

Rapport F2RSM



Les enseignements du Baromètre santé 2010 sur la santé mentale dans le Nord - Pas-de-Calais

Laurent Plancke¹, Estelle Ledant²

1- chargé d'étude, F2RSM ; 2- étudiante en Master professionnel Ingénierie enquête en sciences sociales (IESS), université de Lille 1

SOMMAIRE

Introduction.....	5
1. Matériel et méthodes.....	6
Les enquêtes Baromètre Santé	6
Objectifs et méthodes de l'exploitation régionale.....	6
Les indicateurs de santé mentale étudiés.....	7
Caractéristiques de la population étudiée	9
2. La morbidité psychique déclarée.....	10
Tentatives de suicide et pensées suicidaires.....	10
Episodes dépressifs caractérisés	11
Le score de santé mentale.....	12
Le score d'anxiété.....	13
3. Les variables associées aux indicateurs de santé mentale	15
Premiers enseignements de l'analyse bivariée	15
Les antécédents de violences physiques entraînent très souvent des pensées suicidaires	17
Les diplômés du supérieur connaissent plus d'épisodes dépressifs	18
Les violences physiques sont également associées à de plus bas scores de santé mentale	19
Une anxiété liée à la précarité, aux violences et plus rencontrée chez les femmes.....	20
Synthèse des facteurs reliés aux troubles étudiés	21
Comorbidités et recours aux médicaments psychotropes.....	23
4. Evolution des indicateurs de santé mentale depuis 2005	25
5. Nord - Pas-de-Calais et reste de la France	26
6. Discussion et conclusions	27
Synthèse des résultats.....	30
Index des figures et tableaux.....	31
Bibliographie.....	32
Annexes	33
Questions du Baromètre santé 2010 exploitées dans le rapport	33
Construction des variables	37
Résultats complémentaires.....	37

Introduction

Parmi les missions que s'est fixées la Fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM) Nord - Pas-de-Calais, l'observation de la santé mentale et de la psychiatrie dans cette région occupe une place importante ; depuis la création de la Fédération en 2007, ont été mises en ligne sur le site Internet de multiples données sur les déterminants de santé, la morbi-mortalité, le recours aux soins spécialisés et aux traitements, les ressources attribuées à la psychiatrie ... selon différents zonages infrarégionaux. Parallèlement, de nombreuses publications ont porté sur l'exploitation de bases de données en vue de décrire et analyser la situation régionale. Elles s'inscrivent dans le même objectif de mettre à disposition des décideurs et acteurs du Nord - Pas-de-Calais, un système d'informations d'aide à la décision.

Par le biais d'une convention signée avec l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes), la présentation des résultats régionaux du Baromètre santé 2010 portant sur la santé mentale est proposée ; cette enquête quinquennale et portant sur un grand nombre de sujets relatifs à la santé, a interrogé près de 28 000 personnes résidant en France, dont près de 1 800 dans le Nord - Pas-de-Calais. La taille de l'échantillon régional permet d'en réaliser une exploitation spécifique, ce que nous avons réalisé sur cinq thèmes principaux :

- les idées suicidaires ;
- la tentative de suicide ;
- la dépression ;
- l'anxiété ;
- la santé mentale perçue.

En 2005, un sur-échantillonnage régional avait permis de dresser un état des lieux plus spécifique sur la santé mentale des jeunes [9]¹, ce qui n'a pu être réitéré en 2010, faute de financement *ad hoc* ; l'analyse par groupes particuliers de population s'en trouve de ce fait limitée.

Très classiquement, la fréquence de ces manifestations morbides ou état de santé a été calculée, puis nous avons recherché les facteurs reliés aux variations enregistrées, par analyse bivariée dans un premier temps, par régression logistique dans un second. Outre des variables indépendantes classiques (âge, sexe, revenus, diplôme ...), les modèles explicatifs ont également intégré certains comportements addictifs (alcool, tabac et cannabis) et des variables comme la perception du niveau de ressources (sentiment d'aisance, ou au contraire de difficultés) ou les antécédents de violences subies (psychologiques, physiques, sexuelles).

Dans un 3^e temps, les évolutions mesurables depuis la précédente édition du Baromètre santé sont présentées ; entre 2005 et 2010, elles sont le plus souvent positives dans le Nord - Pas-de-Calais, dont la morbidité aurait donc diminué, sauf pour les épisodes dépressifs caractérisés.

La situation régionale est ensuite comparée –dans un 4^e temps- à celle du reste de la France ; lorsque des différences significatives sont enregistrées, la situation du Nord - Pas-de-Calais est toujours plus défavorable. Les résultats de cette enquête viennent compléter la connaissance de la santé mentale de la population de la région et seront utilement comparés à ceux, maintenant un peu anciens, obtenus dans l'enquête *Santé mentale en population générale* [5, 7].

¹ Les références bibliographiques, classées par ordre alphabétique de 1^{er} auteur, sont présentées en p 29.

1. Matériel et méthodes

Dans cette première partie, nous présentons l'enquête nationale, les objectifs de l'exploitation secondaire réalisée, ainsi que les indicateurs de santé mentale décrits et analysés dans le rapport.

Les enquêtes Baromètre Santé

Les données mobilisées dans cette étude sont celles du *Baromètre Santé* 2010, une enquête déclarative par téléphone menée à l'échelon national sur un échantillon représentatif des personnes résidant en France de 15 à 85 ans.

Elle a été menée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en partenariat avec la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), la Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques du ministère de la Santé et des Solidarités (Drees) et de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). L'Inpes est un établissement public administratif sous tutelle du Ministère de la Santé, financé par l'Etat et l'Assurance-Maladie. Il est chargé de mettre en œuvre les orientations de la politique gouvernementale de prévention et d'éducation pour la santé.

Les enquêtes *Baromètres Santé* recueillent un état des représentations et des comportements de santé des personnes vivant en France. Datant de 20 ans, leur répétition dans le temps (tous les 3 à 5 ans) permet d'appréhender l'évolution des pratiques et des opinions en matière de santé. La diversité des thématiques abordées (qualité de vie, vaccinations, addictions, sexualité, sommeil, santé mentale, etc.) et les évaluations d'indicateurs de santé par des échelles scientifiques validées confèrent à ces enquêtes une place centrale dans les études sanitaires françaises en population générale.

L'enquête porte sur un échantillon de 27 653 personnes, interrogées entre le 22 octobre 2009 et le 3 juillet 2010 dont 1769 résidant dans le Nord - Pas-de-Calais. Les enquêtés sont tirés au sort selon un échantillonnage probabiliste, par génération aléatoire de numéros de téléphone (83% listes rouge, orange et blanche, 14% des « exclusifs mobiles », 3% numéros de téléphone « dégroupés »). Dans chaque ménage sélectionné, une personne est choisie de manière aléatoire pour répondre au questionnaire (méthode « Kish »). Les données ont été pondérées par le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage et calées sur les données de référence nationales de l'Insee les plus récentes, celles de l'enquête Emploi 2008². Le calage tient compte du sexe, de l'âge, de la région de résidence, de la taille d'agglomération, du diplôme et de l'équipement téléphonique.

Le questionnaire principal est administré à un échantillon de 27 653 tandis que certains modules de questions ne sont posés qu'à des sous-échantillons tirés de manière aléatoire à partir de l'échantillon principal (environ 8 700 individus).

Objectifs et méthodes de l'exploitation régionale

Nous avons étudié les questions de souffrance psychique dans le Nord - Pas-de-Calais à travers les différents indicateurs de santé mentale présents dans le *Baromètre Santé* 2010 (pensées suicidaires, tentatives de suicide, épisodes dépressifs caractérisés, scores de santé mentale et d'anxiété) et cherché à caractériser les populations les plus exposées en passant par une étude des facteurs qui y sont associés. Une analyse des évolutions observées entre 2005 et 2010 est également réalisée ainsi qu'une comparaison par rapport aux données sur le reste de la France.

² <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp>

Pour ce faire, nous avons réalisé les tris à plat des variables de santé mentale sélectionnées, les tris croisés avec les variables sociobiographiques et les comportements addictifs retenus. Avec ces mêmes variables nous avons réalisé une étude multivariée par régressions logistiques de manière à tester le niveau d'association de chaque variable avec l'indicateur de santé mentale tout en contrôlant l'effet des autres variables (« toutes choses égales par ailleurs »). Ces calculs ont été réalisés à partir de procédures statistiques sous le logiciel SAS 9.3 (test du chi², test de Kruskal Wallis³, régression logistiques descendante pas à pas).

En ce qui concerne l'étude régionale, elle a été réalisée à partir des réponses de l'échantillon principal de 1769 individus, à l'exception de l'étude sur l'épisode dépressif caractérisé, réalisée sur un sous-échantillon de 562 personnes résidant dans le Nord - Pas-de-Calais.

Les indicateurs de santé mentale étudiés

Pensées suicidaires et tentatives de suicide

Les informations sur les pensées suicidaires ont été recueillies par la question suivante : « *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ?* ». Les tentatives de suicide ont été étudiées sur deux périodes différentes : la vie entière et les 12 mois précédant l'enquête. Ces deux indicateurs ont été couplés afin d'appréhender plus complètement la morbidité suicidaire. En premier lieu nous présenterons l'ampleur de ces deux phénomènes. En second lieu, le taux de tentative de suicide étant trop bas pour faire une recherche des facteurs de risque par régression logistique, la démarche se fera sur la variable des pensées suicidaires. En sachant qu'une personne aux pensées morbides sur cinq a réellement tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois (19,7% des pensées suicidaires), la variable des pensées suicidaires comprend en compte les personnes suicidaires et les suicidantes.

Score de santé mentale perçue et score d'anxiété

Les scores de santé mentale et d'anxiété sont calculés à l'aide de l'échelle de qualité de vie de Duke (*The Duke Health profile*⁴). Les échelles de qualité de vie sont des instruments utilisés pour évaluer de façon assez globale l'état de santé perçue, le fonctionnement psychologique et l'environnement social du sujet. Cette partie de questionnaire est composée de 17 items évaluant trois dimensions principales : santé physique, santé mentale, santé sociale, ainsi que cinq autres dimensions : santé perçue, anxiété, douleur, estime de soi et dépression. Chaque item est coté de 0 à 2 sur une échelle ordinaire à trois modalités et chaque score est la somme des items qui la composent. Les scores calculés sont normalisés de 0 à 100 ; pour le score de santé mentale le score le plus élevé indique une meilleure santé mentale, alors que pour le score d'anxiété, qui ne doit pas être considéré comme la mesure d'une anxiété pathologique, une valeur basse indique une moindre anxiété. Les scores de Duke évaluent le ressenti des personnes interrogées au moment de l'enquête. Un seuil clinique de l'échelle étant à ce jour inexistant, nous avons décidé de fixer le seuil au premier décile des répondants de l'échantillon national (50 en l'occurrence) pour le score de santé mentale et au dernier décile des répondants de ce même échantillon (50 également) pour le score d'anxiété, ce qui correspond aux personnes qui ont les scores les plus défavorables.

Episode dépressif caractérisé (EDC)

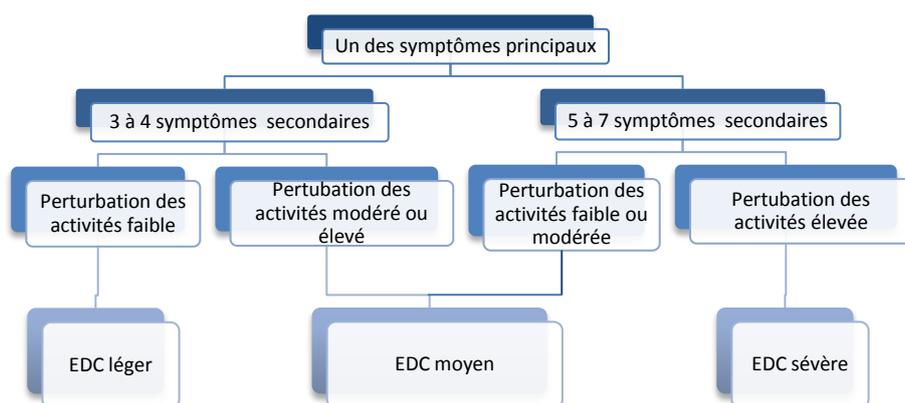
Dans le *Baromètre Santé*, l'EDC est évalué à l'aide du *Cidi-Short-Form* [17] selon les critères du DSM-IV [1].

³ Test non-paramétrique, significativité entre des moyennes

⁴ Parkerson G.R., Broadhead W.E., Tse C.K. *The Duke health profile. A 17-item measure of health and dysfunction*. Medical care 1990; 28(11): 1056-72.

L'épisode dépressif caractérisé est évalué de la façon suivante : pendant un période d'au moins deux semaines consécutives, il faut avoir déclaré vivre un des deux symptômes principaux et au moins trois symptômes secondaires, associés à une perturbation des activités habituelles. La sévérité de l'épisode dépressif est également appréhendée selon l'importance des symptômes secondaires et du niveau de perturbation de la vie quotidienne.

Figure 1. Schéma et tableau des critères d'évaluation de l'EDC retenus dans le *Cidi-Short-Form*



La détermination de l'intensité de l'EDC prend en compte la réponse à 3 séries de questions (cf. questionnaire, p 33)

1. Symptômes principaux

- Sentiment de profonde tristesse
- Perte d'intérêt généralisée

2. Symptômes secondaires

- Epuisement, manque d'énergie
- Perte ou prise d'au moins 5kg
- Difficultés à dormir
- Difficultés à se concentrer
- Penser souvent à la mort
- Perdre intérêt pour la plupart des choses (travail, loisirs, etc.)

3. Perturbation des activités

Exemple de lecture : Une personne qui a vécu une période d'au moins deux semaines consécutives avec un sentiment de profonde tristesse (symptôme principal), un sentiment d'épuisement, des difficultés à dormir plus importantes qu'en temps normal et des pensées de mort (symptômes secondaires) et qui a déclaré que ces problèmes se répercutaient fortement sur ses activités habituelles a vécu un EDC à retentissement moyen

Caractéristiques de la population étudiée

L'échantillon régional est constitué de 1769 personnes, âgées de 15 à 85 ans.

Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon régional Nord - Pas-de-Calais.

		N	%
Effectif total		1769	100,0
Sexe	Hommes	848	47,9
	Femmes	921	53,1
Age	15 - 19 ans	191	10,8
	20 - 39 ans	618	35,0
	40 - 59 ans	616	34,8
	60 - 85 ans	344	19,4
Diplôme le plus élevé	Sans diplôme	367	20,8
	Inférieur au BAC	787	44,5
	BAC ou équivalent	310	17,5
	Supérieur au BAC	304	17,2
Situation de vie commune	Couple avec au moins un enfant au foyer	511	28,9
	Couple sans enfant au foyer	581	32,8
	Célibataire sans enfant au foyer	486	27,5
	Célibataire avec au moins un enfant au foyer	191	10,8
Vit seul		257	14,5
Situation socio-professionnelle	En emploi	852	48,2
	Elèves et étudiants	199	11,3
	Au chômage	171	9,6
	Retraité	351	19,8
	Autres inactifs	196	11,1
Revenu / UC ⁵ /mois	Moins de 1100€	749	47,6
	De 1100 à moins de 1800€	535	34,0
	Plus de 1800€	289	18,4
	Revenu inférieur à 900€	593	37,7
Perception de sa situation financière	A l'aise	295	16,7
	« ça va »	688	39,1
	« c'est juste »	503	28,6
	Y arrive difficilement	274	15,6
Religion et place de la religion	Chrétienne +	341	19,3
	Musulmane +	50	2,8
	Autres cas	437	24,7
	Sans religion	941	53,2
Violence(s) subie(s) (12 mois)	Pas de violence	1446	81,7
	Physiques dont sexuelles	64	3,6
	Psychologiques	259	14,6

Note : Les données de l'enquête ont été calées sur les caractéristiques de la population interrogée dans l'enquête emploi 2008 de l'Insee. Voir partie « Construction des variables »

Le Nord - Pas-de-Calais est représenté par une population plus jeune que dans le reste de la France (une moyenne d'âge de 44 ans vs 46 ans) avec 10,8% de 15-19 ans. Les personnes de plus de 60 ans, en deçà des proportions nationales, sont davantage des femmes (23,2% vs 15,3%), ce qui explique qu'elles sont également plus nombreuses que les hommes à vivre seules (16,9% vs 12,0%).

