

Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » dans les Outre-mer français et dans l'Hexagone

Jean-Luc Roelandt^{1,2}
Imane Benradia^{1,2}
Stéphane Amadéo³
Michel Eynaud⁴
Fanny Calandreau⁵
Benjamin Goodfellow⁵
Benjamin Bryden⁶
Laurent Denizot⁶
Caroline Janvier⁷
Jean-Louis Réal⁸
Déborah Sebbane^{1,2}
Aminata Sy¹,
Eva Aernout¹

¹ Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale, EPSM Lille-Métropole

² Université de Paris Cité, Inserm, Eceve, F-75010 Paris, France

³ Centre hospitalier universitaire de Fort-de-France, Martinique

⁴ Établissement public de santé mentale de la Guadeloupe

⁵ Centre hospitalier de Nouméa

⁶ Établissement public de santé mentale de la Réunion

⁷ Centre hospitalier de Cayenne

⁸ Centre hospitalier de Mayotte

⁹ Centre hospitalier universitaire de la Martinique

Résumé. L'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalité » a été menée dans l'Hexagone et dans huit sites ultramarins dans trois continents, dans les départements, régions et collectivités d'Outre-mer français (Guyane, Martinique, Guadeloupe, Réunion, Mayotte, Polynésie française et deux sites en Nouvelle-Calédonie), sur des échantillons représentatifs de la population générale. Les personnes répondaient à quatre questionnaires : un socio-anthropologique, un épidémiologique, un sur le recours aux soins et un sociodémographique. Le focus a été mis dans cet article sur les représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif ».

Si les territoires ultramarins se différencient nettement en termes sociodémographiques, épidémiologiques, psychiatriques, les représentations sociales du « fou » et du « malade mental » restent très proches entre sites et avec l'Hexagone. En revanche, des différences nettes apparaissent avec la métropole sur la conception de la guérison, de l'exclusion, et surtout sur la définition du « dépressif » qui n'est pas appréhendé de la même façon surtout à Mayotte, en Nouvelle-Calédonie-îles et Brousse, et en Polynésie. Plus qu'un ensemble homogène, les sites ultramarins nous invitent à penser la santé mentale dans sa diversité et sa complexité.

Mots clés : représentation sociale, pathologie psychiatrique, dépression, santé mentale, France, Outre-mer

Abstract. Social representations of the "insane," the "mentally ill," and the "depressive" in Overseas France and mainland France. The "General Population Mental Health Survey: Images and Reality" was carried out in mainland France and in eight overseas sites in three continents, in the French overseas departments, regions, and collectivities (French Guiana, Martinique, Guadeloupe, Réunion, Mayotte, French Polynesia, and two sites in New Caledonia), on representative samples of the general population. The respondents completed four questionnaires: a socio-anthropological one, an epidemiological one, one on healthcare utilization, and a socio-demographic one. The focus in this article is on the social representations of the "insane," the "mentally ill," and the "depressive."

Although the overseas territories are clearly different in socio-demographic and psychiatric epidemiological terms, the social representations of the "insane" and the "mentally ill" remain very similar between sites and compared with mainland France. On the other hand, clear differences appear with the mainland on the conception of recovery, of exclusion, and especially on the definition of the "depressive," which is not understood in the same way, especially in Mayotte, New Caledonia-Islands and Bush, and French Polynesia. More than a homogeneous group, these overseas sites invite us to think about mental health in its diversity and complexity.

Key words: social representation, psychiatric pathology, depression, mental health, France, Overseas France

Resumen. Representaciones sociales del "loco", del "enfermo mental" y del "depresivo" en los territorios franceses de ultramar y en la Francia occidental. La encuesta "Salud mental en la población general : imágenes y realidad" se realizó en Francia y en 8 sitios de ultramar en tres continentes, en los departamentos, regiones y colectividades francesas de ultramar (Guayana, Martinica, Guadalupe, Reunión, Mayotte, Polinesia Francesa y dos sitios en Nueva Caledonia), a partir de muestras representativas de la población general. Los individuos respondieron a cuatro cuestionarios: uno socioantropológico, otro epidemiológico, otro sobre el uso de la asistencia sanitaria y otro sociodemográfico. El foco de atención de este artículo se centró en las representaciones sociales del "Loco", el "Enfermo mental" y el "Deprimido".

Si bien los territorios de ultramar son claramente diferentes en términos sociodemográficos, epidemiológicos, psiquiátricos, las representaciones sociales del "Loco" y del "Enfermo mental" siguen siendo muy similares entre los sitios y con la Francia occidental. En cambio, existen claras diferencias con la Francia metropolitana en cuanto al concepto de recuperación, de exclusión y, sobre todo, de

Correspondance : J.-L. Roelandt
<jean-luc.roelandt@ghpsy-npdc.fr>

definición del “Depresivo”, que no se entiende de la misma manera, especialmente en Mayotte, Nueva Caledonia - Islas y Bosques, y Polinesia. Más que un conjunto homogéneo, los sitios ultramarinos nos invitan a considerar la salud mental en su diversidad y complejidad.

