

N° 116 • mai 2001

version revue et corrigée

La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites

Une enquête sur la perception des problèmes de santé mentale permet d'éclairer les significations que revêtent pour l'opinion les principaux termes couramment utilisés pour désigner les personnes atteintes de troubles mentaux. Le terme « fou » reste majoritairement associé à la violence, au danger et à l'enfermement asilaire. Le terme « malade mental » correspond davantage pour les personnes interrogées à des transgressions dans le milieu proche ou familial et à une affection pouvant faire l'objet d'un traitement, mais encore principalement dans le cadre de l'hôpital. La « dépression » apparaît comme une notion plus familière, dont la prise en charge au sein de l'entourage est davantage admise. Les femmes semblent plus sensibles que les hommes aux questions thérapeutiques (connaissance des lieux de soins, croyance en l'efficacité des traitements). Il en est de même pour les personnes qui ont fait des études supérieures qui, par ailleurs, associent moins souvent l'anxiété et les dépendances toxicomaniaques ou alcooliques à des troubles mentaux. Pour la majorité, le « malade mental » n'est pas « exclu de sa famille », et quatre personnes sur dix disent qu'elles « accepteraient de soigner à la maison un proche », même si sa prise en charge à domicile leur semble difficile. En matière d'accueil des « dépressifs », les personnes qui sont plus proches des problèmes de santé mentale et, à l'opposé, celles qui en refusent la prise en charge « hors les murs » ont des attitudes qui s'écartent de l'opinion majoritaire. Enfin, l'offre de soins extérieure aux structures hospitalières reste encore mal connue : l'idée selon laquelle les malades mentaux ou les dépressifs peuvent être seulement soignés par l'hôpital ou par leur famille persiste.

Marie ANGUIS

Ministère de l'Emploi et de la solidarité, DREES,
avec la collaboration
de **Jean-Luc ROELANDT** et **Aude CARIA**
Centre Collaborateur OMS

Depuis 1960, les méthodes de traitement psychiatriques ont évolué, favorisant l'accès aux structures extrahospitalières. L'objectif recherché est notamment d'éviter l'exclusion des malades et de mieux faire accepter la maladie mentale.

L'enquête « La santé mentale en population générale : Images et Réalités » permet d'apprécier la perception qu'a la population générale des problèmes de santé mentale. Elle vise d'une part à comprendre quelles significations revêtent aujourd'hui les principaux termes couramment utilisés pour désigner les personnes atteintes de troubles mentaux et, d'autre part, à appréhender la perception de ces problèmes par la population générale, ainsi que sa réaction à l'égard du développement des thérapies extrahospitalières.

Le lexique utilisé pour désigner une personne affectée de troubles mentaux n'est pas anodin. L'association de tel ou tel mot à certaines caractéristiques ou comportements est révélatrice du



sens précis qui leur est donné et, réciproquement, de la perception que peut avoir la population de la maladie et des malades. L'enquête se centre sur trois mots qui appartiennent au lexique de la santé mentale : « fou », « malade mental » et « dépressif » (encadré 1). Dans un premier temps, elle tente de cerner la perception du fou, du malade mental et du dépressif dans l'opinion en faisant associer à ces termes dix-huit comportements ou conduites reconnues comme illustratives de troubles mentaux : par exemple, quelqu'un qui « a un discours bizarre, sans aucun sens » ou quelqu'un qui « est négligé, souvent sale »¹. Pour chacun de ces dix-huit comportements, on demande à la personne interrogée de juger s'ils relèvent d'un « fou », d'un « malade mental », d'un « dépressif » ou bien d'« aucun des trois ». Chaque enquête doit également préciser s'il juge

ces comportements « normaux » ou « dangereux ». Il faut toutefois être conscient que cette série limitée d'items, qui caractérisent l'enquête, conditionne pour partie les opinions émises. L'enquête cherche également à apprécier et à comprendre le type d'accueil et de mode de soin que les personnes interrogées envisagent pour les « fous », les « malades mentaux » et les « dépressifs » dans la société. Elle met en outre, en regard de ces opinions, la familiarité avec les troubles mentaux ou l'expérience qu'en ont les personnes interrogées.

Au vu des résultats de cette enquête, il apparaît d'abord que la distinction entre les trois termes choisis dans le questionnaire, à savoir « fou », « malade mental » et « dépressif », correspond bien dans l'opinion, à la fois à une échelle de gravité et à un gradient d'intégration de ces personnes dans la société civile.