Pour la situation socioprofessionnelle, on note que la situation d'emploi est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (55,6% vs 40,1%) tandis que le travail au foyer, constituant principalement la catégorie « autres inactifs », est clairement représenté par les femmes (19,5% vs 2%). Le Nord - Pas-de-Calais est représenté par une part d'ouvriers plus importante que dans le reste de la France (32,2 vs 23,2%). La part de

⁵ Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes (1 UC pour le premier adulte du ménage ; 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus; 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans)

chômeurs de notre étude 2010 est de 9,6%, elle est de 12,7% selon les données de l'Insee 2010. Nous pouvons relever que 37,7% de l'échantillon vit sous le seuil de 900 € par mois par UC ; la part des moins de 1100 € par mois et unité de consommation (UC⁶) est supérieur au reste de la France (47,6% vs 35,5%).

2. La morbidité psychique déclarée

Dans ce chapitre, les résultats du *Baromètre Santé* relatifs à la santé mentale dans le Nord - Pas-de-Calais sont présentés (N=1769) et les différences selon le sexe et l'âge décrites. L'analyse des autres facteurs associés sera proposée dans le chapitre 3.

Tentatives de suicide et pensées suicidaires

La morbidité suicidaire est une réalité difficile à aborder : si certaines formes donnent lieu à une prise en charge médicale, par les services d'urgence notamment, qui peuvent alors la décrire, d'autres ne peuvent être étudiées que par des enquêtes spécifiques. Le *Baromètre santé* appréhende cette morbidité à partir des pensées suicidaires (on parle alors de personnes suicidaires pour désigner celles qui déclarent en avoir) et des tentatives de suicide (il s'agit alors de personnes suicidantes).

Tableau 2. Personnes déclarant des pensées suicidaires ou/et tentatives de suicide. Nord - Pas-de-Calais. 2010 (N=1769).

	Période	Hommes		Femmes		Chi2 p	Ensemble	
		N	%	N	%		N	%
Pensées suicidaires	12 derniers mois	26	3,1	45	4,9	*	71	3,9
Tentative de suicide	durant la vie	33	3,9	65	7,1	NS	98	5,5
	12 derniers mois	4	0,5	10	1,1	NS	14	0,8

Source : Inpes, Baromètre Santé 2010. Traitement : F2RSM.

Chi2 entre hommes et femmes. NS : non significatif entre hommes et femmes - *** significatif à $p < 0,001$ - ** $p < 0,01$ - * $p < 0,05$.

En 2010, dans le Nord - Pas-de-Calais, environ une personne sur vingt (5,5%) déclare avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie et huit personnes pour 1000, au cours des 12 mois précédant l'enquête (N=14). Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir tenté de mettre fin à leurs jours au cours des 12 derniers mois (11 pour 1000 vs cinq pour 1000). Les tentatives de suicide déclarées surviennent d'avantage à certains âges ; c'est ainsi que 43% des gestes suicidaires sont déclarés par des personnes entre 15 et 19 ans, essentiellement des adolescentes et 21% entre 35 et 44 ans.

Tenter de mettre fin à ses jours est la manifestation d'une détresse psychologique profonde ; l'acte peut apparaître comme le seul moyen de se libérer d'une souffrance émotionnelle insupportable mais il peut également être la manifestation d'une carence affective et d'un besoin d'attention.

Quand elles sont questionnées sur la motivation de leur geste, les 14 personnes qui ont fait une tentative de suicide durant l'année évoquent, dans trois cas sur cinq, un appel à l'aide⁷. Les adolescentes évoquent les raisons familiales dans cinq cas sur six, les adultes des raisons à la fois familiales et sentimentales (trois cas sur huit), des raisons soit familiales soit sentimentales (trois cas sur huit) et une personne évoque des raisons professionnelles. 13 personnes sur 14 avaient déjà un antécédent de tentative de suicide ou plus, soit une part particulièrement élevée (sept sur dix pour le reste de la France). Les faibles effectifs concernés justifient cependant une grande prudence dans l'interprétation de ces données.

⁶ Afin de normaliser l'étude des revenus d'un ménage, on raisonne par unités de consommation (UC), comptabilisées comme suit : 1 UC pour le premier adulte du ménage ; 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

⁷ Cf. extrait du questionnaire, p 34.

Les personnes qui sont passées à l'acte dans l'année ont été interrogées sur la prise en charge qui a suivi (hospitalisation, prise en charge par un médecin, un psychologue, etc.) ; au total six sujets sur 14 ont bénéficié d'au moins une de ces prises en charge. Les huit autres sujets ne semblent pas avoir sollicité ou bénéficié de l'aide d'un professionnel.

Parmi les personnes ayant pensé au suicide au cours des 12 derniers mois, une sur cinq (19,7%) est passée à l'acte

Les idéations suicidaires se manifestent par des pensées envahissantes d'autodestruction telles que des pensées existentielles transitoires (« la vie ne vaut pas d'être vécue »), elles sont le signe d'une intention suicidaire pouvant aller jusqu'à la planification de l'acte. Le plus souvent accompagnées de troubles anxieux et dépressifs ou de consommations abusives de substances psychoactives, les idéations suicidaires sont des manifestations cliniques d'un risque suicidaire non négligeable. Parmi les répondants, 4,0 % déclarent avoir pensé à se suicider durant les 12 derniers mois. Les femmes sont significativement plus nombreuses à penser au suicide (4,9% vs 3,1% pour les hommes).

Nous retrouvons également des différences sexuées selon l'âge, avec des femmes davantage touchées à l'adolescence (8,5%), puis entre 35 et 65 ans (environ 5,8%). Autrement dit, les femmes ont tendance à avoir des pensées morbides à tous âges notamment à l'adolescence et dans une moindre mesure entre 26-34 ans et à plus de 65 ans. Pour les hommes, la fréquence des pensées suicidaires est relativement faible avant 25 ans ; elle augmente ensuite, et ce jusqu'à 54 ans, avec un taux proche de 4,2%, puis diminue ensuite, à partir de 65 ans. Les hommes sont donc plus souvent concernés par la tentative de suicide aux âges d'activité professionnelle.

Episodes dépressifs caractérisés

La dépression est l'un des troubles psychiques les plus fréquents en population générale, qui se manifeste sur des périodes et à des intensités très variables. L'épisode dépressif majeur (EDM), tel que défini par le *Cidi-Short-Form*, se traduit par une humeur dépressive et/ou une perte d'intérêt et de plaisir généralisée (anhédonie) pendant au moins deux semaines consécutives ; il est avéré si, durant cette période, il s'accompagne d'autres symptômes secondaires (au moins quatre) et son intensité s'appréhende en fonction du niveau de répercussions sur les activités quotidiennes.

Tableau 3. Réponses positives aux items constitutifs de l'EDC (12 derniers mois). Nord - Pas-de-Calais. 2010 (N=561).

	N	%
Symptômes principaux		
Se sentir triste, déprimé, sans espoir	55	9,8
Perdre intérêt et de plaisir généralisée	13	2,3
Ensemble	68	12,1
Symptômes secondaires		
Perdre intérêt pour les loisirs, le travail etc.	59	10,5
Sentiment d'épuisement, manque d'énergie	63	11,2
Prise ou perte d'au moins 5 kg sans le vouloir	22	3,9
Difficultés pour dormir	49	8,7
Difficultés de concentration	55	9,8
Perte de confiance en soi, dévalorisation	51	9,1
Pensées de mort récurrentes	42	7,5
Perturbation des activités		
Moderée ou importante	41	7,3

Source : Inpes Baromètre Santé 2010. Traitement : F2RSM

12,2% des personnes interrogées ont connu un épisode de profonde tristesse ou d’anhédonie au cours des 12 mois précédant l’enquête

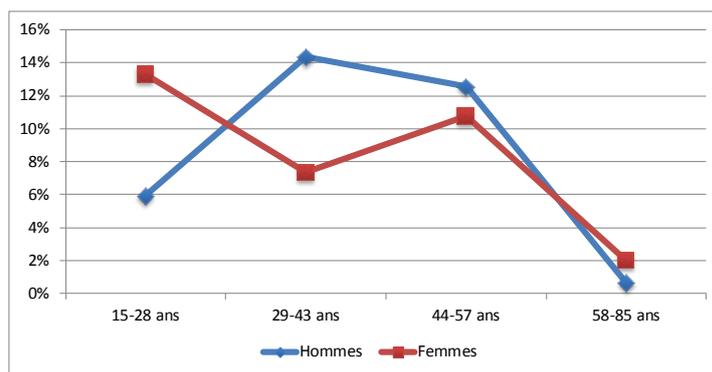
Ces personnes ont ressenti le plus souvent des symptômes secondaires s’apparentant à de l’épuisement, des difficultés de concentration et une perte d’intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs ou le travail.

Dans trois cas sur cinq, les symptômes sont associés à une perturbation des activités habituelles modérée ou importante.

8,5% des personnes interrogées ont connu un EDC avéré au cours des 12 mois précédant l’enquête

En 2010, dans le Nord - Pas-de-Calais, un peu moins d’une personne sur dix a connu un EDC (N=48) ; il s’agit alors le plus souvent d’un épisode à retentissement moyen ou sévère (N=39 – 7,0%) et donc plus rarement d’un épisode à faible portée (N=9 – 1,6%).

Figure 2. Taux de personnes ayant connu un EDC (12 derniers mois), selon le sexe et l’âge. Nord - Pas-de-Calais. 2010 (N=561).



Source : Inpes, Baromètre Santé 2010. Traitement : F2RSM.

Les femmes connaissent la fréquence la plus élevée d’EDC avant 29 ans, ce qui n’est pas observé chez les hommes : ces derniers sont environ deux fois moins nombreux que les femmes à déclarer avoir connu ce type d’épisode dépressif que les femmes (5,9% vs 13,3%). Ils connaissent un niveau plus élevé entre 29 et 43 ans (14,3%).

Pour les deux sexes, on note dans la figure ci-dessus, des fréquences beaucoup plus basses entre 58 et 85 ans ; l’hypothèse d’un lien avec la sortie de l’activité professionnelle peut être évoquée.

Les personnes qui ont connu un EDC au cours des 12 derniers mois ont été interrogées sur leur consultation médicale suite à cet épisode. Moins de la moitié de ces personnes ont consulté pour ces problèmes (22 sur 48), proportion qui peut sembler faible.

Le score de santé mentale

Les profils de santé de Duke sont des échelles qui mesurent la santé perçue et la qualité de vie des personnes interrogées à l’aide de l’échelle *The Duke Health profile*. Le score de santé mentale évalue la santé mentale perçue par les interrogés durant les huit derniers jours et au moment de l’enquête. Plus le score est élevé plus la santé mentale est perçue favorablement. Comme indiqué plus haut, nous avons défini qu’un score de santé mentale était bas en dessous de 50 points, valeur en dessous de laquelle se situent 10% des répondants au niveau national (1^{er} décile).

Tableau 4. Part des réponses positives aux questions constituant le score de santé mentale (Duke). Nord-Pas-de-Calais. 2010 (N=1769).

Questions	Modalités	Hommes %	Femmes %	Ensemble %
Actuellement...				
Je me trouve bien comme je suis	Pas votre cas	8,1	14,7	11,6
Je me décourage trop facilement	Votre cas	7,9	13,0	10,5
J'ai du mal à me concentrer	Votre cas	9,7	9,7	9,7
Au cours des 8 derniers jours...				
Vous avez été triste ou déprimé	Beaucoup	4,7	9,6	7,3
Vous avez été tendu ou nerveux	Beaucoup	8,7	19,7	14,4

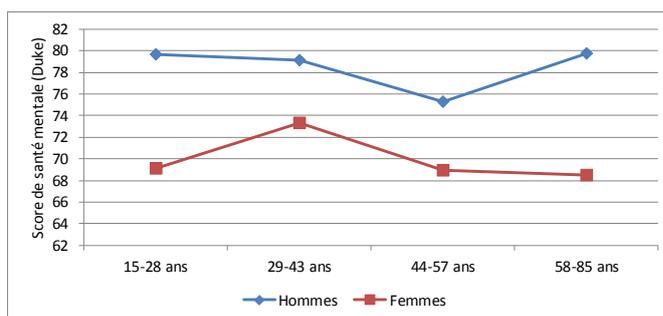
Source : Inpes, Baromètre Santé 2010. Traitement : F2RSM.

Tableau 5. Score de santé mentale : moyenne par sexe et part des personnes présentant un score inférieur à 50.

	Score moyen	N	Score < 50 %
Hommes	78,0	55	6,5
Femmes	69,7	128	13,9
Ensemble	73,0	183	10,4
Chi2 (H/F)	***		***

Source : Inpes, Baromètre Santé 2010. Traitement : F2RSM.

Figure 3. Score de santé mentale selon le sexe et la classe d'âge. Nord - Pas-de-Calais. 2010 (N=1769).



Source : Inpes, Baromètre Santé 2010. Traitement : F2RSM.

14,4% des personnes déclarent s'être senties tendues ou nerveuses durant la semaine précédant l'enquête

Le sentiment de tension ou de nervosité est environ deux fois plus fréquent que celui de tristesse ou de déprime (14,4% vs 7,3%). Les hommes connaissent une situation plus favorable : 95,3% d'entre eux déclarent ne pas s'être sentis tristes ou déprimés (vs 90,4% des femmes). Une personne sur dix se sent trop facilement découragée et a une mauvaise estime d'elle-même.

10,4% des personnes interrogées ont un score de santé mentale faible (<50)

A tous les âges, les femmes se perçoivent en moins bonne santé mentale que les hommes ; la différence est significative du point de vue de la moyenne de score de santé mentale (celle des hommes est supérieure de 8,3 points à celle des femmes) et en part de personnes en dessous du score de 50, environ deux fois supérieure chez les femmes (13,9%) que chez les hommes (6,5%). Le score de santé mentale perçue des hommes est élevé avant 29 ans (79,6) et décroît ensuite régulièrement jusqu'à 44-57 ans (75,3), pour retrouver un niveau maximal ensuite (79,8). Chez les femmes, c'est entre 29 et 43 ans que le score de santé mentale est le plus élevé (73,3) ; il diminue ensuite franchement pour s'établir à une valeur proche de 69 à partir de 44 ans. Les jeunes femmes, dont on a vu qu'elles étaient les plus concernées par l'épisode dépressif caractérisé, présentent également un des plus faibles scores de santé mentale.

Le score d'anxiété⁸

Le score d'anxiété issu de l'échelle de santé de Duke évalue l'anxiété déclarée par les personnes interrogées durant les huit derniers jours et au moment de l'enquête. Plus le score est élevé et plus l'anxiété ressentie est

⁸ Ce score ne peut être interprété comme la mesure d'une anxiété pathologique, mais permet d'approcher les affects anxieux.

élevée. Nous avons défini qu'un score d'anxiété était élevé au dessus de 50 points, valeur du neuvième décile des répondants au niveau national.

Plus d'une personne sur cinq déclare avoir été fatiguée au cours de la dernière semaine (22,7%)

Les autres symptômes les plus rencontrés sont les problèmes liés au sommeil (15,6%) et le sentiment d'être « difficile à vivre » (13,7%). Ces trois symptômes sont marqués par des différences significatives entre hommes et femmes, avec des femmes notamment plus touchées par des problèmes de sommeil.