Palabras claves: representación social, patología psiquiátrica, depresión, salud mental, Francia, ultramar

Introduction

La recherche « Santé mentale en population générale : images et réalités » (SMPG) a été créée en 1996 à l’île de La Réunion par des psychiatres, anthropologues, psychologues, épidémiologistes, et sociologues en provenance de France et des pays de l’océan Indien : Madagascar, Île Maurice, Comores et Île de la Réunion. Elle avait été proposée à la rencontre en santé mentale des pays de l’océan Indien organisée par le ministère de la Santé français et l’Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1995 à Tananarive.

Cette enquête, construite par les acteurs des différents pays, répondait à leur besoin de mieux connaître l’épidémiologie des troubles psychiques en population générale afin de développer un plaidoyer efficace en faveur des personnes atteintes, pour pouvoir mieux développer l’accès aux soins de ces personnes à travers des structures sanitaires et de santé mentale. Elle permettait également de connaître les représentations sociales des populations concernées à propos de la « folie », de la « maladie mentale », et de la « dépression » [1, 2], ainsi que les recours employés en cas de difficultés mises en évidence par l’enquête.

L’étude pilote a eu lieu en 1997 auprès de 100 personnes dans sept sites de France hexagonale et de l’océan Indien. L’enquête a été déployée en 1998-1999 sur neuf sites français, dont trois ultramarins (Guadeloupe, Martinique et Réunion) et quatre sites étrangers : deux à Madagascar, un à l’île Maurice, et un aux Comores [3-5]. L’enquête a par la suite été prolongée en France et dans de nombreux pays étrangers jusqu’à mai 2022, année au cours de laquelle elle a de nouveau eu lieu sur l’île de la Réunion. À ce jour, elle a concerné 93 sites français et internationaux.

Les résultats de la première étude montraient que les représentations sociales du « fou », « malade mental » et « dépressif » des départements d’Outre-mer avaient des particularités et nuances concernant les réponses relatives à la dangerosité et l’exclusion par rapport à ceux de l’Hexagone et des sites étrangers et une ressemblance entre la Martinique, la Guadeloupe et la Réunion entre elles mais aussi avec l’île Maurice, ex-Île-de-France, pays pour lesquels l’exploitation de la canne à sucre a été conjointe de l’instauration d’un esclavage importé [6, 7].

Depuis lors, nous avons eu des demandes émanant en plus de la Nouvelle-Calédonie, où deux sites ont été ouverts à Nouméa et dans les îles et Brousse, de Tahiti, de la Guyane, de Mayotte, et nous avons réitéré l’enquête

en Guadeloupe en 2014¹. Nous avons donc un panorama assez complet des Outre-mer français – il ne manque que Wallis-et-Futuna et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Il nous est permis maintenant de nous faire une idée plus précise à partir de cet important échantillon.

Remarquons qu’il y a encore moins d’homogénéité dans ce nouveau panel de sites, que la colonisation a été très différente entre les îles à sucre, et les îles du pacifique où la population autochtone est encore très présente en Nouvelle-Calédonie, ou très majoritaire en Polynésie et à Mayotte, ou bigarrée comme en Guyane. Mais que toutes ont été lieu de colonisation, avec des peuples autochtones et des peuplements variés importés où la traite des esclaves a pu jouer un rôle important, que la créolisation a de multiples facettes et que l’universalisme républicain qui est prôné par la République française a dû s’adapter aux histoires locales [8, 9]. Le fait que l’histoire de la psychiatrie et son développement dans les Outre-mer aient été décalés dans le temps par rapport à la France hexagonale, a certainement aussi façonné les consciences et les représentations sociales. Elles sont régies par les lois de la République, se réfèrent à la métropole, et à l’universalisme français mais insistent sur leurs histoires et leurs différences. La question de l’identité reste ouverte à ce jour.

Objectif

L’objectif était de décrire et de comparer les représentations sociales du « fou », « malade mental » et « dépressif » entre les sites d’Outre-mer et la France hexagonale.

Méthode

Réalisation de l’enquête

Sur chaque site, environ 900 personnes de plus de 18 ans ont été interrogées. Les personnes étaient recrutées dans des lieux publics et interrogées en face-à-face par un enquêteur formé à l’enquête (étudiants en soins infirmiers dans six sites ; enquêteurs recrutés suivant les normes locales ailleurs) [10].

Sites inclus et matériel d’enquête

Nous avons analysé les résultats de huit sites dans les départements, régions et collectivités d’Outre-mer

¹ C’est cette année que nous retiendrons pour la Guadeloupe.

français : la Guyane (2021), la Martinique (2000), la Guadeloupe (2014), La Réunion (1999), Mayotte (2015), la Nouvelle-Calédonie (Nouméa en 2006 et Brousse en 2008) et la Polynésie française (2015), ainsi que ceux d'un échantillon métropolitain de même taille (889 personnes) que celle des sites ultramarins, constitué à partir d'une base nationale de 39 000 individus appartenant à 44 sites.

Un échantillonnage par quota a été fait pour chaque site en respectant les structures de la population caractérisées par le genre, l'âge, le niveau d'études et la catégorie socio-professionnelle. L'échantillon néo-calédonien de Brousse a été constitué selon un échantillonnage stratifié avec tirage au sort à deux degrés.