Le « fou » : une image liée au danger et à l'enfermement asilaire

L'utilisation du terme « fou » correspond à une vision relativement « extrême » des personnes qui souffrent de troubles mentaux. Cet adjectif se réfère généralement pour les enquêtés à une personne incurable (environ 90 % des personnes interrogées pensent qu'un « fou » ne peut pas « guérir complètement, totalement »²). Une partie non négligeable (2 à 10 %) des personnes interrogées refusent même à la folie le statut de maladie en ne jugeant pas nécessaire un quelconque traitement. Pour les personnes interrogées, la folie apparaît comme un état mystérieux, aux origines complexes et mal identifiées : événements de la vie, origine physique, sentimentale ou addictive. Le « fou » est perçu comme une personne irrémédiablement anormale et pour laquelle tout espoir de normalité, et donc d'adaptation à la vie sociale est vain. À la notion de fou est associée l'idée d'exclusion et de refus d'intégration. Ainsi, pour plus des deux tiers des personnes interrogées, un fou est « exclu de sa famille »¹ et plus de 80 % pensent qu'il est « exclu de la société » et « exclu de son travail ». La plupart d'entre elles « ne connaissent pas d'autre lieu pour soigner un fou que l'hôpital psychiatrique », même pour un proche. Cette conception des troubles mentaux va donc de pair avec l'enfermement.

Par ailleurs, le terme « fou » est fréquemment associé à l'idée de violence. Une grande majorité des personnes interrogées considère les at-

E•1 L'enquête sur la santé mentale en population générale

L'enquête « La santé mentale en population générale : image et réalité » a été réalisée sur différents sites de France et de l'Océan Indien par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (ASEP), soutenue par le l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et aidée par l'Établissement public de santé mentale Lille-métropole (EPSM-Lille métropole).

Les données sont recueillies au cours d'entretiens en face à face. Les questionnaires ont été soumis à un échantillon de personnes issues de la population générale et sélectionnées par quotas : la structure de la population enquêtée a ainsi été calée sur la structure par sexe, âge et catégorie socio-professionnelle de la population générale de la zone géographique enquêtée.

Les quotas ont été respectés. Cependant, on a noté une proportion importante de personnes ayant fait des études supérieures. Les enquêtes ultérieures seront dorénavant faites à partir de quotas incluant aussi le niveau d'études.

Le questionnaire explore d'une part, les représentations de la maladie mentale et la connaissance des différents modes d'aides et de soins disponibles pour trois types de personnes : le « fou », le « malade mental » et le « dépressif ». D'autre part, il recherche la présence de troubles psychiatriques actuels ou passés (par le biais du questionnaire MINI) chez ces personnes et les ressources thérapeutiques qu'elles ont utilisées.

En France, cette enquête a été réalisée sur une dizaine de sites (secteurs psychiatriques, regroupement de secteurs psychiatriques ou départements) dont deux sites hors métropole : Guadeloupe et Réunion. L'ensemble de ces sites n'est pas représentatif du territoire national. Cependant, l'analyse des résultats a fait ressortir une cohérence de certaines réponses dans les différents sites français que nous reprenons dans l'étude car elles représentent les lignes de forces de l'opinion. En raison de cette imparfaite représentativité, les données chiffrées citées dans le texte sont volontairement approximatives. Les graphiques présentent la diversité des réponses entre les différents sites géographiques.

Une deuxième vague d'enquête est actuellement en cours. Elle aboutira à une représentativité territoriale qui permettra d'étendre l'exploitation des données à des indicateurs de prévalence issus du questionnaire MINI.