Tableau 5. Part des réponses positives aux questions constituant le score d'anxiété (Duke). Nord - Pas-de-Calais. 2010 (N=1769).

Questions	Modalités	Hommes	Femmes	Ensemble
		%	%	%
Actuellement				
Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	Votre cas	14,0	13,4	13,7
J'ai du mal à me concentrer	Votre cas	9,7	9,7	9,7
Je suis à l'aise avec les autres	Votre cas	8,5	4,1	6,9
Au cours des 8 derniers jours....				
Vous avez eu des problèmes de sommeil	Beaucoup	11,2	19,6	15,6
Vous avez eu l'impression d'être fatigué	Beaucoup	16,6	28,3	22,7

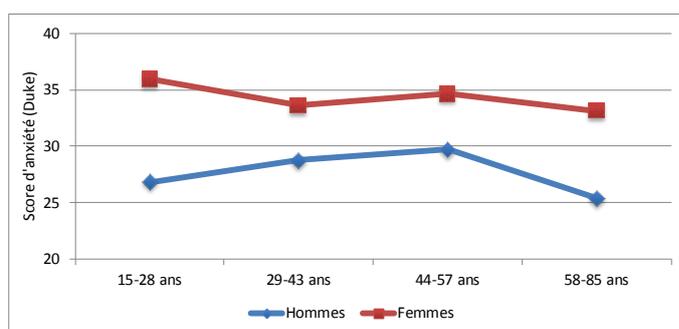
Source : Inpes, Baromètre Santé 2010. Traitement : F2RSM.

Tableau 6. Score moyen d'anxiété et part des personnes présentant un score inférieur à 50.

	Score moyen	N	Score < 50 %
Hommes	28,2	84	9,9
Femmes	34,3	150	16,4
Ensemble	31,4	234	13,3
Chi2 (H/F)	***		***

Source : Inpes Baromètre Santé 2010. Traitement : F2RSM.

Figure 4. Score d'anxiété (Duke) selon le sexe et l'âge, Nord-Pas-de-Calais, 2010 (N=1769).



Source : Inpes Baromètre Santé 2010. Traitement : F2RSM.

13,3% des personnes interrogées ont un score d'anxiété élevé

Comme pour la santé mentale, on remarque que les femmes ont une anxiété déclarée plus importante que les hommes, avec une différence significative d'environ six points entre les scores moyens, ainsi qu'un taux plus important de femmes aux scores d'anxiété élevés (16,4% vs 9,9%).

Les femmes connaissent le score d'anxiété le plus élevé entre 15 et 28 ans (35,9) ; il est ensuite relativement stable, autour de 33-34. Chez les hommes, on note une hausse régulière du score d'anxiété entre 15 et 57 ans, suivie d'une baisse assez marquée chez les 58-85 ans (25,4).

La différence la plus nette entre les sexes apparaît de nouveau chez les plus jeunes (moins de 29 ans) ; le score des jeunes femmes est de neuf points supérieur à celui des jeunes hommes.

3. Les variables associées aux indicateurs de santé mentale

Nous avons cherché les facteurs significativement reliés aux indicateurs de santé mentale dans le Nord - Pas-de-Calais par deux méthodes :

- une analyse bivariée : entre les indicateurs, les caractéristiques socio-biographiques et les comportements addictifs.

- une analyse multivariée par régression logistique : les variables identifiées lors de l'analyse bivariée comme plus ou moins associées aux indicateurs ont été testées dans un même modèle afin de mesurer la force de l'association de chaque variable avec l'indicateur de santé, tout en tenant compte de l'effet des autres variables («toutes choses égales par ailleurs»). Cette démarche s'est faite par régression logistique avec une méthode pas à pas. Nous avons intégré dans la régression logistique les variables reliés au seuil de 20 %, chaque variable était testée une par une dans le modèle afin de mesurer son impact sur les autres variables. Si la variable n'était pas significative (au seuil de 10%) avec les autres variables elle était sortie du modèle. Ainsi les résultats présentés dans nos tableaux de régression logistique rendent compte des facteurs les plus reliés à l'indicateur de santé mentale testé, «toutes choses égales par ailleurs » et nous pouvons parler de facteurs de risque ou de protection, selon qu'elles sont liées à une augmentation ou à baisse de la morbidité étudiée.

Premiers enseignements de l'analyse bivariée

Quels sont les variables le plus significativement associées aux cinq indicateurs de santé mentale étudiés ?⁹

Le sentiment par rapport à sa situation financière et les violences subies au cours de l'année introduisent des variations très importantes sur les quatre indicateurs de santé mentale. Le sentiment par rapport à sa situation financière influence plus systématiquement que le revenu les indicateurs de santé mentale. Éprouver des difficultés financières constitue donc un facteur plus associé à la souffrance psychique que le montant des revenus proprement dit.

Le sexe apparaît ensuite comme une variable souvent reliée notamment pour la santé perçue évaluée par les indicateurs de Duke. Quelle que soit la dimension étudiée dans l'échelle de Duke (santé physique, mentale, sociale, dépression, anxiété, ...), les hommes déclarent toujours avoir une meilleure qualité de vie et une meilleure santé que les femmes. Cette différence s'explique peut-être en partie par une qualité de vie des femmes moins bonne. Cependant des études ont montré une tendance chez les femmes à être plus attentives et sensibles à leur état de santé, avec une déclaration plus décontractée de leur état de santé et de leurs problèmes somatiques sans gravité.¹⁰

La religion et l'importance qui lui est accordée n'interviennent significativement que pour un indicateur étudié : les catholiques chez qui la religion est importante et les musulmans pour qui elle l'est également ont plus fréquemment un score de santé mentale inférieur au 1^{er} décile (dans 14,5 et 11,1% des cas respectivement).

Concernant la fréquence de la tentative de suicide durant l'année précédente, si les faibles effectifs ne permettent pas de valider les conditions de calcul du chi² (effectifs théoriques inférieurs à cinq), on note cependant que les écarts observés évoquent les mêmes facteurs de risque que pour les autres indicateurs : jeune âge, sexe féminin, etc.). Toutefois le test avec la variable sur l'alcool étant validé statistiquement, on note que celle-ci est significativement reliée aux tentatives de suicide, avec un fort taux de tentatives chez les consommateurs chroniques ou dépendants (3,3%).

⁹ cf. Tableau 7

¹⁰ Piau C., Bigot R., Les opinions des femmes et des hommes sont-elles semblables ou différentes ?, Crédoc, *Cahier de recherche* n° 195, janvier 2004.

Tableau 7. Valeurs des indicateurs de santé mentale selon les variables sociobiographiques¹¹ et les usages de substances psychoactives. Nord - Pas-de-Calais. N=1769 (sauf EDC, N=562)

		Tentatives de suicide (12 mois)			Pensées suicidaires (12mois)			EDC (12 mois) N=562			Score santé mentale (<1 ^{er} décile)			Score anxiété (>9 ^e décile)		
		N	%	Chi2	N	%	Chi2	N	%	chi2	N	%	chi2	N	%	chi2
	Total	14	0,8		71	4,0		48	8,5		183	10,4		234	13,3	
Age	15-33 ans	9	1,6		23	3,8		23	11,5		55	9,3		77	13,1	
	34-51 ans	4	0,6	-	29	4,9	NS	20	11,3	**	54	9,3	NS	69	11,9	NS
	52-85 ans	1	0,2		20	3,4		5	2,7		74	12,5		88	15,0	
Sexe	Homme	4	0,9		26	3,1	*	24	9,0	NS	55	6,5	***	84	9,9	***
	Femme	10	1,2	-	45	4,9		24	8,1		128	13,9		150	16,4	
Diplôme	Sans diplôme	3	0,9		15	4,1		2	2,4		54	14,8		72	20,0	
	Inférieur au bac	9	1,2		37	4,7	NS	21	9,2	*	77	9,8	**	98	12,4	***
	Bac ou équivalent	1	0,2	-	10	3,2		13	11,2		32	10,4		31	10,0	
	Sup. au bac	1	0,3		9	3,0		12	11,9		20	6,6		33	11,0	
Revenu	Moins de 900	12	2,1		35	5,8		17	9,4		84	14,1		94	15,9	
	Plus de 900	1	0,1	-	34	3,4	*	30	9,8	*	85	8,7	***	117	12,0	*
	Manquant	1	0,6		3	1,6		1	1,3		15	7,4		24	12,4	
Sentiment par rapport au revenu	« A l'aise »	1	0,4		8	2,7		10	9,1		27	9,1		30	10,2	
	« Ça va »	1	0,2	-	13	1,9	***	10	4,9	*	42	6,0	***	57	8,2	***
	« C'est juste »	3	0,6		19	3,9		13	9,0		60	12,0		77	15,5	
	Y arrive difficilement	9	3,4		31	11,2		15	14,8		55	19,8		70	25,6	
Situation de vie commune	Couple avec enfant	1	0,2		13	2,6		15	8,6		40	7,8		57	11,1	
	Couple sans enfant	1	0,1	-	14	2,5	***	7	4,0	*	56	9,7	*	83	14,3	NS
	Célibataire sans enfant	10	2,0		34	6,9		20	13,2		66	13,6		72	14,9	
	Célibataire avec enfant	3	1,5		10	5,2		6	10,6		21	11,1		24	12,3	
Situation socio-professionnelle	En emploi	1	0,2		31	3,6		27	10,7		66	7,7		107	12,6	
	Elèves et étudiants	1	3,0		10	4,1		8	13,2		28	14,2		29	14,7	
	Au chômage	6	3,4	-	11	6,7	NS	7	9,6	*	14	8,4	***	20	11,7	**
	Retraité	6	0,2		9	2,6		2	1,8		42	11,9		36	10,5	
	Autres inactifs	0	0		10	5,2		4	5,4		33	17,0		42	21,4	
Religion et importance	Chrétienne +	2	0,5		17	4,9		9	11,0		50	14,5		45	13,2	
	Musulmane +	1	1,3	-	3	7,0	NS	7	5,3	NS	5	11,1	*	5	10,4	NS
	Autre cas	1	0,2		12	2,8		3	11,0		34	7,7		48	11,1	
	Sans religion	11	1,1		39	4,0		29	9,1		95	10,1		136	14,5	
Violence subies	Pas de violence	5	0,3		37	2,6		34	7,1		124	8,5		155	10,8	
	Physique ou sexuelle	9	2,7	-	15	23,9	***	3	13,7	*	16	25,3	***	18	28,8	***
	Psychologique	1	0,8		19	7,2		11	16,6		44	16,9		61	23,6	
Tabac	Non-fumeur ou occasionnel	8	0,7		36	2,9		23	6,0		126	10,1		161	13,0	
	Fumeur quotidien	2	0,6	-	10	4,2	***	9	13,1	**	24	9,7	NS	24	9,9	*
	Moyenne ou forte dépendance	4	1,6		25	9,0		17	14,4		34	12,2		49	17,6	
Alcool	Non-consommateur ou occasionnel	4	0,4		36	3,8		23	7,4		97	10,1		130	13,6	
	Régulier ou ponctuel sans risque	5	0,8	***	21	3,1	***	22	10,9	NS	67	10,2	NS	83	12,8	NS
	A risque chronique ou dépendant	5	3,3		14	9,6		3	5,9		20	13,1		20	13,5	
Cannabis	Risque nul ou léger	1	1		5	7,2		3	13,0		7	9,5		10	14,5	
	Risque modéré ou élevé	4	13	-	7	23,8	-	2	19,8	NS	7	22,3	NS	6	21,3	NS
	Non-fumeurs	10	1		59	3,5		43	8,1		170	10,2		217	13,1	

Source : Inpes Baromètre Santé 2010. Traitement : F2RSM.

Chi2. NS : non significatif entre hommes et femmes. *** significatif à $p < 0,001$ - ** $p < 0,01$ - * $p < 0,05$.

La situation socioprofessionnelle est significativement reliée avec les scores de santé mentale et d'anxiété, ainsi qu'avec l'EDC, une santé mentale défavorable et des épisodes de dépression chez les jeunes et une anxiété

¹¹ Voir partie « Construction des variables, p 5 ».

accrue chez les femmes au foyer. La situation de vie commune de l'interrogé est une variable qui influence trois indicateurs dont une très significativement (pensées suicidaires) avec des situations défavorables chez les célibataires, notamment les personnes âgées vivant seules et les personnes qui élèvent sans conjoint au moins un enfant mineur.

Les antécédents de violences physiques entraînent très souvent des pensées suicidaires

Comme nous l'avons vu précédemment, 4,0% des personnes interrogées déclarent avoir eu des pensées suicidaires et 0,8% avoir tenté de se suicider durant les 12 derniers mois.

Dans l'**analyse bivariée** (cf. Tableau 7), les facteurs très significativement reliés aux pensées suicidaires sont le sentiment par rapport à sa situation financière, la situation de vie commune, les violences subies au cours des 12 derniers mois, le tabagisme et la consommation d'alcool avec signes ou risque de dépendance ; une différence significative est également relevée selon le revenu et le sexe.

Les personnes qui se sentent en difficulté économique sont plus nombreuses à être traversées par des pensées suicidaires (11,2%), ainsi que les personnes qui ont subi des violences physiques dont sexuelles au cours de l'année (23,9%) et les célibataires sans enfants (6,9%). Les consommations excessives de tabac et d'alcool apparaissent comme co-occurentes avec les pensées suicidaires (9,0% chez les fumeurs avec signes de moyenne ou forte dépendance et 9,6% chez les consommateurs d'alcool à risque chronique ou dépendant). Enfin on relève les personnes sous le seuil de 900 € (5,8%), les célibataires avec au moins un enfant de moins de 18 ans au foyer (5,2%) et les femmes (4,9%).

Tableau 8. Résultats de la régression logistique sur les pensées suicidaires (N=1769)

	Modalités	Chi2	OR	IC à 95%
Sexe	Hommes (réf.)		1	
	Femme	*	1,9	1,1 - 3,2
Age	15-20 ans	NS	0,6	0,2 - 1,8
	21-39 ans	NS	0,9	0,4 - 2,1
	40-59 ans	NS	2,0	0,9 - 4,4
	60 ans et + (réf.)		1	
Sentiment par rapport au revenu	A l'aise ou « ça va » (réf.)		1	
	« Y arrive difficilement »	***	3,2	1,7 - 5,9
	« C'est juste »	NS	1,4	0,8 - 2,8
Situation de vie commune	Couples avec ou sans enfant (réf.)		1	
	Célibataires sans enfant	**	2,4	1,4 - 4,1
	Célibataires avec enfant(s)	NS	2,0	0,9 - 4,4
Violence(s) subie(s)	Pas de violence (réf.)		1	
	Physiques dont sexuelles	***	10,4	5,0 - 21,4
	Psychologiques	**	2,3	1,3 - 4,2
Tabac	Non-fumeurs ou occasionnel (réf.)		1	
	Fumeurs quotidien	NS	1,3	0,6 - 2,7
	Moyenne ou forte dépendance	**	2,3	1,3 - 4,2

Source : Inpes Baromètre Santé 2010. Traitement : F2RSM. OR= odds ratio ; IC= Intervalle de confiance de Wald à 95 %.

La **régression logistique** (cf. Tableau 8) confirme les résultats de l'analyse bivariée pour cinq des sept variables d'influence mises en évidence dans l'analyse bivariée. Avec un OR de 10,4, les violences physiques dont sexuelles subies apparaissent comme le plus puissant facteur associé aux pensées suicidaires ; on retrouve par ailleurs comme autres facteurs de risque le sentiment de difficultés financières (OR=3,2) par rapport à une personne qui ne se sent pas en difficulté (« à l'aise », « ça va »), le fait d'être célibataire sans enfant (avec un odds ratio de 2,4 par rapport aux couples avec ou sans enfant), «toutes choses égales par ailleurs». Dans une

moindre mesure, les femmes ont un risque plus élevé d'avoir des pensées suicidaires par rapport aux hommes (OR=1,9) et les fumeurs avec une dépendance moyenne ou forte (OR=2,3).