Le questionnaire a été administré en français (langue officielle) ou dans les langues parlées localement (créole pour La Réunion, la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane en plus de l'anglais et du portugais, en *shimaoré* pour Mayotte). La Polynésie et la Nouvelle-Calédonie n'ont été investiguées qu'en français. Chaque enquête a mobilisé les autorités locales, les services de psychiatrie, les usagers, les aidants, et toute personne intéressée par le champ de la santé mentale communautaire. Elle nécessitait la constitution d'un comité de pilotage local, la participation d'un institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) pour les sites français ou d'enquêteurs professionnels, un encadrement assuré généralement par le secteur de psychiatrie publique ou les services de psychiatrie locaux, l'ensemble supervisé par le Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS-Lille Métropole). Cette enquête a été conçue pour être réalisée par des enquêteurs non-médecins ou psychologues mais la validation des troubles psychotiques nécessitait un avis d'expert clinicien.

Variables analysées

Les représentations sociales de la population à propos de la santé mentale étaient recueillies par une série de questions ouvertes en pré-codage et des questions fermées [10]. Les premières questions interrogeaient l'attribution de 18 comportements ou états au « fou », au « malade mental », au « dépressif », ou à « aucun des trois » ; puis leur « normalité » et leur « dangerosité » [11]. D'autres questions exploraient ensuite la perception du « fou », du « malade mental » et du « dépressif », en termes de responsabilité de ses actes et de son trouble, de connaissance de son trouble, de souffrance, d'exclusion, de possibilité de soin, voire de guérison, et de modalités de soins (*annexe 1*).

Le questionnaire recueillait enfin des données socio-démographiques, d'autres sur la croyance et la pratique religieuse ainsi que sur la migration sur trois générations. Les données épidémiologiques étaient recueillies à partir du MINI [12, 13], et une fiche complémentaire était remplie en cas de troubles au MINI, pour évaluer le retentissement des troubles et l'accès à l'aide et aux soins médicaux et non médicaux.

Statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées sur R version 4.0.4 (15-02-2021). Les caractéristiques socio-démographiques, de religion et de migration, ainsi que les troubles détectés au MINI ont été décrits par des pourcentages. Des analyses factorielles des correspondances multiples ont été réalisées d'une part sur les représentations des comportements et des états, et d'autre part sur les représentations des conséquences de la « folie », de la « maladie mentale », et de la « dépression », et de leurs modalités de soins. Elles ont permis de réaliser une représentation graphique des modalités des multiples variables qualitatives ainsi que des sites de l'enquête, en projetant sur deux axes d'inertie-dispersion maximum.² Cela permet d'identifier les éventuelles proximités des sites et de certaines représentations entre elles. Les représentations liées au « fou », au « malade mental » et au « dépressif » qui participent le plus aux premiers axes des analyses factorielles ont été décrites dans deux tableaux.

Aspects éthiques et institutionnels

Le protocole de l'étude SMPG a été préalablement déclaré et approuvé par le comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (#CCTIRS 98.127). Tous les participants ont donné leur consentement oral avant de répondre aux questions. Aucune donnée directement ou indirectement nominative n'a été recueillie. Chaque site a soumis le protocole aux autorités locales ou nationales.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques

Les quotas ont été respectés dans tous les sites et les échantillons sont représentatifs de la population générale (*tableau 1*).

Notons d'emblée qu'à l'exception du genre, et le fait de déclarer avoir déjà été soigné pour « folie » ou pour « maladie mentale », toutes les différences entre tous les sites sont statistiquement significatives.

Le ratio homme/femme varie de près de 44 % à plus d'hommes selon les sites : les femmes sont majoritaires partout, sauf à Nouméa. Les âges moyens varient de 36,7 (Mayotte) à 47,1 ans (Guadeloupe). La majorité des personnes interrogées sont en couple dans tous les sites, avec des variations de 43 à 68 %.

Le taux d'études au niveau baccalauréat ou plus est très variable : de plus de 15 % en Nouvelle-Calédonie-îles

² L'inertie est utilisée pour décrire la dispersion des variables qualitatives.

Tableau 1. Description sociodémographique et épidémiologique des populations des sites.

