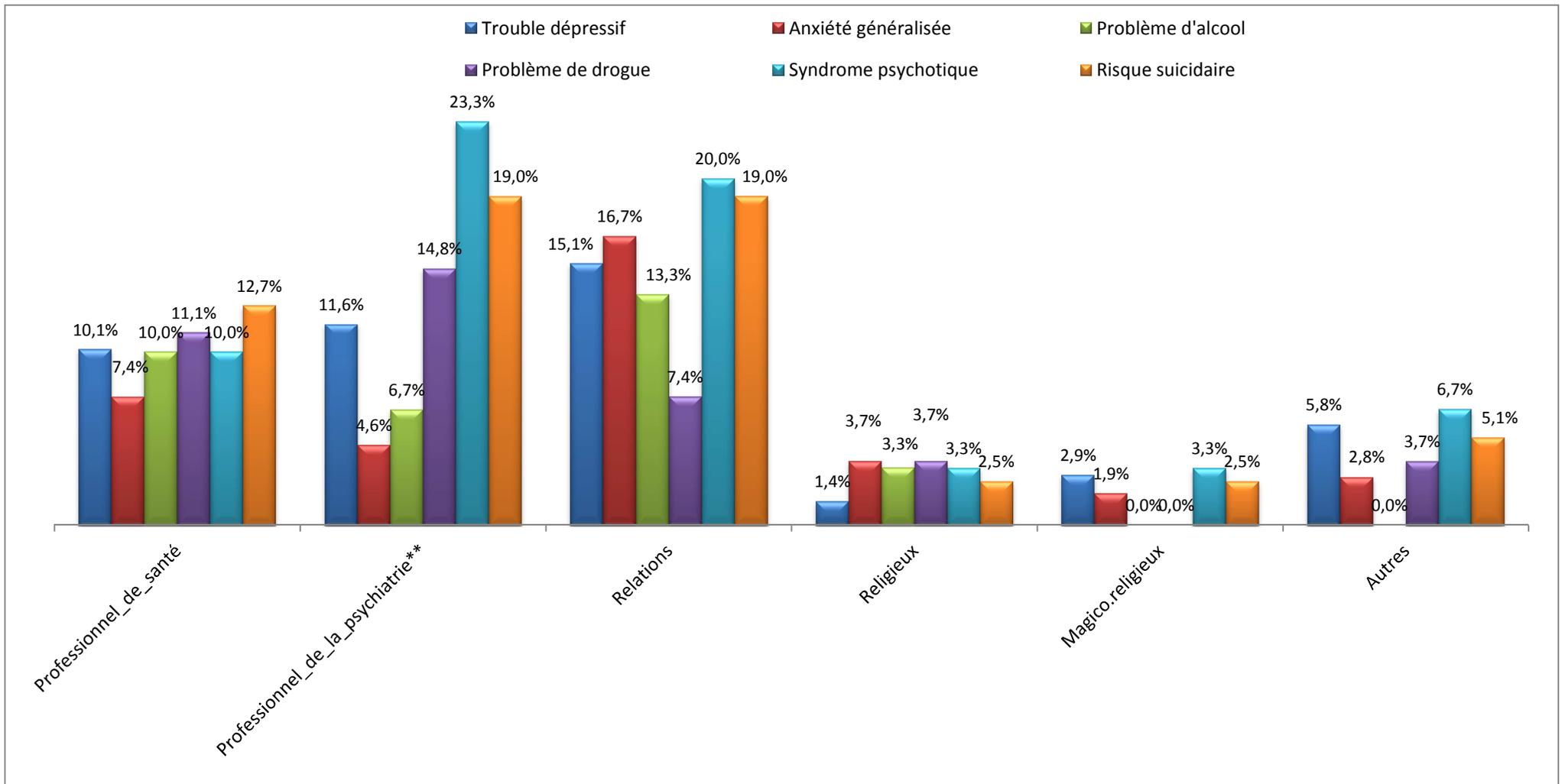


Figure 16 : Les recours au soin/aide selon différents troubles repérés par le MINI

Tableau 7 : L'effet des recours ou aides à Mayotte : Amélioration ou arrêt des problèmes liés à la présence de trouble psychique (%)