Les diplômés du supérieur connaissent plus d'épisodes dépressifs

L'analyse bivariée des facteurs liés à l'EDC (cf. Tableau 7), rencontré chez un peu plus d'une personne sur dix dans l'échantillon régional (11,6%), révèle des différences très significatives selon le sentiment par rapport à sa situation financière et les violences subies ; des différences également significatives selon l'âge, le revenu, la situation de vie commune, la situation socio-professionnelle et le tabagisme peuvent être observées. On remarque que l'EDC ne diffère pas significativement selon le sexe ; par ailleurs il touche davantage les personnes qui se sentent en difficultés économique (24,3%), les victimes de violences physiques dont sexuelles (33,8%) les victimes de violences psychologiques (25,5%), les 15-33 ans (16,7%), les célibataires sans enfant (17,6%), les élèves ou étudiants (17,1%). Le tabagisme apparaît co-occurent : 17,5% des fumeurs présentant une moyenne ou forte dépendance déclarent avoir connu un EDC.

Tableau 9. Résultats de la régression logistique sur l'épisode dépressif caractérisé (N=562)

	Modalités	Chi2	OR	IC à 95%
Sexe	Hommes (réf.)		1	
	Femmes	NS	1,6	0,9 - 2,8
Age	15-33 ans	**	3,2	1,4 - 7,0
	34-51 ans	*	2,4	1,1 - 5,6
	52-85 ans (réf.)		1	
Diplôme	Supérieur au bac	***	6,1	2,1 - 18,0
	Bac ou équivalent	*	3,8	1,3 - 10,6
	Inférieur au bac	***	5,7	2,1 - 15,2
	Sans diplôme (réf.)		1	
Sentiment par rapport au revenu	A l'aise ou « ça va » (réf.)		1	
	« Y arrive difficilement »	***	4,5	2,3 - 8,7
	« C'est juste »	NS	1,6	0,8 - 3,2
Situation de vie commune	Couple avec ou sans enfant (réf.)		1	
	Célibataire sans enfant	*	2,0	1,1 - 3,6
	Célibataire avec enfant(s)	NS	1,2	0,5 - 2,9
Violence(s) subie(s)	Pas de violence (réf.)		1	
	Physiques ou/et sexuelles	*	3,7	1,3 - 10,4
	Psychologiques	***	3,1	1,6 - 5,9

Source : Inpes Baromètre Santé 2010. Traitement : F2RSM.
OR = odds ratio ; IC = Intervalle de confiance de Wald à 95 %.

Contrairement à ce qui peut être observé pour les autres indicateurs de santé mentale, la **modélisation logistique** fait ressortir que l'absence de diplôme est un facteur de protection, ce qui constitue un résultat divergent par rapport à ceux obtenus dans d'autres études [8] ; un diplômé du supérieur a six fois plus de chance qu'un non diplômé de vivre un EDC, un titulaire d'un diplôme inférieur au bac a environ cinq fois plus de chances (OR=5,7) et un diplômé du bac presque quatre fois plus (OR=3,8) .

Avoir subi des violences physiques dont sexuelles constitue un risque de vivre un EDC 3,7 fois supérieur aux personnes qui n'en ont pas subies ; pour les violences psychologiques le risque est trois fois supérieur. Enfin, l'âge est retenu dans le modèle comme l'un des principaux facteurs associés à l'EDC. Alors que les personnes de plus de 50 ans sont les plus épargnées, celles de 15 à 33 ans présentent un risque trois fois supérieur et celles de 34 à 51 ans un risque 2,4 fois supérieur, «toutes choses égales par ailleurs». Dans une moindre mesure, nous pouvons relever que les célibataires sans enfant sont plus exposés, avec 2 fois plus de chance de vivre un EDC que les couples, avec ou sans enfant (OR=2,0).

Les violences physiques sont également associées à de plus bas scores de santé mentale

L'analyse bivariée des facteurs reliés à un score de santé mentale bas¹² révèle des différences très significatives ($p < 0,001$) selon le sexe, le revenu, le sentiment par rapport à sa situation financière et les violences subies, et des différences un peu moins significative ($p < 0,05$) selon le diplôme, la situation de vie commune, la situation socio-professionnelle et la religion (cf. tableau 7). Les femmes se déclarent plus souvent que les hommes en mauvaise santé mentale (13,9%), de même que les personnes dont le revenu mensuel est inférieur au seuil de 900 € (14,1%), celles qui se sentent en grandes difficultés financières (19,8%) et les victimes de violences (25,3% physiques dont sexuelles, 16,9% psychologiques).

Tableau 10. Résultats de la régression logistique sur le faible score de santé mentale. Nord - Pas-de-Calais (N=1769).

	Modalités	Chi2	OR	IC à 95 %
Sexe	Hommes (réf.)		1	
	Femmes	***	1,9	1,4 - 2,7
Age	15-33	NS	0,7	0,4 - 1,1
	34-51 (réf.)		1	
	52-85	NS	1,3	0,8 - 2,1
Situation professionnelle	En emploi (réf.)		1	
	Au chômage	NS	0,9	0,5 - 1,6
	Autres inactifs	*	1,8	1,1 - 2,9
	Elèves et Etudiants	**	2,6	1,5 - 4,7
Sentiment par rapport au revenu	A l'aise ou « ça va »		1	
	« Y arrive difficilement »	***	3,1	2,1 - 4,5
	« C'est juste »	**	1,7	1,2 - 2,5
	Autres cas (réf.)		1	
Religion	Chrétienne +	**	1,9	1,2 - 2,9
	Musulmane +	NS	1,5	0,6 - 3,9
	Sans religion	NS	1,3	0,9 - 2,0
Violence(s) subie(s)	Pas de violence (réf.)		1	
	Physiques dont sexuelles	***	4,0	2,1 - 7,5
	Psychologiques	***	2,1	1,5 - 3,1

Source : Inpes Baromètre Santé 2010. Traitement : F2RSM
OR = odds ratio ; IC = Intervalle de confiance de Wald à 95 %.

Dans l'approche par **régression logistique** (cf. Tableau 10), les violences subies au cours de l'année et le sentiment par rapport au revenu apparaissent encore une fois comme les facteurs les plus associés aux indicateurs. Une personne remplissant toutes les caractéristiques de référence mais qui a subi des violences physiques dont sexuelles au cours de l'année a quatre fois plus de chances d'avoir une santé mentale fragile qu'une personne qui n'en a pas subies (OR=4,0) ; elle en a environ deux fois plus si les violences sont d'ordre psychologique (OR=2,1). Le fait de se sentir en difficulté financière constitue un risque trois fois plus élevé par rapport aux situations contraires, «toutes choses égales par ailleurs». Dans une moindre mesure sentir que « c'est juste » financièrement, est une situation à risque (OR=1,7).

¹²Nous avons défini qu'un score d'anxiété était élevé en dessous de 50 points, score obtenu par le premier décile des répondants dans l'échantillon national, c'est-à-dire les 10% qui se perçoivent le plus en moins bonne santé mentale.

Toutes choses égales par ailleurs, les élèves et étudiants ont presque trois fois plus de chance de connaître un mauvais score de santé mentale comparé aux employés (OR=2,6) ; les situations d'inactivité professionnelle, principalement représentées par des femmes au foyer, sont aussi des situations à risque (OR=1,7).

Une anxiété liée à la précarité, aux violences et plus rencontrée chez les femmes

L'**analyse bivariée** des facteurs associés à un score d'anxiété élevé¹³, présenté par 13,3% de l'échantillon régional, révèle des différences très significatives selon le sexe, le diplôme, le sentiment par rapport à sa situation financière et les violences subies au cours de l'année (cf. tableau 7) ; des différences significatives selon le revenu et la situation socio-professionnelle peuvent également être relevées. Une anxiété plus importante est perçue par les femmes (15,0%), les non diplômés (20,0%), les personnes qui se sentent en difficulté financière (25,6%), les personnes qui ont subi des violences physiques dont sexuelles au cours de l'année (28,8%) et celles qui ont subi des violences psychologiques (23,6%). Dans une moindre mesure, l'anxiété touche davantage la catégorie des « autres inactifs » (21,4%) et les personnes sous le seuil de 900 € (15,9 %).

La **régression logistique** (cf. tableau Tableau 11) confirme que les violences au cours de l'année et se sentir en difficulté financière sont des facteurs fortement associés à l'apparition de symptômes anxieux. Une personne remplissant les caractéristiques de la situation de référence mais qui a subi des violences physiques au cours de l'année a près de trois fois plus de risques d'avoir des symptômes anxieux (OR=2,9), pour les violences psychologiques l'OR est de 2,5.

Tableau 11. Résultats de la régression logistique sur le fort score d'anxiété. Nord - Pas-de-Calais (N=1769).

	Modalités	Chi2	OR	IC à 95%
Sexe	Hommes (réf.)		1	
	Femmes	***	1,7	1,3 - 2,2
Diplôme	Niveau bac et bac + (réf.)		1	
	Inférieur au bac	NS	1,1	0,8 - 1,6
	Sans diplôme	***	2,0	1,4 - 2,9
Sentiment par rapport au revenu	A l'aise ou ça va (réf.)		1	
	Y arrive difficilement	***	2,9	2,1 - 4,1
	C'est juste	**	1,7	1,2 - 2,3
Violence(s) subie(s)	Pas de violence (réf.)		1	
	Physique ou sexuelle	***	3,1	1,8 - 5,5
	Psychologique	***	2,5	1,8 - 3,4

Source : Inpes Baromètre Santé 2010. Traitement : F2RSM
OR = odds ratio - IC = intervalle de confiance de Wald à 95 %.

De même une personne qui se sent en difficulté financière aura environ trois fois plus de chance d'être anxieux qu'une personne qui ne se sent pas en difficulté, «toutes choses égales par ailleurs» (OR=2,9). Etre diplômé du supérieur est un facteur protecteur : un non diplômé a deux fois plus de chance d'être anxieux, «toutes choses égales par ailleurs» (OR=2,0). Les femmes sont dans des situations à risque par rapport aux hommes, puisqu'elles ont 1,7 fois plus de chance de connaître des situations d'anxiété, «toutes choses égales par ailleurs».

¹³ Rappelons que nous avons défini qu'un score d'anxiété était élevé au-dessus de 50 points, valeur du 9^e décile des répondants au niveau national, c'est-à-dire les 10% qui se perçoivent le plus anxieux.

Synthèse des facteurs reliés aux troubles étudiés

Le tableau ci-dessous propose de reprendre les facteurs associés aux valeurs défavorables des indicateurs étudiés exposés dans le tableau 7, pour les analyses bivariées, et dans les tableaux 8 à 11, pour les régressions logistiques. Cette dernière n'ayant pu être réalisée pour les tentatives de suicide, faute d'effectif suffisant dans l'échantillon régional, neuf liens étaient susceptibles de s'exprimer significativement.

L'insuffisance perçue de revenus et les antécédents de violences subies apparaissent comme les facteurs les plus explicatifs de la mauvaise santé psychique ; connaître ces situations est à l'origine de souffrances (dépression, anxiété) de pensées suicidaires et induire un mauvais score de santé mentale. Seule la tentative de suicide n'est pas reliée à ces facteurs de risque, mais pour des raisons d'effectifs insuffisants.

On retrouve chez les femmes, plus suicidaires et anxieuses que les hommes, un plus mauvais score de santé mentale qu'eux ; l'hypothèse d'une liaison entre genre et violences subies n'est pas validée par l'enquête : la part des hommes et des femmes en ayant subies est équivalente, quelle que soit leur nature (physiques/sexuelles et psychologiques). La solitude, définie comme une vie sans conjoint ni enfant, est le 3^e facteur de risque de mauvaise santé psychique retrouvé ; elle joue défavorablement sur les pensées suicidaires, la dépression et sur la santé mentale perçue (mais uniquement par analyse bivariée, et non dans la modélisation logistique).

Le niveau de diplôme ne joue pas toujours le rôle attendu dans la variation des indicateurs étudiés ; l'absence de diplôme est fortement reliée au fort score d'anxiété, mais –inversement- il semble être un facteur de protection de la dépression. Un odds ratio supérieur à 6 a pu être calculé chez les diplômés du supérieur par rapport au groupe des non diplômés.

Concernant la situation socio-économique, des variations significatives sont retrouvées pour le score de santé mentale, la dépression et l'anxiété (mais uniquement dans l'analyse et non dans la régression logistique pour ces deux dernières variables). La situation défavorable des élèves – étudiants, qui occupent toujours un des deux plus mauvais rangs dans les cinq groupes étudiés¹⁴ ; ce sont eux par exemple qui déclarent le plus souvent un EDC. Par rapport à des personnes à l'emploi, ils présentent un surrisque de mauvaise santé mentale élevé (OR=2,6).

Parmi les facteurs addictifs, c'est la dépendance tabagique qui présente le plus souvent une occurrence significativement reliée ; elle l'est aux pensées suicidaires (analyse bivariée et régression logistique concordent), à la dépression et à l'anxiété (lien uniquement retrouvé par l'analyse bivariée). La dépendance alcoolique est, quant à elle, la seule variable reliée à un taux significativement supérieur de tentative de suicide (les autres liens n'ayant pu être étudiés à partir de l'échantillon régional faute d'effectifs suffisants).

¹⁴ En emploi, élèves – étudiants, au chômage, retraités et autres inactifs.

Tableau 12. Récapitulatif des facteurs reliés (analyse bivariée et régression logistique) aux mauvais indices de santé mentale.

	Tentatives de suicide	Pensées suicidaires (12mois)		EDC (12 mois)		Score santé mentale (<1 ^{er} décile)		Score anxiété (>9 ^e décile)		Liens retrouvés (N)
	AB	AB	Rég	AB	Rég	AB	Rég	AB	Rég	
Age	-	NS		**	** (15-33) ** (34-51)	NS		NS		3
Sexe féminin	-	*	*	NS		***	***	***	***	6
Diplôme	-	NS		NS	*** (> bac) *(bac) *** (< bac)	**		***	*** (sans diplôme)	4
Revenu	-	*	-	NS	-	***	-	*	-	3
Sentiment par rapport au revenu	-	***	*** (difficultés)	***	*** (difficultés)	***	(difficultés) ** (c'est juste)	***	(difficultés) ** (c'est juste)	8
Situation	-	***	** (célibat. sans enfant)	*	* (célibat. sans enfant)	*		NS		5
Situation socio-professionnelle	-	NS		*		***	** (élèves, étudiants) * (autres inactifs)	**		4
Religion et importance	-	NS		NS		*	** (chrétiens +)	NS		2
Violence subies	-	***	** (psycho) *** (physiques)	***	*** (psycho) * (physiques)	***	*** (psycho) *** (physiques)	***	*** (psycho) *** (physiques)	8
Dépendance tabac	-	***	**	*		NS		*		4
Dépendance alcool	**	***		NS		NS		NS		2
Dépendance cannabis	-	-		-		NS		NS		0

Source : Inpes Baromètre Santé 2010. Traitement : F2RSM.
AB = analyse bivariée - Rég = régression logistique

Le montant des revenus, comme nous l'avons écrit plus haut, est certes influent ; quand il est faible, les pensées suicidaires sont plus fréquentes et les scores de santé mentale et d'anxiété sont plus mauvais, mais les régressions logistiques ne retrouvent pas d'influence pour cette variable. Plus que la situation objective des ressources, tout se passe donc comme si c'était la perception que l'on en a qui contribue aux souffrances psychiques. Les difficultés perçues jouent donc plus que la position par rapport à un seuil de revenu¹⁵.