	Sites							
	Métropole	Guadeloupe	Guyane	Martinique	Mayotte	NC* - Brousse	NC* - Nouméa	Polynésie française
	N = 889	N = 884	N = 900	N = 870	N = 892	N = 575	N = 904	N = 968
Données sociodémographiques								
Hommes	46,1 %	44,5 %	47,7 %	47,2 %	47,1 %	49,6 %	50,6 %	49,4 %
Âge**	44,9 ± 18,6	47,1 ± 16,2	41,5 ± 16,1	42,5 ± 17,0	36,7 ± 13,5	43,1 ± 16,1	39,2 ± 14,6	40,6 ± 14,9
Couple	54,5 %	46,8 %	43,8 %	47,9 %	56,2 %	68,5 %	57,5 %	64,7 %
Bac et +	42,0 %	39,1 %	59,9 %	46,6 %	33,5 %	16,3 %	25,1 %	32,0 %
Chômage	6,6 %	10,6 %	12,0 %	10,6 %	11,1 %	9,2 %	5,2 %	17,7 %
Croyant pratiquant	24,5 %	60,1 %	51,8 %	61,8 %	64,5 %	52,4 %	39,0 %	52,8 %
Aucune migration	74,6 %	86,8 %	38,1 %	88,3 %	48,4 %	87,5 %	47,6 %	75,1 %
Déclare avoir déjà :								
été soigné pour « folie »	0,2 %	0,7 %	0,8 %	0,1 %	0,9 %	0,3 %	1,3 %	1,2 %
été soigné pour « maladie mentale »	0,9 %	0,7 %	0,8 %	0,6 %	0,9 %	0,2 %	1,4 %	1,1 %
été soigné pour « dépression »	18,1 %	8,5 %	9,8 %	9,3 %	6,2 %	4,9 %	13,2 %	12,2 %
eu une psychothérapie	9,8 %	11,6 %	13,9 %	8,4 %	5,5 %	3,8 %	10,8 %	16,5 %
pris des médicaments pour les nerfs	34,8 %	25,1 %	24,9 %	23,7 %	6,5 %	17,0 %	27,1 %	21,9 %
Données épidémiologiques								
Trouble de l'humeur	13,8 %	13,9 %	20,3 %	15,2 %	18,9 %	13,0 %	18,9 %	21,4 %
Trouble anxieux	22,3 %	14,8 %	23,9 %	17,4 %	24,1 %	21,0 %	28,5 %	26,0 %
Trouble usage alcool	4,3 %	4,6 %	5,1 %	3,0 %	3,5 %	15,0 %	15,6 %	13,9 %
Trouble usage drogue	2,8 %	1,7 %	2,8 %	1,7 %	3,1 %	6,1 %	8,7 %	6,4 %
Trouble psychotique	2,9 %	6,1 %	4,2 %	3,3 %	3,5 %	1,0 %	4,3 %	3,7 %
Nombre troubles	0,57 +/- 1,05	0,5 +/- 1	0,78 +/- 1,38	0,5 +/- 0,97	0,68 +/- 1,29	0,69 +/- 1,23	0,94 +/- 1,39	0,9 +/- 1,41
Risque suicidaire moyen ou élevé	3,3 %	2,6 %	6,9 %	3,7 %	3,8 %	2,4 %	6,5 %	7,4 %
								ND***

NC* = Nouvelle-Calédonie. Variable** = Moyenne et écart-type. ND*** = Donnée non disponible pour ce site.

et Brousse, à près de 60 % en Guyane. Le taux de chômage varie de 5,2 % à Nouméa à 20,5 % en Polynésie française.

Au niveau des religions, la population d'Outre-mer est plus pratiquante qu'en métropole ; plus de la moitié des personnes interrogées déclarent pratiquer une religion, excepté à la Réunion, où le taux était de 48,9 %, avec un maximum à Mayotte de 68 %. Les taux de migrations des Outre-mer sont à peu près équivalents à ceux de l'Hexagone, voire moins pour la Guadeloupe, la Martinique, la NC-îles et Brousse, à l'inverse de la Guyane, de Mayotte, et de Nouméa, où plus de la moitié de la population a au moins un historique de migration dans les trois dernières générations.

De 4 à 17 % des personnes déclarent avoir eu accès à une psychothérapie : les taux sont très faibles à Mayotte et en Nouvelle-Calédonie-îles et Brousse, il en va de même pour la question de la « prise de médicaments pour les nerfs », qui concerne environ un quart de la population, moins qu'en métropole (34,8 %) mais plus qu'à Mayotte (6,5 %) et en NC-îles et Brousse (17 %).

Sur l'ensemble des sites étudiés, très peu de personnes déclarent avoir été soignées pour « folie » ou « maladie mentale ». En revanche, sans atteindre les taux de la métropole (19 %), de 8 à 13 % des personnes interrogées en Outre-mer déclarent avoir été soignées pour dépression, beaucoup moins à Mayotte (6,2 %) et en Brousse (4,9 %).

Au niveau des troubles de santé mentale dépistés au MINI, les taux des personnes ayant au moins un trouble varient aussi fortement d'un territoire à l'autre, allant de 28 % à 46 %. Les troubles anxieux sont élevés à Nouméa, à Mayotte et en Polynésie française ainsi qu'en Guyane, en particulier concernant l'état de stress post-traumatique (pour cette dernière, l'enquête a eu lieu en période pandémique de Covid-19). Ils sont relativement moins importants en Guadeloupe, en Martinique et à la Réunion.

Les troubles dépressifs sont partout plus importants qu'en Hexagone : 21 % des personnes en présentent en Polynésie française, 21 % en Guyane, 13 % en NC-îles et Brousse.

Les addictions et l'alcool sont à des niveaux très élevés en Polynésie française, surtout en Nouvelle-Calédonie, à Nouméa et en Brousse, de même que les drogues. Les addictions sont du même ordre dans les autres Outre-mer qu'en France métropolitaine.