1. Voir les items dans le graphique 1.

2. Terminologie issue du questionnaire.

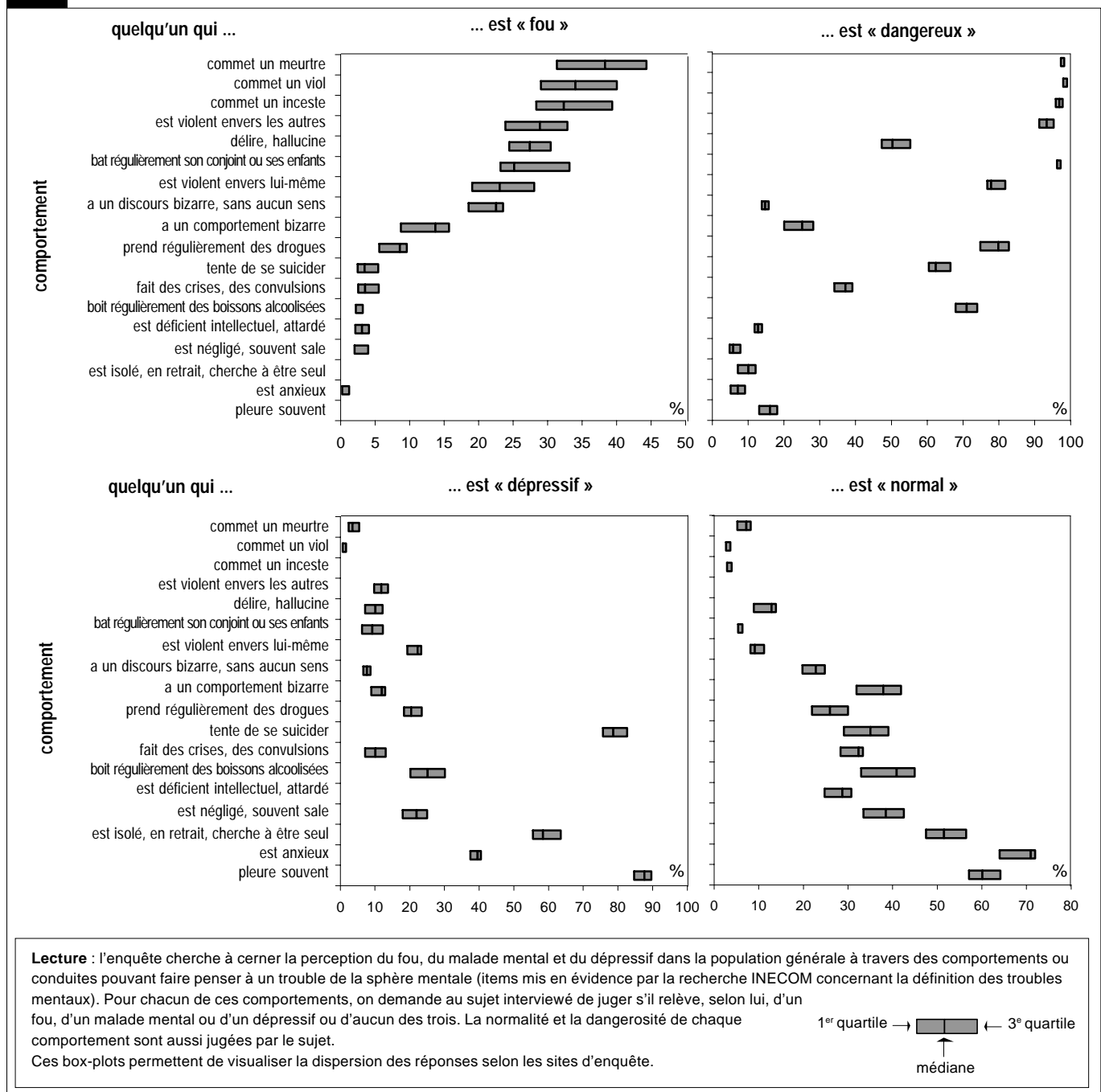
titudes violentes et dangereuses comme révélatrices de la folie chez une personne (graphique 1). La folie est alors assimilée à une sorte de démence violente qui inspire la crainte et justifie l'enfermement dans une structure représentée par l'hôpital psychiatrique. En outre, les trois quarts des personnes interrogées considèrent qu'un « fou » n'est pas « responsable de ses actes » et n'est pas

conscient de son état. Pour plus d'une personne sur deux, cela signifie qu'il « ne souffre pas » de son état, ni bien entendu de son exclusion sociale, ce qui justifie d'autant sa mise à part de la société. En revanche, il faut aussi noter des contradictions apparentes dans les réponses recueillies. En effet, les trois quarts des personnes interrogées déclarent aussi penser qu'une famille peut « à nouveau ac-

cueillir un fou soigné ou en traitement ». Elles voient donc, surtout, à travers la personne du « fou », les représentations premières de la maladie mentale, se référant à des notions d'urgence, de danger et surtout d'imprévisibilité. Notons que 15 à 27 % (et plus de 30 % en Guadeloupe et à la Réunion) des personnes interrogées déclarent connaître un « fou » dans leur entourage.

G.01

les comportements associés au mot « fou » sont souvent associés au caractère « dangereux » et opposés aux caractères « normal » et « dépressif »



Lecture : l'enquête cherche à cerner la perception du fou, du malade mental et du dépressif dans la population générale à travers des comportements ou conduites pouvant faire penser à un trouble de la sphère mentale (items mis en évidence par la recherche INECOM concernant la définition des troubles mentaux). Pour chacun de ces comportements, on demande au sujet interviewé de juger s'il relève, selon lui, d'un fou, d'un malade mental ou d'un dépressif ou d'aucun des trois. La normalité et la dangerosité de chaque comportement sont aussi jugées par le sujet.

Ces box-plots permettent de visualiser la dispersion des réponses selon les sites d'enquête.

1^{er} quartile → [] ← 3^e quartile
↑
médiane

La « maladie mentale » : une notion encore très liée à l'hôpital psychiatrique

Les personnes interrogées lors de l'enquête rattachent majoritairement à la notion de « malade mental » des conduites violentes et dangereuses mais aussi d'autres troubles mentaux symptomatiques comme le délire, l'hallucination ou la déficience intellectuelle. Les troubles justifient à leurs yeux des soins, majoritairement considérés comme inutiles pour le « fou ». Cependant, la perception du « malade mental » reste principalement liée à des critères d'anormalité et de violence. Les notions de « fou » et de « malade mental » se superposent à bien des égards, même si elles se différencient pour partie. Pour les personnes interrogées, le mot « fou » se réfère à une violence qui peut dans certains cas aller jusqu'au meurtre, alors que le « malade mental » est associé à un problème de nature médicale, avec des transgressions qui s'exercent dans les sphères plutôt intimes ou familiales (agressivité, violence envers les proches, viol).