¹⁵ Ces deux variables ne sont pas pour autant indépendantes ; ainsi par exemple il y a trois fois plus de personnes vivant avec moins de 900€ par unité de consommation qui « y arrivent difficilement » que les autres, qui disposent d'au moins 900€ (28 vs 9%). Chi2 significatif à p<0,001.

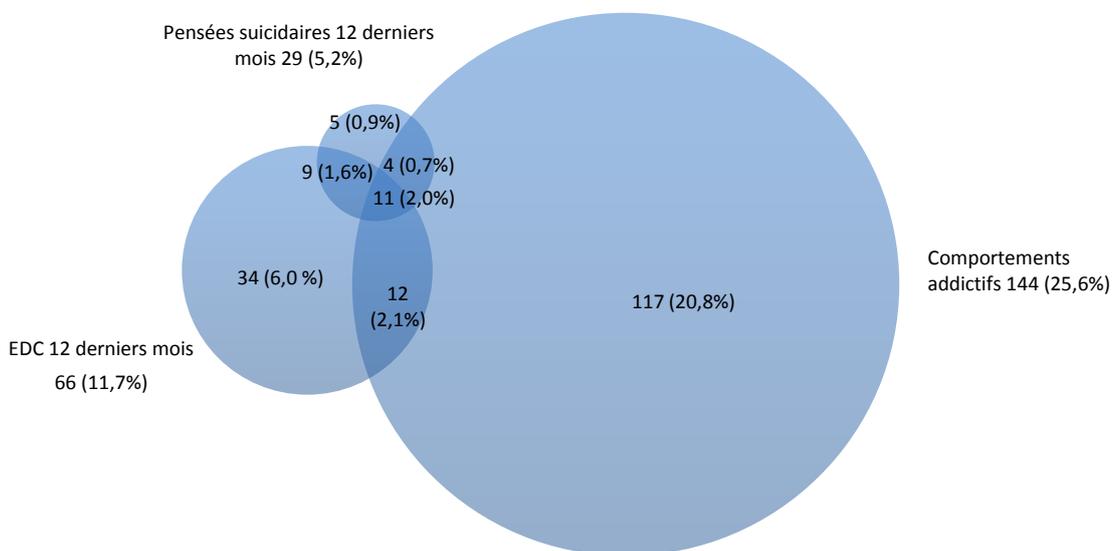
Comorbidités et recours aux médicaments psychotropes

Dans ce chapitre, l'analyse porte sur les liens entre les troubles décrits plus haut, les comportements addictifs et le recours aux médicaments.

Pensées suicidaires, EDC et comportements addictifs

Nous avons étudié la répartition entre les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois de l'enquête, les troubles dépressifs caractérisés sur la même période et les comportements addictifs (alcool à risque chronique ou dépendant, tabac avec signes de dépendance moyenne ou sévère, cannabis à risque moyen ou élevé). 27,8% (n=156) du sous échantillon a présenté au moins un de ces troubles, 4,4% a présenté deux troubles (n=25) et 2,0% a présenté les trois troubles (n=11).

Figure 5. Répartition des personnes présentant un EDC, des comportements addictifs ou suicidaires. En % (N=562).



Des études ont montré un lien étroit entre suicide et manifestation de troubles psychiatriques ; dans 90% des cas de suicide, un trouble serait mis en évidence, principalement les épisodes dépressifs caractérisés et les troubles bipolaires (60% des cas) [11]. Dans notre étude on relève que 20 des 29 personnes qui ont été traversées par des idées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête ont également connu un EDC sur cette période. Parmi ces personnes qui ont eu des pensées morbides associés à des périodes de dépression caractérisée, cinq personnes sont passées à l'acte en tentant de se suicider. D'autre part, 30,3% des personnes qui ont connu un épisode dépressif ont également été traversées par des pensées suicidaires durant les 12 mois.

Connaître ce type de pensées, vivre des périodes de troubles dépressifs et anxieux (EDC) et, de surcroît, avoir une consommation psychoactive abusive, constituent des facteurs de risque suicidaire très élevé. Parmi les personnes suicidaires durant l'année, 37,9 % (N=11) avaient également connu un EDC sur cette période et présentaient les signes d'une addiction moyenne ou sévère à l'alcool, au tabac ou au cannabis. Quatre d'entre elles ont effectivement tenté de se suicider au cours de l'année (sur six tentatives).

Recours aux médicaments psychotropes et troubles psychiques

13,9% des personnes enquêtées déclarent avoir consommé au moins un médicament psychotrope (hypnotique, antidépresseur, neuroleptique ou thymorégulateur) au cours des 12 mois précédant l'enquête. Cette consommation concerne deux fois plus de femmes que d'hommes (18,5% vs 8,7%).

4. Evolution des indicateurs de santé mentale depuis 2005

L'évolution de la morbidité a été étudiée par comparaison des résultats des baromètres santé 2005 et 2010 ; le changement de méthodologie opéré par l'Inpes entre les deux volets de l'enquête n'a permis cette étude que chez les abonnés à un téléphone fixe.

Tableau 13. Evolution des indicateurs de santé mentale¹⁶ entre 2005 et 2010. Nord - Pas-de-Calais.

Indicateurs	Sexe	2005		2010		Chi2
		N	%	N	%	
Tentatives de suicide dernière année	Hommes	6	0,7	2	0,3	NS
	Femmes	13	1,4	8	1,0	NS
	Ensemble	19	1,1	10	0,7	NS
EDC moyen ou sévère	Hommes	28	4,6	13	6,0	*
	Femmes	64	10,7	19	8,1	***
	Ensemble	92	7,8	32	7,1	***
Score de santé mentale <50	Hommes	32	5,6	39	5,5	NS
	Femmes	102	16,8	101	14,2	NS
	Ensemble	133	11,4	140	9,9	*
Score d'anxiété >50	Hommes	77	13,7	67	9,5	NS
	Femmes	108	18,1	115	16,3	*
	Ensemble	185	16,0	182	12,2	*

Source : Inpes, Baromètre Santé 2010. Traitement : F2RSM.
Chi2. NS : non significatif. *** significatif à $p < 0,001$ - ** $p < 0,01$ - * $p < 0,05$.

L'épisode dépressif caractérisé est en hausse chez les hommes entre 2005 et 2010, mais en baisse chez les femmes et pour l'ensemble des deux sexes. A cette exception près, la morbidité a tendance à diminuer en cinq ans dans le Nord - Pas-de-Calais. C'est le cas pour l'EDC à retentissement moyen et sévère, la mauvaise santé mentale déclarée et, surtout, du score d'anxiété. La part des personnes déclarant avoir tenté de se suicider dans l'année diminue elle aussi, sans que la différence soit significative entre les taux de 2005 et de 2010. Cette évolution, globalement favorable dans la région, s'inscrit dans un contexte de stabilité des mêmes indicateurs au niveau national [4]. On ne retrouve pas dans les résultats du *Baromètre santé* les effets délétères de la crise économique mondiale débutant en 2008, alors même que les indicateurs socio-économiques se dégradent [23].

¹⁶ Il n'est pas possible de comparer les pensées suicidaires sur les deux éditions de l'enquête, dans la mesure où en 2005 la question a été posée sans limites de temps tandis qu'en 2010 la question a été posée pour les 12 mois précédant l'enquête.

5. Nord - Pas-de-Calais et reste de la France

Les résultats enregistrés pour six indicateurs de santé mentale dans le Nord - Pas-de-Calais en 2010 sont ici comparés à ceux du reste de la France métropolitaine¹⁷.

Tableau 14. Tableau récapitulatif des indicateurs de santé mentale pour la Nord - Pas-de-Calais (N=1 769 sauf N=562 pour EDC) et le reste de la France (N=27 653 sauf N=8 782 pour EDC).

Indicateurs	Modalité		Nord - Pas-de-Calais	Reste de la France	Chi2	Rang sur 22 régions
Pensées suicidaires	Oui	Hommes	3,1%	3,4%	NS	12 ^e
		Femmes	4,9%	4,5%	NS	10 ^e
		Ensemble	4,0%	4,0%	NS	13 ^e
Tentatives de suicide	Oui	Hommes	0,5%	0,3%	-	7 ^e
		Femmes	1,1%	0,6%	NS	5 ^e
		Ensemble	0,8%	0,5%	*	6 ^e
Passage à l'acte des suicidaires	Oui	Hommes	9,2%	16,0%	-	-
		Femmes	14,7%	22,6%	NS	-
		Ensemble	12,5%	20,2%	*	-
EDC 12 derniers mois	Oui	Hommes	9,0%	5,0%	***	1 ^{er}
		Femmes	8,1%	9,7%	NS	17 ^e
		Ensemble	8,5%	7,4%	NS	6 ^e
Score de santé mentale	Moyenne	Hommes	78,4	79,5	NS	4 ^e
		Femmes	70,1	71,3	*	8 ^e
		Ensemble	73,7	74,7	**	6 ^e
Score d'anxiété	Moyenne	Hommes	28,2	26,6	*	3 ^e
		Femmes	34,3	33,3	**	4 ^e
		Ensemble	31,4	30,1	***	2 ^e

Source : Inpes, Baromètre Santé 2010. Traitement : F2RSM. Chi2. NS : non significatif. *** significatif à $p < 0,001$ - ** $p < 0,01$ - * $p < 0,05$.

La fréquence des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête n'apparaît pas significativement distincte dans le Nord - Pas-de-Calais par rapport au reste de la France ; elles concernent 4,0% des populations enquêtées dans les deux cas. Si les taux de tentatives de suicide sont toujours supérieurs dans le Nord - Pas-de-Calais, cette différence n'est statistiquement significative que pour l'ensemble de l'échantillon ; 0,8% des personnes interrogées dans la région sont concernées contre 0,5% dans le reste de la France. Le Nord - Pas-de-Calais s'inscrit au 6^e rang des 22 régions de France pour la tentative de suicide.

Pour les épisodes dépressifs caractérisés masculins, le Nord - Pas-de-Calais connaît le 1^{er} rang des régions françaises, avec près d'un homme touché sur dix contre un sur 20 dans les autres régions (9,0% vs 5,0%) ; rappelons que les hommes du Nord - Pas-de-Calais, moins touchés que les femmes, ont le plus souvent vécu des EDC moyens ou sévères (69,3 % des hommes qui ont vécu un EDC).

Les scores d'anxiété moyens des hommes, des femmes et de l'ensemble de la population dans le Nord - Pas-de-Calais sont significativement supérieurs aux moyennes du reste de la France. Ce trouble est l'indicateur de santé mentale qui s'écarte le plus des données sur le reste de la France, le Nord - Pas-de-Calais présente le 2^e score le plus élevé dans l'ensemble, le 3^e chez les hommes et le 4^e chez les femmes.

En conclusion, le Nord - Pas-de-Calais présente une fréquence de tentative de suicide supérieure à celle enregistrée dans le reste de la France, un score de santé mentale plus faible, un score d'anxiété plus élevé et, surtout, beaucoup plus d'hommes ayant connu une dépression¹⁸.

¹⁷Une comparaison plus systématique des indicateurs régionaux de santé mentale est proposée dans un document à paraître en 2012, publié par la F2RSM [20].

6. Discussion et conclusions

Le *Baromètre santé* constitue une source d'information sur la morbidité psychiatrique en population générale rare et utile ; rare car, avec l'enquête *Santé mentale en population générale*, elle est la seule à décrire des comportements dans des échantillons représentatifs de la population vivant en France, et utile, car elle est la seule de cette portée et de cette périodicité. Dans le champ de la santé mentale, on dispose avec cette enquête quinquennale d'un corpus d'informations sur des comportements déclarés (pensées ou comportements suicidaires, consommations de substances psychoactives ...) et des mesures de l'anxiété, de la dépression et de la santé mentale, à partir d'échelles validées en santé publique (scores de Duke) ou cliniquement (CidiSF). Ces échelles standardisées sont établies à partir de questions posées par téléphone par des intervenants non spécialisés.

Des limites sont également à souligner :

- les groupes en difficulté (malades, SDF ...) sont mal représentés dans les enquêtes téléphoniques ;
- l'absence de professionnel limite la possibilité diagnostique ;
- les enquêtes déclaratives présentent des biais connus. Les comportements socialement répréhensibles (ne pas être facile à vivre, consommer des substances illicites ou abusivement de l'alcool, ...) peuvent être sous-déclarés, les questions embarrassantes éludées ; à l'inverse, une sur-déclaration peut intervenir chez des personnes cherchant à se valoriser aux yeux de l'enquêteur par des réponses supposément valorisantes ;
- la mesure de la dépression varie, même quand outil et méthodes (enquête téléphonique, CidiSF, population de 15-75 ans ...) sont identiques ; ainsi par exemple l'EDC durant l'année écoulée était-il beaucoup plus retrouvé dans le Baromètre santé 2005 que dans l'enquête Anadep, menée à 10 mois d'intervalle (7,8% dans la première enquête, 5,0% dans la seconde) [22]. A fortiori la mesure varie si les instruments ou la période de référence sont différents ; Bellamy, dans son article consacré aux premiers résultats de l'enquête SMPG, retrouve une prévalence d'épisode dépressif mesuré à l'aide du *Mini international neuropsychiatric interview* (Mini) sur les deux dernières semaines de 11% ; elle rapporte des taux retrouvés dans d'autres enquêtes : 5,8% sur 12 mois (Esemed, 2000-2002, Cidi, face-à-face) ; 11,9% sur le mois écoulé (SPS, 1996-1997, Mini, à domicile) ; 9,1% sur six mois (DEPRES, 1995, Mini, à domicile) [5].

Ces enquêtes en population générale seraient plus à même de définir les facteurs de risques (en comparant moyennes et fréquences des groupes par analyse bi ou multivariée) que de mesurer le risque avec précision.

Ces limites posées, quelles conclusions retenir de l'exploitation du Baromètre santé 2010 sur la santé mentale des habitants du Nord - Pas-de-Calais ?

La première d'entre elles est qu'une grande majorité d'entre eux vont très bien ; la tentative de suicide concerne moins d'une personne sur 100, les pensées suicidaires moins d'une sur 20, alors que près de neuf personnes sur dix n'ont pas connu d'épisode dépressif caractérisé, ne présentent pas d'anxiété et se déclarent en bonne santé mentale.

Ces moyennes masquent des écarts entre les groupes étudiés ; ainsi, pour tous les indicateurs de santé mentale étudiés, les femmes apparaissent en situation défavorable par rapport aux hommes. Cette donnée est retrouvée dans toutes les études de morbidité psychique : les femmes vivent plus souvent des situations de souffrance psychique, même si elles sont moins nombreuses à se suicider. Dans notre étude, la situation de l'EDC est particulièrement marquante à cet égard puisqu'il affecte trois fois plus fréquemment les femmes que les hommes. Il convient de souligner le cas particulier des jeunes femmes, qui présentent des taux toujours beaucoup plus élevés qu'aux âges plus élevés, pour la tentative de suicide. Les adolescentes connaissent un

¹⁸ La valeur moyenne n'est pas encadrée par celles des hommes et des femmes, du fait d'une proportion plus élevée d'hommes anxieux dans l'échantillon du Nord - Pas-de-Calais que dans les autres régions.

mal être particulièrement prononcé, qui s'exprime par des épisodes dépressifs, de l'anxiété, un score de santé mentale beaucoup plus faible que celui des garçons de même âge, d'une part, que les femmes aux âges supérieurs, d'autre part. Chez les 12-25 ans du Nord - Pas-de-Calais, en 2005, cette surmorbidity féminine avait été soulignée, mais –alors que les garçons de la région présentaient un taux d'épisode dépressif supérieur à celui enregistré en France entière, la situation était inverse chez les filles (celles du Nord - Pas-de-Calais présentant un taux inférieur à celui calculé dans l'ensemble du pays [9].