Quant aux troubles psychotiques, ils sont plus élevés qu'en métropole de façon globale, exception faite en NC-Brousse et à la Réunion. Les troubles psychotiques mis en évidence par le MINI en Outre-mer sont souvent comorbides avec d'autres pathologies, dépressives ou liées aux addictions.

Le risque suicidaire élevé ou moyen est nettement plus important à Nouméa et en Polynésie française. Mais le taux reste conséquent dans les autres Outre-mer avec des nuances par rapport à l'Hexagone malgré les croyances et les interdits religieux.

Représentations sociales des comportements attribués au « fou », au « malade mental » et au « dépressif »

Le *tableau 2* donne, pour chacun des sites, la fréquence de l'étiquette la plus attribuée pour chaque comportement ou état.

Il montre de prime abord une certaine homogénéité entre les sites.

Ainsi, trois items sont très souvent attribués au « dépressif » : pleurer souvent, être en retrait et faire une tentative de suicide, mais moins en NC-îles et Brousse et à Mayotte.

Six autres ne sont plus attribués à aucune des trois étiquettes : être anxieux, être négligé ou sale, avoir un comportement bizarre, prendre régulièrement des drogues, boire régulièrement de l'alcool ou faire des crises convulsives.

Il existe une proximité dans l'image que les termes « fou » et « malade mental » renvoient, ils sont en effet plus difficiles à individualiser. L'attribution d'un comportement au « fou » apparaît très proche/proximale de l'attribution de ce même comportement au « malade mental ». Bien souvent, si le « fou » arrive en premier, dans les réponses à la question, le « malade mental » le talonne dans les résultats et réciproquement. Il s'agit des comportements violents et dangereux, à savoir battre son conjoint, être violent envers les autres, commettre un viol, commettre un inceste ou commettre un meurtre.

Le fait de délirer ou d'être violent envers soi-même est en revanche toujours majoritairement attribué au « malade mental » pour l'ensemble des sites.

Enfin, la déficience intellectuelle est majoritairement attribuée au « malade mental », sauf en Guadeloupe, Guyane et Martinique où la modalité « aucun des trois » arrive en premier. Avoir un discours bizarre était également attribué au « fou », au « malade mental », ou à « aucun des trois » en fonction des sites, avec des taux maximums proches de 50 %, donc des réponses très peu homogènes entre les sites.

La *figure 1* synthétise les proximités entre les variables des comportements attribués au « fou », au « malade mental » ou au « dépressif ».

Le premier axe exprime 7,76 % de la dispersion (inertie) des données. Les réponses qui y contribuent le plus sont les réponses peu nombreuses où « folie » et « maladie mentale » ne sont pas associées à des comportements jugés dangereux.

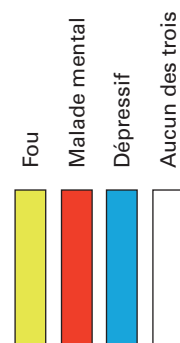
Sur les coordonnées fortement positives, on observe ainsi des comportements décrits généralement comme peu dangereux (être anxieux, être isolé, pleurer) mais attribués au « fou », par exemple à Mayotte et à NC-Brousse.

À l'inverse, sur les coordonnées fortement négatives, apparaissent des comportements généralement estimés comme dangereux (viol, inceste, meurtre, battre son conjoint) qui ne sont attribués à aucune des

Tableau 2. Réponse la plus fréquemment citée (en %) pour l'attribution des étiquettes « fou », « malade mental », « dépressif », ou à « aucun des trois », à tous les comportements et états en fonction des sites.

Comportements	Site								
	Métropole	Guadeloupe	Guyane	Martinique	Mayotte	NC* - Brousse	NC* - Nouméa	Polynésie française	Réunion
Pleurs, tristesse Tentative suicide Retrait, solitude	87	73	74	72	66	51	71	62	72
	79	74	67	74	52	58	77	70	72
	62	58	54	49	52	41	53	52	47
Anxiété	60	51	53	54	43	47	53	54	54
Aspect négligé	71	45	46	59	42	50	59	54	69
Discours bizarre	40	37	38	36	41	35	32	32	35
Comportement bizarre	59	41	50	49	37	32	45	41	42
Drogues régulières	59	47	45	51	39	33	51	45	45
Alcool régulier	65	54	52	55	39	33	51	45	56
Crises convulsives	71	57	60	60	51	38	54	55	55
Déficiência intellectuelle	49	50	50	50	42	52	54	48	53
Violences envers conjoint-e, enfants	42	38	41	35	36	29	34	34	30
Violence envers les autres	43	38	45	34	46	31	38	37	29
Violence envers soi-même	45	42	43	39	39	34	41	39	37
Délires, hallucations	51	45	49	44	39	39	46	42	38
Viol	46	44	46	34	35	41	44	46	40
Inceste	47 ^{sss}	44	43	37	39	42	42	42	39
Meurtre	46	38	35	46	36	42	48	44	36

*NC = Nouvelle Calédonie



trois étiquettes « fou », « malade mental » et « dépressif », en particulier en Martinique et dans l'échantillon métropolitain.

Les différents sites ont une répartition relativement centrée sur le deuxième axe, qui exprime 4,84 % de l'inertie des données.