Presque la moitié des personnes interrogées estiment que la maladie mentale a pour principale origine une cause physique, et jugent pour plus des deux tiers d'entre elles, qu'elle doit être soignée, même sans le consentement du malade. Elles croient davantage à l'efficacité des thérapies dans le cas du « malade mental » que dans celui du « fou ». En effet, le malade mental est perçu, dans une plus large proportion que le fou, comme atteint d'une affection susceptible de guérir. Cette guérison nécessite néanmoins, selon la majorité des personnes interrogées, un traitement assez lourd puisqu'elles préfèrent, en grande majorité, orienter un proche considéré comme malade mental vers un professionnel de psychiatrie plutôt que vers un professionnel de santé générale et déclarent le plus souvent qu'une hospitalisation est justifiée.

La dépression : une notion plus familière associée à une prise en charge au sein de l'entourage

L'utilisation du terme « dépressif » semble au contraire se rapporter, pour les personnes interrogées, à une affection qui leur est plus familière et dont la prise en charge peut plus facilement être intégrée à la vie sociale. On peut toutefois penser que, pour les personnes enquêtées, le terme « dépressif » n'évoque pas forcément uniquement la dépression médicalement reconnue comme telle, mais aussi d'autres troubles ou difficultés psychologiques (grosse fatigue, « coup de cafard »...). La notion de « dépression » semble ainsi familière aux personnes interrogées en France métropolitaine et peut-être un peu plus méconnue pour celles interrogées en Guadeloupe ou à la Réunion. Ainsi, plus des deux tiers des personnes interrogées en Métropole connaissent dans leur entourage (essentiellement famille et amis) quelqu'un qu'ils disent être ou avoir été « dépressif » contre seulement un peu plus de la moitié à la Réunion et en Guadeloupe. Les attitudes du « dépressif », pour la majorité des personnes interrogées, sont bien caractérisées : pour les trois quarts d'entre elles, quelqu'un qui « pleure souvent... » ou qui « tente de se suicider » est « dépressif » de même que pour plus de la moitié, quelqu'un qui « est isolé, en retrait, cherche à être seul » (graphique 1). Le terme « dépressif » renvoie à un trouble considéré comme relativement normal et surtout peu dangereux.

Par ailleurs, la notion de « dépression » est majoritairement associée à une maladie curable et passagère, donc nettement différenciée de la maladie mentale et de la folie. Ainsi, plus de neuf enquêtés sur dix pensent qu'un « dépressif » peut « guérir » et plus de sept sur dix qu'il peut « guérir complètement ». Le mode de prise

en charge de la dépression leur semble plus ouvert que ceux des autres troubles mentaux. Car même s'il s'appuie d'abord sur des traitements médicamenteux, il intègre la psychothérapie, le soutien relationnel et, surtout, ne nécessite pas forcément une hospitalisation. Seulement un quart des personnes interrogées conseillerait l'hospitalisation à un proche dépressif, tandis que la majorité aurait tendance à l'orienter vers un professionnel de santé générale. Plus des trois quarts des personnes interrogées signalent, en outre, d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un dépressif et situent au premier plan la famille et l'entourage. Elles pensent qu'un dépressif n'est ni exclu de sa famille (pour plus de 80 % des personnes interrogées), ni de la société (pour plus de 75 %), ni de son travail (plus de 60 %). La dépression correspond donc dans l'opinion à une forme de trouble mental mieux acceptée au sein de la société, et sans doute aussi devenue plus « avouable ». Ainsi, 10 à 20 % des personnes interrogées disent avoir été soignées pour dépression alors que seule une proportion négligeable déclare avoir été soignée pour folie ou maladie mentale.

Quelques différences d'appréciation de la part des femmes, des jeunes et des personnes diplômées

De façon générale, les représentations du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » varient peu suivant les catégories de personnes interrogées. Ceci est, en soi, un résultat intéressant et qui peut paraître paradoxal. Néanmoins, certaines différences peuvent être mises en évidence, toutes choses égales par ailleurs, à partir d'un modèle logistique tenant compte des caractéristiques socio-démographiques des personnes, de leur « proximité » aux problèmes de santé mentale, et des lieux

Quelques éléments¹ sur la sectorisation psychiatrique

L'organisation du dispositif psychiatrique public ou privé repose sur la sectorisation psychiatrique. Elle regroupe l'essentiel du dispositif public, à l'exception de quelques services de psychiatrie implantés en CHU.

Fondée sur les notions d'accessibilité et de continuité de soins, la sectorisation vise à promouvoir une évolution du dispositif de soins sortant d'une logique institutionnelle au profit de prises en charge diversifiées et de proximité adaptées aux besoins des patients.

Les secteurs psychiatriques ont développé une gamme de modalités d'interventions et de soins destinés à répondre aux besoins de santé mentale des personnes adultes, enfants et adolescents, dans un territoire géographique donné.