Les hommes sont donc moins fréquemment exposés aux troubles étudiés que les femmes, mais une sous-déclaration n'est pas à exclure, la fragilité masculine étant souvent mal perçue (ils sont au contraire invités à être forts et performants). Par contre, lorsqu'ils déclarent un épisode dépressif caractérisé, celui est plus fréquemment sévère (ce qui évoque une déclaration uniquement lorsque le retentissement est indéniable). Comme dans toutes les études, ils consomment par ailleurs plus de substances psychoactives (à l'exception notable des médicaments, plus retrouvés chez les femmes, quel que soit l'âge).

L'EDC est en baisse entre 2005 et 2010, chez les hommes et chez les femmes ; le Nord - Pas-de-Calais apparaît pourtant comme la région connaissant le plus d'hommes dépressifs (1^{er} rang sur 22) ; la mauvaise position régionale concernant la dépression est donc liée à la situation des hommes [20].

La tentative de suicide est l'expression d'une souffrance psychique ; dans un travail mené dans le département du Nord à partir des appels au samu pour ce motif, nous avons montré comment –à l'échelon territorial des secteurs de psychiatrie- le ratio standardisé de morbidité suicidaire était corrélé avec le score de défavorisation des secteurs [19]. Dans le Baromètre santé 2010, 0,8% des personnes interrogées dans le Nord - Pas-de-Calais déclarent avoir tenté de se suicider durant l'année précédant l'enquête ; ce taux est considérablement plus élevé chez les personnes ayant eu des pensées suicidaires (12,5% dans l'échantillon national). Sans que la différence soit significative, ce taux est plus faible que cinq ans auparavant (1,1% en 2005) ; il n'y aurait donc pas d'aggravation.

Sur la vie entière, la prévalence calculée de tentative de suicide s'élève à 5,5% ; ce taux est très inférieur à celui retrouvé dans l'enquête SMPG dans le Nord - Pas-de-Calais entre 2001 et 2008 (9,7%). Cette enquête avait retrouvé un taux régional plus élevé que dans le reste de la France (8,0%) ; ce constat était identique pour le risque suicidaire, présent dans 15% de l'échantillon du Nord - Pas-de-Calais contre 13% dans les autres régions [8]. Alors que les pensées suicidaires sont exprimées par une proportion identique de répondants, qu'ils soient domiciliés dans ou hors de la région, les enquêtes mobilisées sont concordantes pour établir que les tentatives de suicide seraient donc plus fréquentes dans le Nord - Pas-de-Calais qu'ailleurs en France, mais les fréquences obtenues varient presque du simple au double, ce qui justifierait une nouvelle enquête pour affiner ce chiffre.

Cette mauvaise position concerne aussi la prévalence de signes d'anxiété, pour laquelle notre région connaît le 2^e plus haut score, après la Picardie. L'enquête SMPG retrouvait dans le Nord - Pas-de-Calais plus fréquemment d'anxiété généralisée¹⁹ durant les six derniers mois en région qu'en France métropolitaine (24,7% vs 21,6%) [7]. Bien que les mesures soient distinctes, on retrouve dans les deux cas un niveau régional d'anxiété supérieur.

Le Baromètre santé, malgré ses limites, apporte des informations actualisées sur la morbidité psychique ; celle-ci, plus élevée dans le Nord - Pas-de-Calais qu'ailleurs en général, affecte tout particulièrement les jeunes femmes. Elle est pourtant globalement en baisse par rapport à 2005²⁰, alors qu'une crise importante touche notre pays depuis 2008 ; c'est notamment le cas de la tentative de suicide, sans différence significative dans notre région entre 2005 et 2010 cependant, alors qu'elle connaît une évolution inverse en France entière ; commentant cette hausse, Beck et alii évoquent les difficultés d'interprétation. Elle peut, selon eux, être liée à

¹⁹ Code F34.1 du DSM IV.

²⁰ Compte non tenu des titulaires d'un abonnement à un téléphone mobile exclusif.

une augmentation du mal-être de la population ou à une baisse de la létalité des tentatives (moyens utilisés moins violents, amélioration des services de secours ...) [3]

Synthèse des résultats

Indicateur	2010	Evolution / 2005	Situation / reste France
Tentative de suicide	0,8%	NS	+
Pensées suicidaires	3,9%		NS
Episode dépressif caractérisé	8,5%	↘	NS
Moyenne score de santé mentale	73,0		-
Faible score de santé mentale	10,4%	↘	NS
Moyenne score d'anxiété	31,4		+
Fort score d'anxiété	13,3%	↘	NS
Recours à un médicament hypnotique, antidépresseur, neuroleptique ou thymorégulateur	13,9%		NS
Usage régulier de tabac	31,8%		+
Risque chronique ou dépendance / alcool	8,6%		NS
Risque d'abus / cannabis	2,3%		NS

Valeur significativement en baisse (↘), inférieure (-), supérieure (+). NS : valeur non significativement distincte.

Index des figures et tableaux

Figures

Figure 1. Schéma et tableau des critères d'évaluation de l'EDC retenus dans le <i>Cidi-Short-Form</i>	8
Figure 2. Taux de personnes qui ont connu un EDC (12 derniers mois), selon le sexe et l'âge. Nord - Pas-de-Calais. 2010 (N=561).	12
Figure 3. Score de santé mentale selon le sexe et la classe d'âge. Nord - Pas-de-Calais. 2010 (N=1769).	13
Figure 4. Score d'anxiété (Duke) selon le sexe et l'âge, Nord-Pas-de-Calais, 2010 (N=1769).	14
Figure 5. Répartition des personnes présentant un EDC, des comportements addictifs ou suicidaires. En % (N=562).	23
Figure 6. Répartition des personnes présentant un trouble de santé mentale, recourant à des médicaments psychotropes ou ayant eu des pensées suicidaires. En % (N=562).	24

Tableaux

Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon régional Nord - Pas-de-Calais.	9
Tableau 2. Personnes déclarant des pensées suicidaires ou/et tentatives de suicide. Nord - Pas-de-Calais. 2010 (N=1769).	10
Tableau 3. Réponses positives aux items constitutifs de l'EDC (12 derniers mois). Nord - Pas-de-Calais. 2010 (N=561).	11
Tableau 4. Part des réponses positives aux questions constituant le score de santé mentale (Duke). Nord-Pas-de-Calais. 2010 (N=1769).	13
Tableau 5. Score de santé mentale : moyenne par sexe et part des personnes présentant un score inférieur à 50.	13
Tableau 6. Score moyen d'anxiété et part des personnes présentant un score inférieur à 50.	14
Tableau 7. Valeurs des indicateurs de santé mentale selon les variables sociobiographiques et les usages de substances psychoactives. Nord - Pas-de-Calais. N=1769 (sauf EDC, N=562)	16
Tableau 8. Résultats de la régression logistique sur les pensées suicidaires (N=1769)	17
Tableau 9. Résultats de la régression logistique sur l'épisode dépressif caractérisé (N=562)	18
Tableau 10. Résultats de la régression logistique sur le faible score de santé mentale. Nord - Pas-de-Calais (N=1769).	19
Tableau 11. Résultats de la régression logistique sur le fort score d'anxiété. Nord - Pas-de-Calais (N=1769).	20
Tableau 12. Récapitulatif des facteurs reliés (analyse bivariée et régression logistique) aux mauvais indices de santé mentale.	22
Tableau 13. Evolution des indicateurs de santé mentale entre 2005 et 2010. Nord - Pas-de-Calais.	25
Tableau 14. Tableau récapitulatif des indicateurs de santé mentale pour la Nord - Pas-de-Calais (N=1 769 sauf N=562 pour EDC) et le reste de la France (N=27 653 sauf N=8 782 pour EDC).	26
Tableau 15. Part des répondants présentant un comportement d'abus ou d'addiction. Nord - Pas-de-Calais. 2010 (N=1769)	38
Tableau 16. Personnes déclarant être atteintes d'une maladie mentale selon le sexe. Nord - Pas-de-Calais (N=1769).	38
Tableau 17. Part des personnes déclarant avoir connu des insomnies plus de trois fois par semaine et depuis au moins deux mois, et part de celles qui prennent un produit pour aider à dormir (tisane, médicaments, alcool, etc.). Nord - Pas-de-Calais (N=562).	38

Bibliographie

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR®)*. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
2. Batt A., Campeon A., Leguay D., Lecorps P., *Epidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-500-A-20, 2007.
3. Beck F., Guignard R., Du Roscoät E., Saïas T., Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010, *BEH* 47-48 / 13 décembre 2011.
4. Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.-B., *Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé*, Saint-Denis, Inpes, à paraître.
5. Bellamy V., Roelandt JL, Caria A, Troubles mentaux et représentations de la santé mentale. Etudes et résultats, Drees, Octobre 2004 : 347.
6. Chambaretaud S., La consommation de médicaments dans les principaux pays industrialisés, Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité Drees, 2000, 47.
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er047.pdf>
7. Chesnel H. (dir.), *Santé mentale en Nord - Pas-de-Calais : images et réalités*, Drass-Ddass Nord - Pas-de-Calais, septembre 2008.
8. Danel T., Vilain J., Roelandt J. L., Salleron J., Vaiva G., Amariei A., Plancke L., Duhamel A., Risque suicidaire et tentative de suicide en Nord - Pas-de-Calais. Enseignements de l'enquête santé mentale en population générale. *L'encéphale*, 2010 ; N°3, 39-57.
9. Deschamps E., Debuissier S., Fouquet N., *Baromètre santé jeunes. Santé mentale des jeunes dans le Nord - Pas-de-Calais*, Lille, Drass-Ddass Nord - Pas-de-Calais, septembre 2007.
10. Guillemin F., Paul-Dauphin A., Virion J.-M., Bouchet C. et Briançon S. Le profil de santé de Duke : un instrument générique de mesure de qualité de vie liée à la santé. *Santé Publique*. 1997;9(1):35-44
<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp>
11. Isometsä E., Henriksson M., Marttunen M, et al. Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide. *BMJ* 1995 ;310(6991): 1366-7.
12. Lamboy B, Leon C, Guilbert P. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005. *Rev Épidémiol Santé Publique* 2007; 55:222-7.
13. Lecomte T., Paris V., Consommation de pharmacie en Europe, 1992, Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, Paris, Credoc, biblio n°048, décembre 1994.
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1994/rap1048.pdf>
14. Lepine J.P., Gasquet I., Kovess V., Arbabzadeh-Bouchez S., Negre-Pages L., Nachbaur G., Gaudin A.F. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD). *Encéphale* 2005; 31:182-94.
15. Michel G., Aquaviva E., Aubron V., Purper-Ouakil D., Suicides : mieux comprendre, pour prévenir avec plus d'efficacité. Baromètre Santé 2005 / Attitudes et comportements de santé.
http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_suicides.pdf
16. Parkerson G.R., Broadhead W.E., Tse C.K. The Duke Health profile. A 17-item measure of health and dysfunction. *Medical care* 1990; 28(11): 1056-72.
17. Patten S.B. Performance of the Composite International Diagnostic Interview Short Form for major depression in community and clinical samples. *Chronic Diseases in Canada* 1997 ;18(3): 109-12.
18. Piau C., Bigot R., Les opinions des femmes et des hommes sont-elles semblables ou différentes ?, CREDOC, *Cahier de recherche n° 195* janvier 2004.
19. Plancke L., Amariei A., Ducrocq F., Lemanski-Bruhin C., Hadjeb L., Danel T., Goldstein P., Wiel E., Vaiva G. Les tentatives de suicide appréhendées par un Service d'aide médicale d'urgence (Samu). *Annales françaises de médecine d'urgence* 2011 ; 1 : 387-394.
20. Plancke L., Bavdek R. *Les disparités régionales de santé mentale ...*, Lille, F2RSM, 2013 (à paraître).
21. Sapinho D., Chan-Chee C., Briffault X., Guignard R., Beck F., Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale : apports et limites des outils, *BEH* 2008 ; 35-36 / 23 septembre.
22. Shaffer D., Gould M.S., Fisher P., Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry* 1996 ; 53(4): 339-48.
23. Van Gheluwe J.-L., 2008 : La région entre en récession. Bilan socio-économique 2008 du Nord - Pas-de-Calais, Insee, Dossiers de Profils n° 94 - mai 2009
http://www.insee.fr/fr/insee_regions/nord-pas-de-calais/themes/ouvrages/bilan/2008_bilan/2008_01_synthese.pdf

Questions du Baromètre santé 2010 exploitées dans le rapport

Module suicide (N=27 653)

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ?

1 *Oui* - 2 *Non* - 3 *NSP*

Si a pensé au suicide

Était-ce plutôt en rapport avec...

1... *votre situation ou vie professionnelle (si actif)*

2... *votre scolarité (si étudiant)*

3... *votre vie personnelle*

4... *autres choses (préciser)*

5... *[NSP]*

Avez-vous été jusqu'à imaginer comment vous y prendre ?

1 *Oui* - 2 *Non* - 3 *NSP*

En avez-vous parlé à quelqu'un ?

1 *Oui* - 2 *Non* - 3 *NSP*

Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative ?

1 *Oui* - 2 *Non* - 3 *NSP*

Combien de fois cela vous est-il arrivé ?

Cette tentative a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois ?

1 *Oui* - 2 *Non* - 3 *NSP* - 4 *[ne souhaite pas en parler]*

- Si non

Si a fait plusieurs tentatives : « Quel âge aviez-vous lors de cette dernière tentative ? »

Si a fait une seule tentative : « Quel âge aviez-vous lors de cette tentative ? »

- Si oui

1 *Oui* - 2 *Non* - 3 *NSP*

1...*Suite à cette tentative de suicide, êtes-vous allé à l'hôpital ?*

2...*Avez-vous été hospitalisés pendant au moins 1 nuit ? (si oui à l'item 1)*

2...*Avez-vous été suivi par un médecin ou un "psy" après votre tentative de suicide ?*

3...*En avez-vous parlé à une autre personne qu'un médecin ou un "psy" ?*

Parmi ces trois propositions, diriez-vous plutôt que :

1...*Vous étiez vraiment décidé à mourir et c'est seulement par chance que vous avez survécu*

2...*Vous souhaitiez mourir, mais vous saviez que le moyen n'était pas le plus efficace*

3...*Votre tentative de suicide était un appel à l'aide, mais vous n'aviez pas l'intention de mourir*

4... *[NSP]* 5... *[Refus]*

Avez-vous fait cette tentative de suicide...

1 *Oui* - 2 *Non* - 3 *NSP*

[Plusieurs choix possibles]

1... *pour des raisons professionnelles*

2... *pour des raisons sentimentales*

3... *pour des raisons familiales*

4... *pour des raisons de santé*

5... *pour d'autres raisons*

Module santé mentale 1

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti...(en *permanence*, souvent, quelquefois, rarement, jamais, ne sait pas)

1...*très nerveux ?*

2...*si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral ?*

3...*calme et détendu ?*

4...*triste et abattu ?*

5...*heureux*

Diriez-vous que ces différentes sensations étaient en rapport avec ...

1... *votre travail ou situation professionnelle (si actif occupé)*

2... *votre scolarité (si étudiant)*

3... *le chômage (si chômeur)*

3... *votre vie personnelle*

4... *[avec autre chose] 5 [NSP]*

Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (oui, non, nsp)

1...*Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou vos activités habituelles*

2...*Avez-vous fait moins de choses que vous auriez souhaitées*

3...*Avez-vous eu des difficultés à faire vos activités habituelles avec autant de soin que d'habitude*

Module santé mentale 2 (N=8700)

Cidi-SF

Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir ? (oui, non, nsp)

Si oui à la question précédente ou sous antidépresseurs :

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de deux semaines pendant les douze derniers mois où ces sentiments étaient les plus intenses.