La figure 2 synthétise les proximités entre les variables de représentations des conséquences et des soins des troubles (responsabilité du trouble et des actes, exclusion de la famille et de la société, possibilité de guérir, obligation de soins, recommandation de l'hôpital psychiatrique ou connaissance d'un autre lieu de soins).

Le premier axe, qui exprime 11,07 % de la dispersion des données, oppose l'exclusion à la non-exclusion du « fou », « malade mental » et « dépressif ». On observe assez peu de différences entre les sites sur ces réponses, sauf à Mayotte, et à moindre titre NC-îles et Brousse où davantage de personnes interrogées semblent

considérer les « fous » et les « malades mentaux » comme non exclus de la société ou de leur famille.

Le deuxième axe exprime 10,71 % de l'inertie et est plus structurant que le premier pour les sites. Les individus y sont opposés selon plusieurs variables. Pour les coordonnées fortement positives de ce deuxième axe, les personnes avec troubles sont considérées comme responsables de leur trouble et de leurs actes, on ne devrait pas les obliger à se soigner et on devrait leur proposer l'hôpital psychiatrique comme unique lieu de soins. Les « fous » et « malades mentaux » peuvent guérir. S'y trouvent associés NC-îles et Brousse, la Polynésie française et Mayotte.

Pour les coordonnées fortement négatives de ce 2^e axe, on trouve des personnes pour lesquelles il existe d'autres lieux que l'hôpital pour soigner les troubles mentaux, et pour qui il n'est pas possible de guérir le « fou » ou le « malade mental ». C'est en particulier le cas de la Martinique, de la métropole, et dans une moindre mesure, de la Guadeloupe.

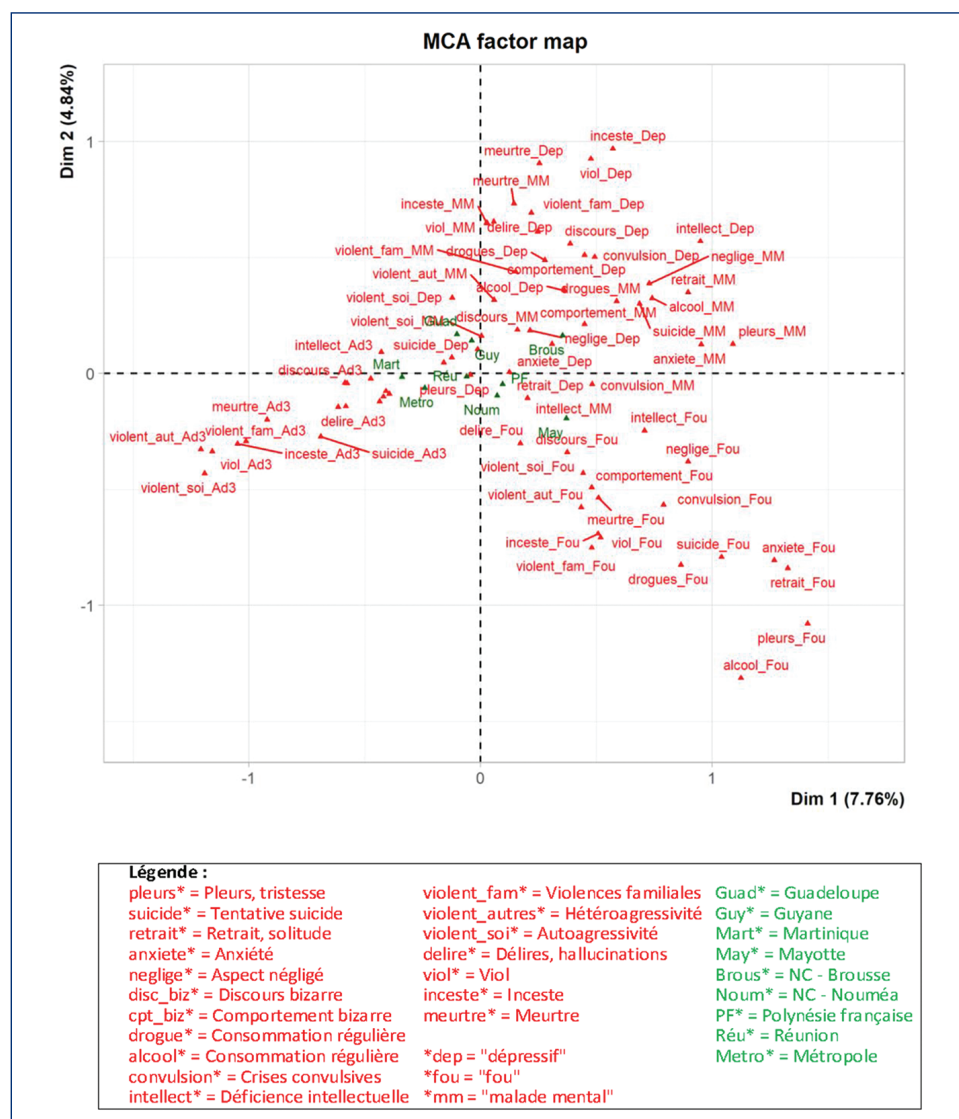


Figure 1. Analyse factorielle des correspondances multiples des représentations des comportements et états attribués au « fou », au « malade mental » et au « dépressif ».