	<i>Utilisation du traitement en dehors du risque suicidaire et de l'insomnie</i>	<i>Trouble dépressif</i>	<i>Anxiété généralisée</i>	<i>Problèmes d'alcool</i>	<i>Problèmes de drogue</i>	<i>Syndrome psychotique</i>
Médicaments	59	23	10	5	5	8
	19,6%	69,7%	76,9%	71,4%	83,3%	72,7%
Médecines douces	51	13	11	2	1	9
	16,8%	76,5%	64,7%	33,3%	25,0%	75,0%
Hospitalisation	28	9	5	1	3	9
	9,3%	64,3%	83,3%	33,3%	50,0%	75,0%
Magico religieux	39	11	11	3	0	4
	13%	91,7%	91,7%	100,0%	0%	100,0%
Religieux	43	10	12	4	1	7
	14,2%	83,3%	92,3%	100,0%	100,0%	100,0%
Psychothérapie	31	14	4	3	5	9
	10,3%	82,4%	80,0%	75,0%	100,0%	90,0%
Entourage	158	44	40	7	6	16
	51,8%	74,6 %	81,6%	63,6%	66,7%	94,1%

Le tableau 7 montre les effets positifs (arrêt ou amélioration des symptômes) des aides et recours utilisés par les personnes souffrant d'au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie). L'entourage reste le premier recours des personnes souffrant d'au moins un trouble (51,8%).

Gêne dans la vie de tous les jours entraînée par le trouble :

Plus de cinq personnes sur 10 (56,9%) ressentiraient une gêne lorsqu'elles présentent au moins un trouble mental (Figure 17).

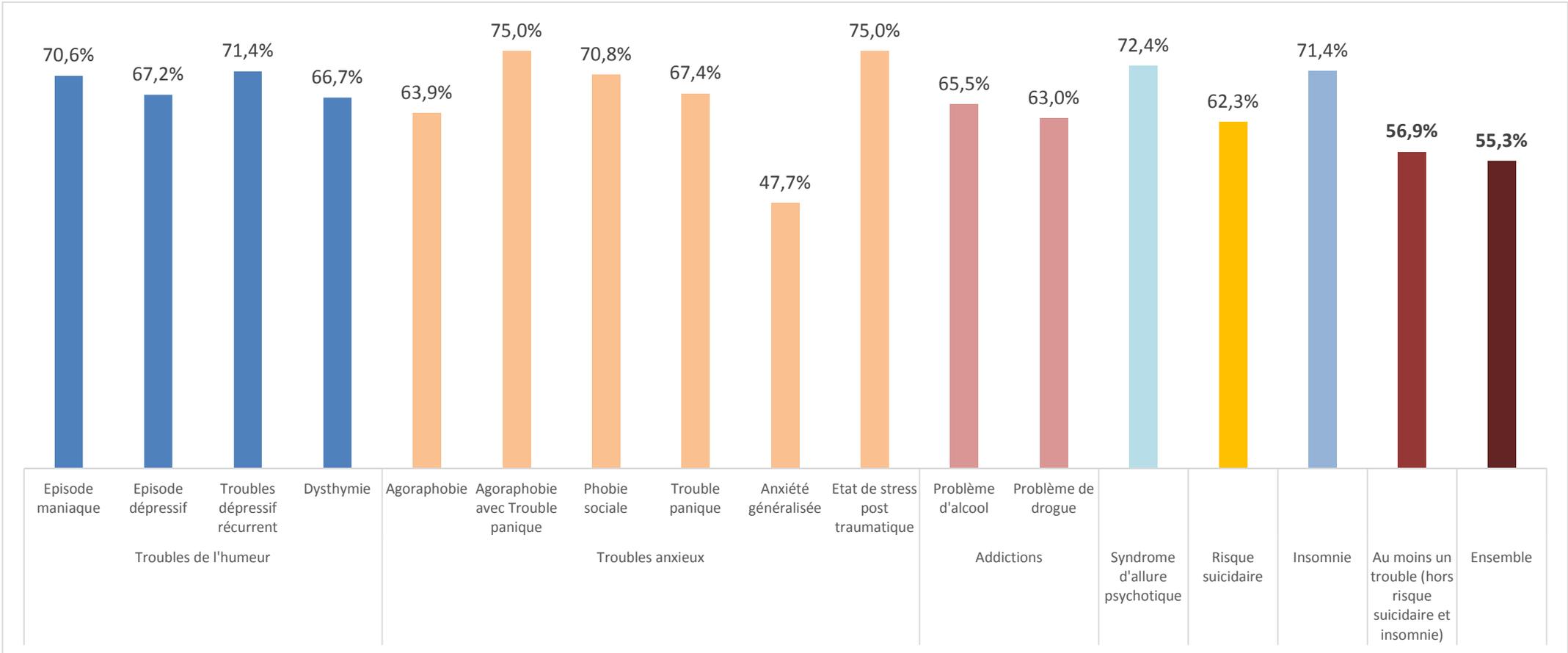


Figure 17 : Gêne perçue pour chaque trouble

L'ENQUETE SANTE MENTALE EN POPULATION GENERALE (SMPG)