Ainsi, plus d'un millions d'adultes ont été suivis par les secteurs de psychiatrie générale en 1999 et les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont, de leur côté, suivi 415 770 enfants.

À côté de l'hospitalisation classique à plein temps et de l'hospitalisation de jour, un ensemble d'autres modes de prise en charge est offert, en ambulatoire (consultations, visites à domiciles) ou par des soins de prise en charge spécifiques à temps partiel (centre d'accueil thérapeutique) ou à temps complet (accueil familial, appartement thérapeutique).

La grande majorité des personnes suivies par les secteurs l'est en ambulatoire : 86 % des adultes et 97 % des enfants ou adolescents en 1999, contre respectivement 27 % des adultes et 3 % des enfants et adolescents suivis à temps complet.

Au sein des différentes structures de prise en charge, le suivi en centre médico-psychologique (CMP) est le plus usuel, 73 % des adultes et 92 % des enfants suivis en ambulatoire.

D'après une enquête de morbidité dans les secteurs de psychiatrie réalisée en 1998, les hommes sont relativement plus nombreux à être suivis dans les structures à temps complet, 55 % au lieu de 47 % parmi l'ensemble des personnes suivies, pour des affections comme la schizophrénie pour laquelle 61 % des personnes suivies sont des hommes, ou liées à la consommation d'alcool (71 % d'hommes). Quant aux femmes, elles sont relativement plus nombreuses dans les structures ambulatoire (57 % de femmes) pour des pathologies comme la dépression (68 % de femmes) ou l'anxiété (70 %).

1. D'après l'encadré d'Anne Guilmin dans son Études et Résultats « L'offre de soins en psychiatrie : des "modèles" différents selon les départements », Études et Résultats n° 48, janvier 2000.

d'enquête (encadré 2). Les femmes apparaissent ainsi plus souvent concernées par la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux, les personnes ayant fait des études supérieures connaissent mieux les soins proposés en psychiatrie et les personnes jeunes affichent un plus grand optimisme sur l'efficacité des traitements.

Les femmes sont notamment plus nombreuses que les hommes à associer la dénomination de « fou » aux notions de violence, de danger, d'incompréhension du comportement, et à la connotation d'exclusion qu'elle sous-tend. Si hommes et femmes ont une perception proche du « malade mental », les femmes associent au contraire plus systématiquement à la notion de « dépression » des symptômes tels qu'« être négligé », « être en retrait », ou « pleurer souvent » et, à l'inverse, en excluent davantage les comportements violents. De manière générale, elles sont plus nombreuses à penser que le « dépressif » n'est pas responsable de son état et de ses actes. Les femmes apparaissent en outre plus sensibilisées aux questions thérapeutiques, notamment à travers une meilleure connaissance des lieux de soins, et cela indépendamment du fait qu'elles disent plus fréquemment avoir « été soignées pour dépression » et avoir « pris des médicaments pour les nerfs, pour la tête (tranquillisants, somnifères, antidépresseurs) ». Elles montrent aussi une plus grande confiance dans l'efficacité des traitements médicamenteux.

Les personnes ayant fait des études supérieures sont celles qui utilisent moins souvent que les autres le terme « fou » pour caractériser un trouble mental. Elles associent ainsi plus volontiers les comportements violents ou incohérents au « malade mental » et les comportements mélancoliques ou suicidaires au « dépressif ». Enfin, ces personnes dissocient plus fréquemment l'anxiété et les dépendances toxicomaniaques ou

alcooliques des termes de « fou », de « malade mental » ou de « dépressif », pensant davantage que ces comportements ne relèvent d'aucun de ces trois qualificatifs.

Les personnes ayant fait des études supérieures semblent, en outre, toutes choses égales par ailleurs, avoir davantage que les autres confiance dans les soins psychiatriques : elles sont plus positives quant à la guérison potentielle des personnes atteintes de troubles mentaux. Elles disent connaître plus souvent dans leur entourage une de ces personnes. Elles apprécient également davantage la diversité des recours aux soins pensant plus fréquemment que l'on peut soigner sans médicament, et citant plus souvent la psychothérapie comme mode de soin possible.

L'effet de l'âge apparaît, quant à lui, quelque peu paradoxal ou tout

du moins ambigu. D'une part, les plus jeunes des enquêtés (âgés de moins de 35 ans) utilisent plus fréquemment le terme de « fou » plutôt que celui de « malade mental » pour qualifier, en particulier, des comportements *a priori* peu violents (comportements incohérents ou en retrait). D'autre part, ils témoignent une confiance supérieure à celle de leurs aînés dans les possibilités de guérison des personnes atteintes de troubles mentaux, y compris sans médicament, tout en se déclarant aussi moins favorables à « soigner qui ne le veut pas ». Enfin, les personnes de moins de 35 ans sont, toutes choses égales par ailleurs, plus optimistes quant à l'intégration sociale des malades. Elles se disent elles-mêmes prêtes à les accueillir chez elles, et considèrent moins que leur présence est une charge.