Pendant ces deux semaines, ce sentiment d'être triste, déprimé, sans espoir durait généralement :

1 *Toute la journée*

2 *Pratiquement toute la journée*

3 *Environ la moitié de la journée*

4 *Moins de la moitié*

Pendant ces deux semaines, ce sentiment arrivait-il ?

1 *Chaque jour*

2 *Presque chaque jour*

3 *Moins souvent*

Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?

1 *Oui* - 2 *Non*

Pendant ces deux semaines, vous sentiez-vous épuisé(e) ou manquez-vous d'énergie plus que d'habitude ?

1 *Oui* - 2 *Non*

Pendant cette même période, avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir, ou votre poids est-il resté stable ?

1 *Vous avez pris du poids*

2 *Vous avez perdu du poids*

3 *Votre poids n'a pas changé*

Combien avez-vous pris de kilos ?

Combien avez-vous perdu de kilos ?

Pendant ces deux semaines, avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?

1 *Oui* - 2 *Non*

Pendant ces deux semaines, cela arrivait-il :

1 *Chaque nuit*

2 *Presque chaque nuit*

3 *Moins souvent*

Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?

1 *Oui* - 2 *Non*

Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur ou bon à rien. Pendant ces deux semaines, avez-vous ressenti cela ?

1 *Oui* - 2 *Non*

Pendant ces deux semaines, avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit votre mort, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?

1 *Oui* - 2 *Non*

Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines pendant laquelle vous avez perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?

1 *Oui* - 2 *Non*

Si la personne n'a pas vécu de période où elle se sentait triste, déprimé, sans espoir.

Pour répondre aux questions qui suivent, pensez à la période de deux semaines pendant les douze derniers mois où la perte d'intérêt pour tout était la plus intense.

Pendant ces deux semaines, ressentiez-vous cette perte d'intérêt ?

1 *Toute la journée*

2 *Pratiquement toute la journée*

3 *Environ la moitié de la journée*

4 *Moins de la moitié*

Pendant ces deux semaines, ressentiez-vous cette perte d'intérêt ?

1 *Chaque jour*

2 *Presque chaque jour*

3 *Moins souvent*

Toujours pendant ces deux semaines, vous sentiez-vous épuisé(e) ou manquez-vous d'énergie plus que d'habitude ?

1 *Oui* - 2 *Non*

Pendant ces deux semaines, avez-vous pris ou perdu du poids sans le vouloir ?

1 *Vous avez pris du poids*

2 *Vous avez perdu du poids*

3 *Non, votre poids n'a pas changé*

Combien avez-vous pris ou perdu de kilos ?

Pendant ces deux semaines, avez-vous eu plus de difficultés que d'habitude à dormir ?

1 *Oui* - 2 *Non*

Pendant ces deux semaines, cela arrivait-il :

1 *Chaque nuit*

2 *Presque chaque nuit*

3 *Moins souvent*

Toujours pendant ces deux semaines, avez-vous eu beaucoup plus de mal que d'habitude à vous concentrer ?

1 *Oui* - 2 *Non*

Parfois les gens perdent confiance en eux, se sentent sans valeur. Pendant ces deux semaines, avez-vous ressenti cela ?

1 *Oui* - 2 *Non*

Pendant ces deux semaines avez-vous beaucoup pensé à la mort, que ce soit la vôtre, celle de quelqu'un d'autre ou la mort en général ?

1 *Oui* - 2 *Non*

Trouble dépressif majeur, récurrent et chronique

Uniquement pour les personnes ayant connu un épisode dépressif majeur : déprimé (ou AD) toute la journée ou pratiquement et chaque jour ou presque, ou si perte d'intérêt (ou AD) tous les jours ou presque et toute la journée ou presque.

Est-ce que ces problèmes durent encore aujourd'hui ?

1 *Oui* - 2 *Non*

Souffrance psychologique et incapacités associées

Quand vous avez (aviez) ces problèmes, est-ce que vos activités habituelles sont (ont été) perturbées ?

1 *Oui* - 2 *Non*

Dans quelle mesure ?

1 *Beaucoup*

2 *Moyennement*

3 *Un petit peu*

Ces problèmes vous gênent-ils (vous ont-ils gêné) dans vos relations avec les autres ?

1 *Oui* - 2 *Non*

Avez-vous (aviez-vous) cessé de travailler à cause de ces problèmes ?

1 *Oui* - 2 *Non*

Si oui

Combien de jours avez-vous (aviez-vous) cessé de travailler cause de ces problèmes ?

Au cours de douze derniers mois, avez-vous utilisé les services d'un organisme comme un hôpital, une

clinique, un centre, un groupe, une ligne téléphonique, etc., pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ?

1 Oui - 2 Non

...Et pour des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ?

1 Oui - 2 Non

Si oui. Lequel ou lesquels ?

- 1 Un centre médico-psychologique (CMP)
- 2 Les urgences d'un hôpital
- 3 Au moins une nuit dans un hôpital ou une clinique
- 4 Un centre de jour ou un hôpital de jour
- 5 Les services d'un centre de crise
- 6 Un groupe d'entraide
- 7 Une association
- 8 Une ligne téléphonique d'aide ou d'écoute
- 9 Un autre organisme
- 10 Un site Internet
- 11 NSP

Au cours de douze derniers mois, avez-vous consulté un professionnel comme un médecin, psy, thérapeute, infirmière, assistante sociale, religieux, etc., pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement ?

1 Oui - 2 Non

Lequel ou lesquels ?

- 1 Un médecin généraliste ou un médecin de famille
- 2 Un psychiatre

Un pédopsychiatre

Un pédiatre

- 3 Un autre médecin spécialiste
- 4 Un psychologue

Un psychanalyste

Un psychothérapeute

- 5 Un « psy » dont vous ne savez pas s'il est psychiatre, psychologue ou autre psychothérapeute
 - 6 Un(e) infirmier(e)
 - 7 Un kinésithérapeute
 - 8 Un autre professionnel de santé
 - 9 Un travailleur social c'est-à-dire éducateur, assistante sociale...
 - 10 Quelqu'un qui pratique la médecine douce par les plantes, homéopathie, acupuncture ...
 - 11 Quelqu'un qui pratique la médecine traditionnelle telle que guérisseur, rebouteux...
 - 12 Un religieux
 - 13 Un thérapeute non mentionné ci-dessus
- Un coach
14 NSP

Module qualité de vie (N=27 653)

Profil de sante de Duke

Voici maintenant des propositions sur votre santé telle que vous la ressentez. Pour chacune d'entre elles, dites-moi si cela est tout à fait votre cas, à peu près votre cas ou si cela n'est pas votre cas.

- 1... Je me trouve bien comme je suis
- 2...Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre
- 3...Au fond, je suis bien portant (au niveau de la santé et non du poids)
- 4...Je me décourage trop facilement
- 5...J'ai du mal à me concentrer
- 6...Je suis content(e) de ma vie de famille
- 7...Je suis à l'aise avec les autres

Diriez-vous qu'aujourd'hui,... (Pas du tout ; Un peu ; Beaucoup ; [nsp])

- 1... Vous auriez du mal à monter un étage à pied ?
- 2...Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres ?

Diriez-vous qu'au cours des 8 derniers jours... (Pas du tout ; Un peu ; Beaucoup ; [nsp])

- 1... Vous avez eu des problèmes de sommeil ?
- 2...Vous avez eu des douleurs quelque part ?
- 3...Vous avez eu l'impression d'être fatigué(e) ?
- 4...Vous avez été triste ou déprimé(e) ?
- 5...Vous avez été tendu(e) ou nerveux (se) ?
- 6...Vous vous êtes retrouvé(e) avec des gens de votre famille qui n'habitent pas chez vous ou avec des copains en dehors de l'école ? (si <18ans)

7...Vous avez rencontré des gens de votre famille ou des amis au cours de conversations ou de visites ? (ENQ si besoin : cela inclut les conversations téléphoniques avec de la famille ou des amis). (si>17 ans)

8...Vous avez eu des activités de groupe ou de loisir (réunions, activités religieuses, associations, cinéma, sport, soirées)?

Tabac (N=27 653)

Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ? (Cela inclut la chicha et le narguilé)

1 Oui - 2 Non - 3 NSP

Si Fumeur

Fumez-vous... (Oui ; Non ; [NSP])

- 1 du tabac à rouler
- 2 des cigarettes
- 3 des cigarillos
- 4 des cigares
- 5 la pipe
- 6 la chicha ou le narguilé (enq : si la personne ne connaît pas la chicha ou le narguilé, coder NON")

Si non fumeur (ou NSP)

Au cours de votre vie, avez-vous déjà essayé de fumer ?

1 Oui - 2 Non - 3 NSP

Si Non Fumeur (ou NSP)

Si a déjà essayé de fumer ou nsp

Avez-vous fumé...

- 1... juste une ou deux fois pour essayer ?
- 2... occasionnellement ?
- 3... quotidiennement mais pendant moins de 6 mois ?
- 4... quotidiennement pendant au moins six mois ?
- 5 [Ne se souvient pas]

Si Non Fumeur (ou NSP)

Si a déjà essayé de fumer (ou nsp) occasionnellement ou quotidiennement hors nsp

Fumiez-vous... (Oui ; Non ; [NSP])

- 1 du tabac à rouler
- 2 des cigarettes
- 3 des cigarillos
- 4 des cigares
- 5 la pipe
- 6 la chicha ou le narguilé (enq : si la personne ne connaît pas la chicha ou le narguilé, coder NON")

-Si Fumeur

Fumez-vous tous les jours ?

1 Oui - 2 Non

- Si Fumeur

- Si Fume des cigarettes de tabac à rouler, des cigarettes, des cigarillos, des cigares, des pipes, la chicha, la chicha, le narguilé...

Combien de cigarettes roulées fumez-vous en moyenne ?

- 1 Par jour
- 2 Par semaine
- 3 Par mois
- 4 Par an
- 5 [NSP]

La dernière fois avez-vous fumé

- 1... seul ?
- 2... avec d'autres personnes qui fumaient avec vous ?
- 3 [NSP]

- Si Fumeur

- Si somme de nb de cigarettes normales, roulées et des cigarillos est supérieure à 20 par semaine ou fumeur quotidien

Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- 1 Dans les 5 premières minutes
- 2 Entre 6 et 30 minutes
- 3 Entre 31 et 60 minutes
- 4 Après 60 minutes
- 5 Vous ne fumez pas le matin
- 6 [NSP]

-Si Non-Fumeur, qui a déjà fumé quotidiennement pendant au moins 6 mois

Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ?

1 Jours

2 Mois

3 Années

4 [NSP]

- Si Fumeur quotidien

Avez-vous déjà arrêté de fumer volontairement au moins une semaine ?

1 Oui - 2 Non - 3 NSP

- Si Fumeur (sauf chichas exclusifs)

- Qui a déjà arrêté au moins 1 semaine

A quand remonte la dernière fois où vous avez essayé d'arrêter de fumer ?

- 1 Par jour
- 2 Par semaine
- 3 Par mois
- 4 Par an
- 5 [NSP]

- Si fumeur

- Si non fumeur ayant déjà essayé de fumer

A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ?

- Si fumeur

- Si non fumeur ayant déjà essayé de fumer

- Si NSP

Etait-ce plutôt...

- 1... avant 15 ans
- 2... entre 15 et 20 ans
- 3... entre 21 et 30 ans
- 4... après 30 ans ? 5 [NSP]

- Si Fumeur quotidien ou ancien fumeur quotidien pendant au moins 6 mois

A quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement ?

- Si Fumeur ou ancien fumeur quotidien de plus de 30 cigarettes

- Si NSP

Etait-ce plutôt...

- 1... avant 15 ans
- 2... entre 15 et 20 ans
- 3... entre 21 et 30 ans
- 4... après 30 ans ? 5 [NSP]

- Si Fumeur quotidien

Quelle somme dépensez-vous en moyenne par jour, par semaine ou par mois pour votre consommation de tabac ?

- Si Fumeur

- Si Age < 18 ans

Au cours du dernier mois, avez-vous, vous-même, acheté des cigarettes ou du tabac ?

1 Oui - 2 Non - 3 NSP

Alcool (N=27 653)

Avez-vous déjà bu au moins une fois des boissons alcoolisées, c'est à dire de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?

1 Oui - 2 Non 3 [NSP]

- Si n'a jamais bu de boissons alcoolisées comme bière ... (ou Nsp)

Et, avez-vous déjà bu une boisson peu alcoolisée comme du cidre, du panaché ou des bières légères ?

1 Oui - 2 Non 3 [NSP]

- Si Buveur

Au cours des 12 dernières mois / (si enceinte depuis au moins 1 mois (30 jours/4 semaines) : « Au cours des n derniers jours/semaine/mois (depuis que vous savez que vous êtes enceinte »), avez-vous bu...

- 1 tous les jours
- 2 quatre fois par semaine ou plus
- 3 deux ou trois fois par semaine
- 4 une fois par semaine
- 5 deux à quatre fois par mois
- 6 une fois par mois ou moins souvent
- 7 jamais
- 8 [NSP]
- 1 du vin (blanc, rosé, rouge)
- 2 de la bière
- 3 des alcools forts (vodka, pastis, whisky ou whiskey coca, planteur, punch, etc.)

4 d'autres alcools comme du cidre, champagne, porto, etc.

- Si buveur d'au moins une boisson (pas jamais) (si enceinte depuis au moins 1 mois (30 jours/4 semaines): « Au cours des n derniers jours/semaine/mois (depuis que vous savez que vous êtes enceinte) »)

Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres d'alcool buvez-vous dans la journée, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?

- Si Buveur d'au moins une boisson (pas jamais) (si enceinte depuis au moins 1 mois (30 jours/4 semaines): « Au cours des n derniers jours/semaine/mois (depuis que vous savez que vous êtes enceinte) », à quelle fréquence, vous arrive-t-il de boire SIX verres d'alcool ou plus en une même occasion?

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Une fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Tous les jours ou presque
- 6 [NSP]

- Si nb de verres >2, plus d'1 fois par mois pour au moins 1 type d'alcool OU Si fréquence 6 verres ou plus > jamais

Dans les 12 derniers mois / (si enceinte depuis au moins 1 mois (30 jours/4 semaines): « Au cours des n derniers jours/semaine/mois (depuis que vous savez que vous êtes enceinte) », à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Une fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Tous les jours ou presque
- 6 [NSP]

- Si nb de verres >2, plus d'1 fois par mois pour au moins 1 type d'alcool OU Si fréquence 6 verres ou plus > jamais

Dans les 12 derniers mois (si enceinte depuis au moins 1 mois: « Au cours des n derniers jours/semaine/mois (depuis que vous savez que vous êtes enceinte) », à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Une fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Tous les jours ou presque
- 6 [NSP]

- Si nb de verres >2, plus d'1 fois par mois pour au moins 1 type d'alcool OU Si fréquence 6 verres ou plus > jamais

Dans les 12 derniers mois / (si enceinte depuis au moins 1 mois (30 jours/4 semaines): « Au cours des n derniers jours/semaine/mois (depuis que vous savez que vous êtes enceinte) », à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Une fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Tous les jours ou presque
- 6 [NSP]

Si nb de verres >2, plus d'1 fois par mois pour au moins 1 type d'alcool OU Si fréquence 6 verres ou plus > jamais

Dans les 12 derniers mois / (si enceinte depuis au moins 1 mois (30 jours/4 semaines): « Au cours des n derniers jours/semaine/mois (depuis que vous savez que vous êtes enceinte) », à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Une fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Tous les jours ou presque

6 [NSP]

Si nb de verres >2, plus d'1 fois par mois pour au moins 1 type d'alcool OU Si fréquence 6 verres ou plus > jamais

Dans les 12 derniers mois / (si enceinte depuis au moins 1 mois (30 jours/4 semaines): « Au cours des n derniers jours/semaine/mois (depuis que vous savez que vous êtes enceinte) », à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui c'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

- 1 Jamais
- 2 Moins d'une fois par mois
- 3 Une fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Tous les jours ou presque
- 6 [NSP]

Si Buveur de boissons alcoolisées ou peu alcoolisées Vous êtes-vous déjà blessé ou avez-vous déjà blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

1 Oui - 2 Non - 3 [NSP]

Si oui, était-ce au cours des 12 derniers mois ?