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

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

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

Pour chaque site participant à l'enquête, les données ont été recueillies par des enquêteurs formés, grâce à des questionnaires administrés au cours d'entretiens en face à face avec des personnes sollicitées dans la rue, anonymement, en respectant des quotas sociodémographiques (sexe, âge, CSP...) de manière à constituer un échantillon aussi représentatif que possible de la population vivant sur la zone géographique concernée. Pour chaque personne interrogée, les questions explorent ses propres représentations ainsi que la présence de troubles mentaux actuels ou passé et les recours thérapeutiques et/ou aides utilisés. La méthodologie de l'enquête est décrite par ailleurs¹, ainsi que les principaux résultats de la première phase².

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

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

Aujourd'hui, l'enquête en est à sa quatrième phase de réalisation. 91 sites ont été réalisés, près de 81000 personnes ont été interrogées : 66 500 en France (dont 3 400 dans les DOM) et 14 500 pour les sites internationaux.

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

- CARIA A, ROELANDT JL, BELLAMY V, VANDEBORRE A. « Santé Mentale en Population Générale: images et réalités (SMPG) » : Présentation de la méthodologie d'enquête. *L'Encéphale* 2010 ; 36(3. supp1 1.) : 1-6.

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

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

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

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

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

Glossaire des troubles psychiques ^(1,2) :

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

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

LES TROUBLES DE L'HUMEUR :

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

LES TROUBLES ANXIEUX :

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

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

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

LE RISQUE SUICIDAIRE : ELEVE, MOYEN ET LEGER

⁽¹⁾ LECRUBIER Y, SHEEHAN DV, WEILLER E et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. Eur. Psychiatry. 1997; 12: 224-231.

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

REMERCIEMENTS :

Cette recherche-action est réalisée par l'Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique (ASEP), le Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, EPSM Lille Métropole, Lille - France). 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. Mayotte a été un site candidat à la mise en place de l'enquête dès sa première phase.

L'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) a pu avoir lieu grâce au soutien financier de l'ARS Océan Indien, avec l'accord et l'implication de la direction du Centre Hospitalier de Mayotte ; des élus locaux et des responsables des différents lieux de pioche et de passation sur l'île.

Equipe locale de recherche :

Service de santé mentale – CHM :

Responsables du site : Dr Jean-Louis Réal ; Dr Sophie Guionnet

Yannick Le Blay; Nazlli Joma ; Elise Andreux ; Bouchourani Ali ; Haïk Meuradian ; Marion Boyer Hudelle ; Ali Souffou Chadida et Kamaria M'Roivili.

Institut des Etudes en Santé – CHM :

Mme Josiane Henry ; Mme Roseline Soulard

Equipe d'enquêteur.ice.s :

Etudiants infirmiers (2ème année) : Abdallah Kalathoumi ; Abdou Mohamed Ahanada Soilahadanine ; Ali Mouniati ; Boina Maka Abdou Amina ; Dimola Marie-Elodie ; Ismael Tany Nagma ; M'Voulana Moussa ; Misseou Ayoko Akossiwoa ; Mohamed Hafifa ; Mouchindra Wilaya ; Moumini Mohamed ; Mouraita Jacqueline ; Perrier Jonathan ; Pirot Julie ; Porcel Amandine ; Ramadan Houzayinya ; Said Ibrahim Ben ; Tay Justine ; Toto Sydney.

Etudiantes puéricultrices : Albert Marion ; Allaoui Rehema ; Boinali Zaina ; Chloup Sophie ; David Céline ; Giovannoni Marie-Pierre ; Ismael Hadia ; Jaffar Fanydat ; Losange Kelly ; Madi Hamada Fatima ; Mattoir Laidine ; Nassim Ahamad ; Noterdaeme Florie ; Oussen Mounaya ; Toulouse Marine.

Traduction : Association Shimé

Responsable scientifique : Dr Jean-Luc Roelandt

Responsable méthodologique : Aude Caria

Coordination générale et formation : Imane Benradia ; Benjamin Bryden

Contrôle qualité et rapport de résultats : Eva Aernout ; Aminat Sy ; Mathilde Guernut