L'enquête, ayant été effectuée sur des sites variés, fait en outre apparaître certaines différences géographiques dans les réponses recueillies, mais sans forcément de représentativité départementale. Toutes choses égales par ailleurs, certaines apparaissent néanmoins dans la perception des comportements pathologiques, vraisemblablement du fait de référentiels culturels. Globalement, les différences apparaissent faibles, les distinctions entre « fou », « malade mental » et « dépressif » sont ainsi moins marquées chez les personnes interrogées dans les sites d'Outre-mer. La violence y est, par exemple, moins perçue comme l'apanage du « fou » et la dangerosité des comportements associés est moins souvent évoquée, en Guadeloupe, que dans les autres sites.

Quatre personnes interrogées sur dix déclarent être prêtes à soigner un proche « malade mental » et plus de huit sur dix un « dépressif »

Pour une large majorité des personnes interrogées, le « malade mental » est « exclu de la société » et « exclu de son travail ». Cependant, il n'est « exclu de sa famille » que pour moins de la moitié des personnes interrogées, tandis que plus de quatre sur dix déclarent qu'elles « accepteraient de soigner à la maison un proche qui est « malade mental ». Les résultats de l'enquête montrent d'ailleurs que l'appréciation selon laquelle un proche, « malade mental » ou « dépressif », n'est pas « exclu de sa famille » va d'ailleurs en général de pair avec l'idée d'accepter de le soigner à la

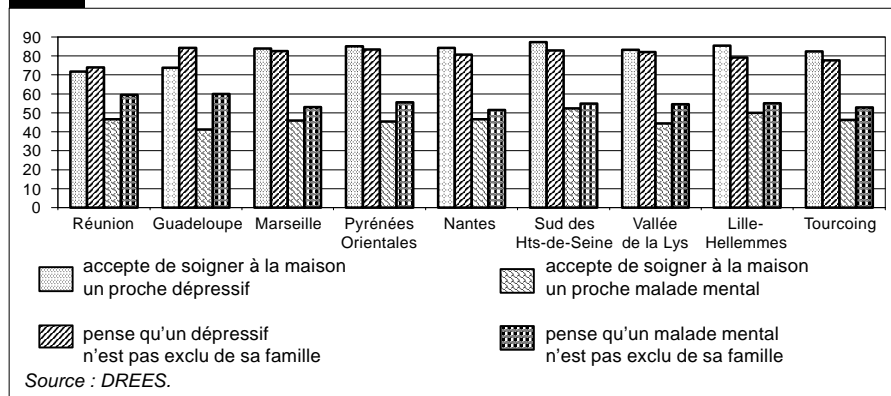
maison (graphique 2). Cette cohérence est un peu moins évidente sur les deux sites d'Outre-mer.

En revanche, l'accueil et les soins à domicile sont ressentis comme une réelle difficulté par les familles. Même si plus de huit personnes interrogées sur dix sont prêtes à soigner un proche considéré comme dépressif à la maison, elles sont aussi environ sept sur dix à penser que sa présence est une charge. Plus de neuf personnes interrogées sur dix considèrent d'ailleurs que la famille d'un « malade mental » ou d'un « dépressif » souffre. Pourtant le recours à une aide extérieure est ressentie comme un besoin, moins en raison d'une charge quotidienne insupportable que lorsqu'un danger pour la personne ou son entourage est senti. Il apparaît donc que les personnes interrogées ont tendance à penser que c'est surtout à elles d'assumer la présence d'un « malade mental » ou d'un « dépressif » chez elles.

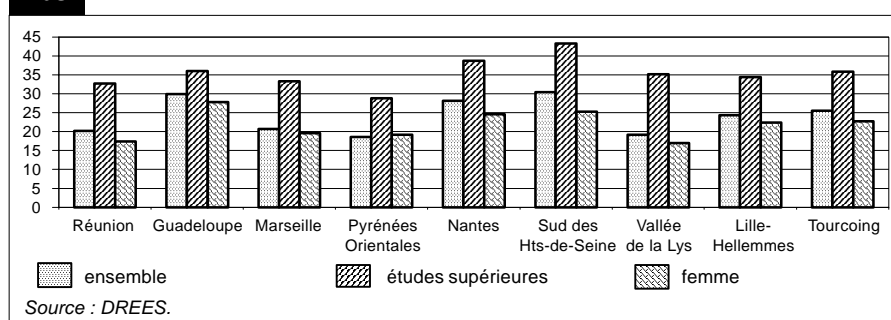
La réintégration d'une personne guérie ou en traitement au sein de sa famille ne semble, par ailleurs, pas poser de problème, même si les résultats de l'enquête peuvent paraître sur ce point pour partie contradictoires. Ainsi, 95 % des personnes interrogées pensent qu'une famille peut à nouveau accueillir un de ses membres dépressif dès lors qu'il est soigné ou en traitement ; elles sont environ 10 à 20 % à penser qu'elles ne peuvent accueillir un « malade mental » soigné ou sous traitement.