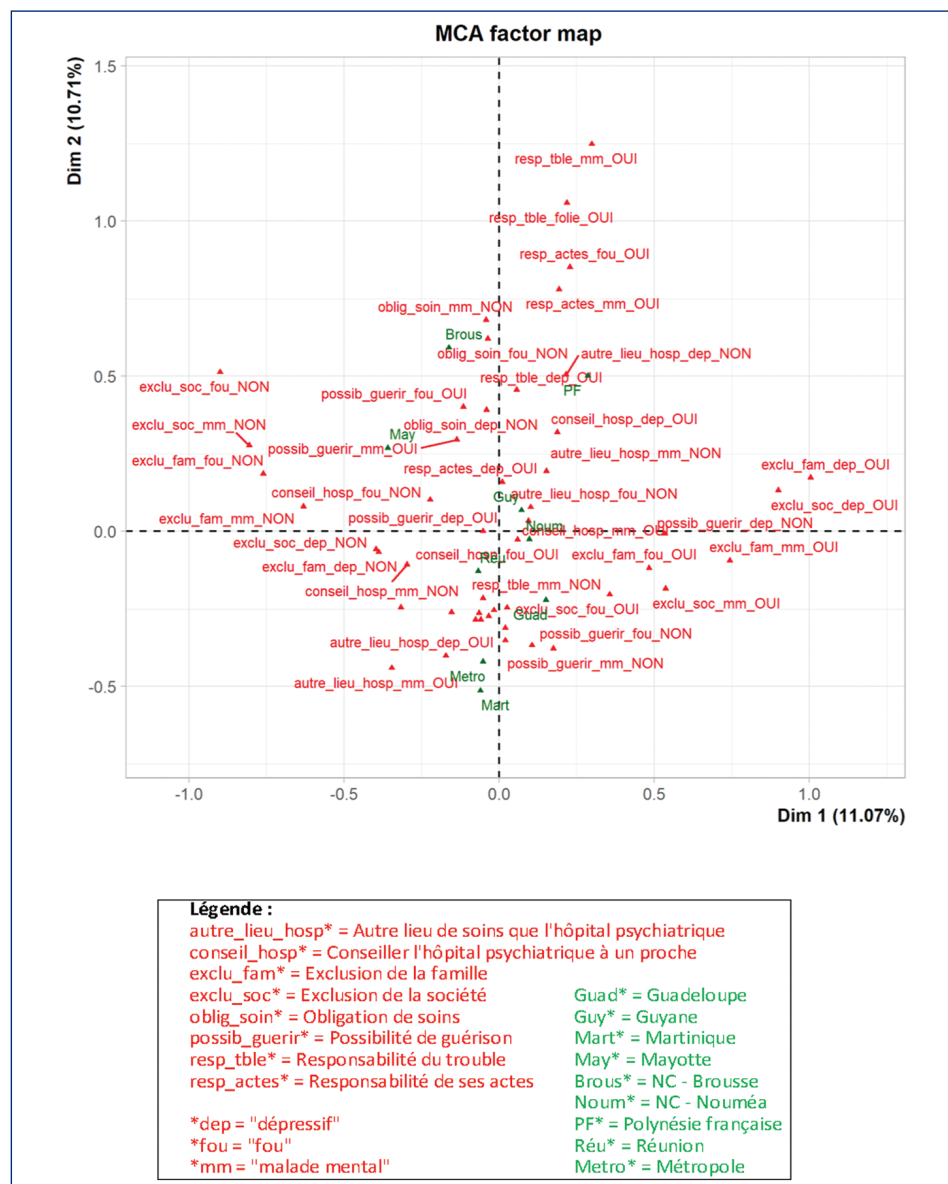


Figure 2. Analyse factorielle des correspondances multiples des représentations des conséquences et des soins de la « folie », de la « maladie mentale » et de la « dépression ».

Comportements attribués au « fou », au « malade mental », au « dépressif » et à « aucun des trois » représentations de la guérison, l'exclusion, la responsabilité et les lieux de soins

Le *tableau 3* compare les comportements attribués au « fou », au « malade mental », au « dépressif » et à « aucun des trois » et le *tableau 4* compare les représentations de la guérison, l'exclusion, la responsabilité et les lieux de soins.

Le *tableau 3* met en évidence certaines différences entre l'Outre-mer et la métropole.

Comparativement à l'Hexagone, les pleurs et la tristesse sont plus souvent attribués au « fou » et au « malade mental », le retrait plus au « malade mental », la violence physique au « malade mental », et moins au « dépressif », le viol, moins au « fou » et au « malade

mental ». Les comportements décrits comme dangereux sont globalement moins attribués au « malade mental ».

Moins de violences physiques envers des tiers familiaux lui sont attribuées, surtout en Martinique, en NC-îles et Brousse et à la Réunion.

Enfin, les actes violents sont plus souvent attribués au dépressif dans les sites ultramarins que dans la métropole : battre sa femme, ou son conjoint, commettre un viol, un meurtre, un inceste, être violent envers les objets.