1 Oui - 2 Non - 3 [NSP]

Si Buveur de boissons alcoolisées ou peu alcoolisées Est-ce qu'un ami ou un professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

1 Oui - 2 Non - 3 [NSP]

Si oui

Était-ce au cours des 12 derniers mois ?

1 Oui - 2 Non - 3 NSP

Si Buveur de boissons alcoolisées ou peu alcoolisé

Au cours de votre vie, avez-vous déjà été ivre ?

1 Oui - 2 Non - 3 NSP

Si Buveur de boissons alcoolisées ou peu alcoolisées &< 76 ans

Si a déjà été ivre

Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous été ivre ?

Si Buveur de boissons alcoolisées ou peu alcoolisées &< 76 ans

Si a déjà été ivre. À quel âge avez-vous été ivre pour la première fois au cours de votre vie ?

Si Buveur de boissons alcoolisées ou peu alcoolisées < 76 ans

Si a déjà été ivre

Si ne sait pas à quel âge

Était-ce

- 1... avant 12 ans ?
- 2... à 12-13 ans ?
- 3... à 14-15 ans ?
- 4... à 16-17 ans ?
- 5... à 18-19 ans ?
- 6... à 20-25 ans ?
- 7... à 26-34 ans ?
- 8... plus tard ? 9 NSP

Cannabis

- Si AGE < 65 ans

Vous a-t-on déjà proposé du cannabis, du haschisch, de la marijuana, de l'herbe, un joint ou du shit ?

1 Oui 2 Non 3 [NSP] 4 [Ne veut pas dire]

- Si AGE < 65 ans

Pensez-vous qu'il vous serait difficile ou facile d'obtenir du cannabis en vingt-quatre heures, si vous en vouliez ?

- 1 Impossible
- 2 Très difficile
- 3 Assez difficile
- 4 Assez facile
- 5 Très facile
- 6 [NSP] 7 [Ne veut pas dire]

- Si AGE < 65 ans

Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis ?

1 Oui 2 Non 3 [NSP] 4 [Ne veut pas dire]

- Si AGE < 65 ans n'ayant jamais consommé En avez-vous déjà goûté ?

1 Oui 2 Non 3 [NSP] 4 [Ne veut pas dire]

- Si AGE < 65 ans, ayant déjà consommé ou goûté

L'avez-vous fait au cours des douze derniers mois ?

1 Oui 2 Non 3 [NSP] 4 [Ne veut pas dire]

- Si AGE < 65 ans, ayant consommé ou goûté du cannabis au cours des 12 derniers mois

Au cours des trente derniers jours, avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

1 Oui 2 Non 3 [NSP] 4 [Ne veut pas dire]

- Si AGE < 65 ans, ayant déjà consommé ou goûté du cannabis

À quel âge avez-vous fumé du cannabis pour la première fois ?

- Si AGE < 65 ans, ayant déjà consommé Au cours de votre vie, vous est-il déjà arrivé de fumer du cannabis presque tous les jours, pendant au moins un mois ?

1 Oui 2 Non 3 [NSP] 4 [Ne veut pas dire]

- Si AGE < 65 ans, ayant déjà consommé presque tous les jours

Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez fumé du cannabis presque tous les jours ?

- Si AGE < 65 ans ayant consommé un des produits précédents

L'avez-vous fait au cours des douze derniers mois ?

1 Oui 2 Non 3 [NSP] 4 [Ne veut pas dire]

- Si AGE < 65 ans, ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois en DI.16

Au cours des trente derniers jours, avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

1 Oui 2 Non 3 [NSP] 4 [Ne veut pas dire]

Si AGE < 65 ans, ayant déjà consommé du cannabis en DI.15

À quel âge avez-vous fumé du cannabis pour la première fois ?

- Si AGE < 65 ans, ayant déjà consommé en DI.15

Au cours de votre vie, vous est-il déjà arrivé de fumer du cannabis presque tous les jours, pendant au moins un mois ?

1 Oui 2 Non 3 [NSP] 4 [Ne veut pas dire]

- Si oui

Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez fumé du cannabis presque tous les jours ?

Si AGE < 65 ans, ayant consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours, mais pas juste goûté OU en DI.8r

Combien de fois au cours des trente derniers jours avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

- Si AGE < 65 ans, ayant consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours, mais pas juste goûté OU en DI.8r

Au cours des trente derniers jours, combien avez-vous dépensé pour votre consommation de cannabis ?

- Si AGE < 65 ans, ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, mais pas juste goûté OU en DI.8r

Cast

Au cours des douze derniers mois (Non, Rarement, De temps en temps, Assez souvent, Très souvent, [NSP])

1 Avez-vous fumé du cannabis avant midi ?

2 Avez-vous fumé du cannabis le matin avant d'aller au travail ? (si actif ayant déjà fumé avant midi)

3 Avez-vous fumé du cannabis le matin avant d'aller en cours ? (si étudiant ayant déjà fumé avant midi)

4 Avez-vous fumé du cannabis lorsque vous étiez seul ?

5 Avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?

6 Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?

7 Avez-vous essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?

8 Avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis ? (ENQ.: "si ne sait pas, donner comme exemple : dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école ou au travail...")

- Si item 8 est déjà arrivé

Préciser autre(s) problème(s) à cause de votre consommation de cannabis

Si AGE < 65 ans, ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, mais pas juste goûté OU en DI.16

Au cours des douze derniers mois...(Oui, Non, [refus])

1...avez-vous acheté du cannabis

2...vous a-t-on offert du cannabis

3...avez-vous cultivé du cannabis

-Si AGE < 65 ans, ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, mais pas juste goûté OU en DI.16

Au cours des douze derniers mois, avez-vous déjà recherché de l'aide auprès de quelqu'un ou d'un service pour réduire votre consommation de cannabis ?

1 Non, jamais

2 Non, mais vous y avez pensé

3 Oui

4 [NSP]

- Si AGE < 65 ans, ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, mais pas juste goûté OU en DI.16

- Ayant recherché de l'aide

Auprès de qui était-ce ?

Construction des variables

Violences psychologiques

Comprend les victimes de « menaces verbales, les victimes de regards ou de paroles méprisants ou humiliants ».

Violences physiques dont les violences sexuelles

Avoir été « frappé(e) ou blessé(e) physiquement par une ou plusieurs personnes, en dehors d'une agression sexuelle » ; avoir été « forcé à subir ou à faire des attouchements sexuels; forcé à avoir des rapports sexuels contre sa volonté ».

Une variable à trois modalités a été créée :

- les violences physiques et les violences sexuelles, avec ou sans violences psychologiques,
- les violences uniquement psychologiques
- les non victimes.

Religion et importance de la religion

A partir de deux questions sur la religion (avoir une religion et laquelle, d'une part ; importance accordée à celle-ci pour les personnes en ayant une), a été créée une variable à quatre modalités:

- chrétiens pour qui la religion était très ou assez importante,
- musulmans pour qui la religion était assez ou très importante
- autres croyants, ainsi que chrétiens et musulmans pour qui la religion n'était pas très ou pas du tout importante
- non croyants.

Situation familiale

En fonction du type de ménage et de la présence d'enfants, une variable à quatre modalités a été créée :

- vie de couple sans enfant ;
- vie de couple avec au moins un enfant de moins de 18 ans au foyer
- vie sans conjoint avec au moins un enfant de moins de 18 ans au foyer (famille monoparentale)
- vie sans conjoint ni enfant.

Résultats complémentaires

Qui subit des violences durant l'année précédant l'enquête ?

Les violences ne sont pas plus importantes à l'égard des femmes qu'en direction des hommes, quel que soit le type de violence.

10,0% des moins de 20 ans déclarent avoir subi des violences physiques ou sexuelles au cours de l'année ; 20,3% des moins de 20 ans des violences psychologiques ; 17,4% des 21 à 40 ans ($p < 0,0001$).

Les violences physiques ou sexuelles ne sont pas surreprésentées dans un des groupes de diplôme ; néanmoins, 20,5% des diplômés du supérieur déclarent avoir subi des violences psychologiques au cours de l'année ($p = 0,0283$).

21,2% des personnes se sentant en grande difficulté économique déclarent avoir subi des violences psychologiques (vs 21,0 à 15,9%), 5,8% physiques ou sexuelles avec un moindre écart aux autres groupes (vs 2,5 à 4%) [$p = 0,0010$].

8,9% des élèves et étudiants déclarent avoir subi des violences physiques ou sexuelles et 23,1% des violences psychologiques. Les personnes au chômage sont aussi fort représentées : 6,8% dans les violences physiques ou sexuelles, et 15,4% psychologiques. Enfin on relève que 17,6% des personnes en emploi déclarent avoir subi des violences psychologiques [$< 0,0001$].

Les célibataires et les familles monoparentales sont les plus touchés par des violences physiques ou sexuelles ; 7,4% des familles monoparentales et 5,6% des célibataire (vs environ 2,0%). Pour les violences psychologiques ce sont toujours les familles monoparentales et les personnes en couple avec enfant. Les violences psychologiques sont-elles plus rencontrées par les couples avec enfants (17,5%) et toujours par les familles monoparentales (23,2%) [$p < 0,0001$].

La consommation de médicaments psychotropes durant l'année précédant l'enquête

Les femmes prennent davantage de ces médicaments que les hommes (18,5% vs 8,7%) [$p = 0,0008$]. Les personnes âgées sont davantage consommatrices de médicaments psychotropes ; plus l'âge augmente et plus la prise de médicaments psychotropes est fréquente (17,8% chez les personnes de plus de 60 ans) et les personnes qui vivent seules (21,3% vs

12,7% - $p=0,0408$). Les victimes de violences physiques dont sexuelles (29,8%) et celles de violences psychologiques (18,6%) sont plus consommateurs de ces médicaments que les non victimes ($p=0,0429$).

Comportements addictifs

La fréquence d'abus ou de dépendance à trois substances psychoactives (tabac, alcool et cannabis) est présentée ci-dessous, respectivement à partir des tests de Fägerstrom, de l'Audit-C et du Cast.

Tableau 15. Part des répondants présentant une addiction au tabac, à l'alcool ou/et au cannabis. Nord - Pas-de-Calais. 2010 (N=1769)

Produit	Echelle	Modalité	Hommes		Femmes		Chi2 p	Ensemble	
			N	%	N	%		N	%
Tabac	Fägerstrom	Signes de moyenne ou forte dépendance	181	21,4	96	10,4	***	277	15,7
Alcool	Audit-C	A risque chronique ou dépendant	128	15,1	23	2,5	***	151	8,6
Cannabis	CAST	Risque d'abus modéré ou élevé	28	3,7	6	0,8	***	34	2,3

Source : Inpes Baromètre santé 2010. Traitement : F2RSM.

Chi2 entre hommes et femmes. NS : non significatif entre hommes et femmes - *** significatif à $p<0,001$ - ** $p<0,01$ - * $p<0,05$.

Dans le Nord - Pas-de-Calais, une personne sur six présente une dépendance au tabac, un peu moins d'une sur dix à l'alcool et une sur 50 au cannabis. Parmi les fumeurs quotidiens (29,7% de l'échantillon), 21,4% des hommes et 10,4% des femmes ont une forte ou moyenne dépendance²¹, selon l'indicateur *mini Fägerstrom*.

Bien que 54,4% de l'échantillon soit non consommateur ou consommateur occasionnel, 26% des interrogés ont une consommation ponctuelle à risque et 8,6% une consommation chronique ou dépendante à risque. On observe un comportement abusif plus marqué chez les hommes notamment pour la consommation d'alcool à risque chronique ou dépendant (15,1% vs 2,5% chez les femmes).

Maladies mentales chroniques

Tableau 16. Part des répondants déclarant être atteintes d'une maladie mentale selon le sexe. Nord - Pas-de-Calais (N=1769).

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Oui	3	0,3	13	1,4	16	0,9

Source : Inpes Baromètre santé 2010. Traitement : F2RSM.

Troubles du sommeil

Tableau 17. Part des répondants déclarant avoir connu des insomnies plus de trois fois par semaine et depuis au moins deux mois, et part de celles qui prennent un produit pour aider à dormir (tisane, médicaments, alcool, etc.). Nord - Pas-de-Calais (N=562).

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Insomniaque	26	9,8	60	20,5	86	15,4
Consomme un produit pour aider à dormir	29	10,8	69	23,1	97	17,3

Source : Inpes Baromètre santé 2010. Traitement : F2RSM.

²¹ Score du mini Fägerstrom

Citation recommandée

Plancke L., Ledant E., *Les enseignements du Baromètre santé 2010 sur la santé mentale dans le Nord - Pas-de-Calais*, Lille, F2RSM, 2013, 42 p.

Relecture et corrections

Gérard Lecouffe

La morbidité psychique en population générale ne fait l'objet que de trop rares études, qui se heurtent par ailleurs à d'importantes difficultés méthodologiques de définition des entités nosographiques et de biais de déclaration, quand le questionnaire est administré par des non cliniciens. Le Baromètre santé, série d'enquêtes sur la santé de l'Inpes, permet de recueillir, tous les cinq ans des données sur des sujets comme les idées suicidaires, les tentatives de suicide, la dépression, l'anxiété, la santé mentale perçue, les addictions, les recours aux soins.

Une exploitation des résultats régionaux est proposée dans ce document ; d'abord uniquement descriptive, elle présente ensuite les facteurs liés aux variations, souvent importantes, enregistrées entre les groupes (d'âge, de sexe, de diplôme, de religion ...) Cette étude confirme une surmorbidity féminine, tout particulièrement chez les jeunes femmes ; celle des personnes vivant seules est également retrouvée. Mais elle fait apparaître aussi des liens moins décrits, tels que le sentiment par rapport aux revenus (la gêne économique ressentie, plus que les faibles revenus, est un facteur très significativement relié avec des hauts niveaux de morbidité ; il en est de même des antécédents de violences subies, au premier rang desquels les violences physiques et/ou sexuelles, dont les effets délétères sont particulièrement retrouvés dans l'étude).

L'enquête retrouve également de nombreux troubles ou scores de santé plus défavorables dans le Nord - Pas-de-Calais qu'ailleurs en France ; c'est par exemple le cas de l'anxiété, où la région se situe au 2^e rang sur 22 en France métropolitaine ou de l'épisode dépressif caractérisé durant l'année précédente, qui affecte près de 12% de la population, et pour laquelle le Nord - Pas-de-Calais occupe la 6^e place. C'est le seul indicateur qui s'aggrave entre 2005 et 2010, alors que quatre autres évoluent favorablement.

Cette étude a été rendue possible par la mise à disposition par l'Inpes, par le biais d'une convention avec la F2RM, de la base de données des résultats de l'enquête 2010, qui a porté sur 27 653 personnes de 15 à 85 ans, dont 1 769 résidant dans le Nord - Pas-de-Calais. Elle s'inscrit dans le cadre des travaux de l'observatoire régional de la santé mentale de la Fédération régionale de de recherche en santé mentale Nord - Pas-de-Calais, dont les objectifs sont de décrire au mieux la situation dans ce domaine, qu'il s'agisse des déterminants de santé mentale, de la morbi-mortalité psychiatrique et des soins spécialisés (offre et recours), à l'échelon régional et infra-régional. L'observatoire s'attache également à définir et mobiliser de nouveaux indicateurs, sensibles aux changements et donc aptes à apprécier, outre la situation à un moment donné, l'efficacité des programmes et/ou actions mis en œuvre pour corriger les situations observées.