Par ailleurs, la proportion de la population susceptible d'accueillir une personne qui a commis un viol, soignée ou en traitement, varie de moins de 20 % dans les Pyrénées-Orientales à plus de 30 % à Nantes (graphique 3) ; l'acceptation d'un « malade mental » dans la structure familiale varie de 40 % en Guadeloupe à 55 % dans la Vallée de la Lys ou sur le site de Lille-Hellemmes. Néanmoins, une fois éliminés les écarts de structure des populations

G.02 acceptation dans la structure familiale



G.03 accueil d'une personne qui a commis un viol, soignée ou en traitement



notamment par sexe, âge et niveau de diplôme (modèle logistique), ces comparaisons révèlent au bout du compte peu de différences dans les profils locaux de réponses quant à la perception des soins et de l'accueil des personnes sujettes à des troubles mentaux.

Des attitudes différentes vis-à-vis de l'accueil des « dépressifs »

Un certain nombre d'enquêtés ont une certaine proximité avec les affections mentales. Il s'agit de personnes qui connaissent dans leur entourage quelqu'un affecté d'un trouble mental, qui sont déjà entrées dans un hôpital psychiatrique, ont déjà été elles-mêmes soignées pour folie, maladie mentale ou dépression ou suivi une psychothérapie, ou encore ont déjà pris des médicaments de type tranquillisants, somnifères, antidépresseurs. Ces enquêtés se caractérisent aussi par une forte proportion d'entre eux présentant une pathologie anxieuse ou dépressive. Ce groupe indique plus fréquemment que l'ensemble des personnes interrogées « d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un « dépressif ». Même si elles n'ont pas pour autant des perceptions différentes de la maladie que l'ensemble de la population, ces personnes, qui ont une certaine familiarité vis-à-vis des problèmes psychiatriques, sont plus nombreuses à déclarer qu'un « dépressif » est « exclu de sa famille », alors qu'elles sont aussi plus nombreuses à penser que « la présence à la maison d'un proche dépressif n'est pas une charge ».

À un comportement majoritairement favorable à l'intégration sociale des « dépressifs » s'oppose un comportement minoritaire de refus de la prise en charge hors de l'hôpital de toutes les personnes souffrant de troubles mentaux. Cette attitude se caractérise par le refus de « soigner à la

maison un proche dépressif », et d'« accueillir à nouveau un de ses membres dépressif, soigné ou actuellement en traitement », ainsi que par une tendance à « conseiller à un proche dépressif d'être hospitalisé à l'hôpital psychiatrique ». Ce type de comportement est d'habitude associé à une méconnaissance des personnes souffrant de troubles mentaux et du milieu psychiatrique ou des structures d'accueil. Ainsi, les personnes interrogées dans ce groupe sont en proportion plus importante que les autres à n'être jamais entrées dans un hôpital psychiatrique, à ne pas connaître de personnes dépressives dans leur entourage, ni d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un « dépressif ». Cette attitude d'exclusion englobe en outre toutes les formes de troubles mentaux en leur prêtant des traits caractéristiques qui sont l'incurabilité, la dangerosité et en leur associant l'enfermement.

Une mauvaise connaissance de l'offre de soins

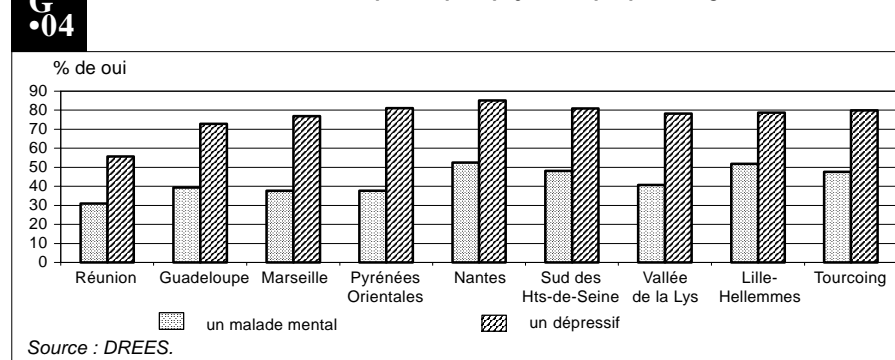
Les personnes interrogées, se déclarant prêtes à accepter que les personnes malades mentales soient prises en charge hors des structures hospitalières, semblent toutefois mal connaître les structures d'accueil alternatives. En effet, moins de la moitié d'entre elles connaissent d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un « malade mental » et la

part des personnes des sites méridionaux et ruraux apparaît encore plus faible (graphique 4), alors que plus des trois quarts des personnes interrogées connaissent un endroit pour soigner un « dépressif ».

Les autres lieux fréquemment cités par les enquêtés sont plutôt des structures spécialisées prenant pleinement en charge les malades (foyers, instituts médico-psychologique, maisons d'accueil spécialisées et aussi cliniques et maisons de repos). Les structures propres au développement d'une politique de secteur, d'intégration dans la vie de la société (consultations médico-psychologiques, centres d'activités thérapeutiques à temps partiel, hôpitaux de jour, ...) ne sont citées que par environ un dixième des personnes, que ce soit dans le cadre de soins dispensés à un malade mental ou à une personne dépressive. Une part importante des personnes interrogées n'envisage en outre que la maison ou la famille comme alternative à l'hôpital psychiatrique pour soigner une personne considérée comme dépressive.

Il faut cependant signaler que les diplômés de l'enseignement supérieur sont nombreux à connaître d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique, en particulier les structures propres aux thérapies psychiatriques actuelles (consultations médico-psychologiques, centres d'activités thérapeutiques à temps partiel, hôpitaux de jour...). Enfin, ils semblent, tou-

G 04 connaissance d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner...



Modèle logistique

L'étude des représentations du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » suivant les catégories de personnes interrogées tenant compte des caractéristiques socio-démographiques des personnes, de leur « proximité » aux problèmes de santé mentale, et du lieu de l'enquête est faite à partir de modèles logistiques considérant comme variables explicatives le sexe, l'âge (plus ou moins 35 ans), le fait d'avoir fait ou non des études supérieures, d'être déjà entré dans un hôpital psychiatrique ou service de psychiatrie, de connaître dans son entourage un « fou », un « malade mental » ou « dépressif », d'avoir été soigné pour dépression, d'avoir pris des médicaments pour les nerfs ou d'avoir suivi une psychothérapie.

Des modèles ont été appliqués successivement à chacune des probabilités de classer dans une des quatre catégories (« fou », « malade mental », « dépressif », « aucun des trois ») les personnes présentant des comportements ou conduites illustratives de troubles mentaux. Par exemple, un modèle est consacré à la probabilité de classer comme « malade mental » une personne qui tente de se suicider.

D'autres applications mettent en rapport les variables de l'ensemble du questionnaire.

tes choses égales par ailleurs, plus enclins que les autres à accueillir des personnes présentant des troubles, soignées ou en traitement, surtout les toxicomanes, alcooliques ou violeurs.

À l'exception de cette fraction de la population, il semble donc encore assez largement subsister dans l'opinion un schéma de prise en charge bipolaire des troubles mentaux avec, d'une part, l'hôpital et des structures spécialisées et, d'autre part, la famille, bien que cette perception ne corresponde en grande partie plus à la réalité actuelle de l'offre de soins. ●

Remerciements

Cette enquête est réalisée par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (ASEP), avec le concours du DIRM de l'EPSM Lille Métropole et le Centre collaborateur OMS (CCOMS). Elle a reçu le soutien financier du ministère français des Affaires étrangères, du ministère français de la Santé, du Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (Paris), 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 Tananarive (Madagascar), du « Health Systems Research for Reproductive Health and Health Care Reforms in the Eastern and Southern African Region » (Harare, Zimbabwe), des Agences régionales d'hospitalisation d'Île-de-France et de La Réunion et des laboratoires Synthelabo et Smith Kline&Beecham, ainsi que le soutien logistique de tous les établissements publics de santé impliqués dans l'enquête.

Responsable scientifique : J.L. Roelandt.

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

Elle a reçu l'aide scientifique et méthodologique de N. Quemada (CCOMS, Paris), J. Benoist (Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie, Aix en Provence), G. Bibeau (Université de Montréal), J.P. Vignat (FEP), G. Badeyan (DREES, Ministère français de la santé) et de R. Dang (INSEE, Lille).

Les responsables de sites : Les Comores : A. Islam et M. Issulahi (Hôpital El Maarouf, Moroni), France : M. Eynaud (CH Monteran, S' Claude, CHU de Pointe-à-Pitre, Guadeloupe), C. Thévenon-Gignac (EPSM Lille Métropole, Tourcoing), C. Muller (EPSM Lille Métropole, Vallée de la Lys), J.L. Roelandt (EPSM Lille Métropole, Lille), C. Lajugie (EPSM Lille Métropole, Vallée de la Lys), L. Denizot (CHS de S' Paul, La Réunion), D. Boissinot-Torres (CH Édouard Toulouse, Marseille), R. Bocher (CHU S' Jacques, Nantes), P. Mullard (CHS Léon Gregory, Pyrénées-Orientales, France), D. Chino et M.C. Velut-Chino (CHS Paul Guiraud, Hauts-de-Seine), Madagascar : M. Andriantseho (CHU Mahajanga, Mahajanga et Antananarivo), Île Maurice : S. Motay et P. Burhoo (Ministère de la santé et de la qualité de la vie, Île Maurice) et les équipes d'enquêteurs et de superviseurs dans tous les sites d'enquête.