La prise en charge et les soins révèlent aussi des différences par rapport à l'Hexagone, quoique non retrouvées sur tous les sites.

Pour le « fou », la guérison est globalement plus envisageable, surtout à Mayotte et en NC-îles et Brousse, mais il lui est autant conseillé que dans les autres sites d'aller se soigner à l'hôpital psychiatrique. Il est considéré comme

Tableau 3. Comportements et états attribués au « fou », au « malade mental », au « dépressif », ou à aucun des trois (en %), qui contribuent le plus aux deux premiers axes de la figure 1.

Variables	Métropole (référence) n = 889	Guadeloupe n = 884	Guyane n = 900	Martinique n = 870	Mayotte n = 892	NC* - Brousse n = 575	NC* - Nouméa n = 904	Polynésie française n = 968	Réunion n = 854
Comportements peu dangereux									
Pleurs, tristesse									
Fou	0	1	1	0	3	4	1	1	1
Malade mental	1	3	5	3	9 +	13 +	6 +	2	5
Dépressif	87	73 -	74 -	72 -	66 -	51 -	71 -	62 -	72 -
Aucun des trois	12	23 +	20 +	25 +	23 +	33 +	22 +	34 +	23 +
Isolément, retrait									
Fou	1	2	1	1	8 +	6 +	4	4	1
Malade mental	3	6	6	6	16 +	17 +	7	8 +	8 +
Dépressif	62	58	54 -	44 -	52 -	41 -	53 -	52 -	47 -
Aucun des trois	34	34	39 +	49 +	24 -	37	37	37	44 +
Anxiété									
Fou	0	1	1	0	7 +	5 +	3	4	1
Malade mental	3	4	8 +	4	14 +	11 +	7	7	4
Dépressif	37	44 +	38	42	37	38	37	35	41
Aucun des trois	60	51 -	53 -	54	43 -	47 -	53 -	54 -	54 -
Comportements dangereux									
Violence physique conjointe									
Fou	30	18 -	26	16 -	36 +	25 -	34	34	25 -
Malade mental	42	38	41	29 -	33 -	28 -	34 -	29 -	30 -
Dépressif	9	18 +	14 +	20 +	14 +	29 +	15 +	17 +	21 +
Aucun des trois	18	26 +	19	35 +	18	19	17	20	24 +
Viol									
Fou	40	28 -	34 -	31 -	35 -	38	42	36	35 -
Malade mental	46	44	46	34 -	35 -	41 -	44	46	40 -
Dépressif	1	5	2	3	9 +	9 +	3	4	5
Aucun des trois	12	24 +	18 +	32 +	22 +	11	11	15	20 +
Inceste									
Fou	37	28 -	35	28 -	39	34	41	37	36
Malade mental	47	44	43	37 -	34 -	42 -	42 -	42 -	39 -
Dépressif	1	4	3	2	6 +	7 +	3	4	4
Aucun des trois	15	24 +	19	33 +	21 +	16	14	17	22 +
Meurtre									
Fou	46	33 -	35 -	29 -	36 -	42	48	44	36 -
Malade mental	29	21 -	30	17 -	26	27	25	34 +	23 -
Dépressif	2	7 +	6	8 +	9 +	15 +	8 +	7 +	13 +
Aucun des trois	23	38 +	30 +	46 +	29 +	16 -	20	15 -	28 +

*NC = Nouvelle-Calédonie
- = écart <= -5 % significatif par rapport à la métropole
+ = écart >= 5 % significatif par rapport à la métropole

Tableau 4. Représentations associées au « fou », au « malade mental », au « dépressif » (en %), qui contribuent le plus aux deux premiers axes de la figure 1.

Variables	Métropole (référence) n = 889	Guadeloupe n = 884	Guyane n = 900	Martinique n = 870	Mayotte n = 892	NC* - Brousse n = 575	NC* - Nouméa n = 904	Polynésie française n = 968	Réunion n = 854
Exclusion famille									
Fou	63	67	64	67	40 -	46 -	68 +	71 +	58 -
Malade mental	43	52 +	50 +	48 +	33 -	33 -	52 +	56 +	41
Dépressif	20	31 +	27 +	24	24	28 +	29 +	40 +	26 +
Exclusion société									
Fou	85	78 -	75 -	77 -	57 -	55 -	75 -	67 -	71 -
Malade mental	70	64 -	64 -	59 -	52 -	46 -	63 -	60 -	58 -
Dépressif	25	32 +	32 +	23	29	35 +	31 +	39 +	30 +
Responsabilité du trouble									
Fou	16	14	18	10 -	20	34 +	24 +	40 +	16
Malade mental	7	12 +	11	9	17 +	26 +	15 +	26 +	12 +
Dépressif	29	33	26	34 +	40 +	46 +	39 +	52 +	41 +
Obligation de soins									
Fou	70	67	54 -	76 +	56 -	56 -	62 -	64 -	67
Malade mental	74	69 -	59 -	78	59 -	62 -	70	71	74
Dépressif	60	58	53 -	70 +	55 -	61	60	68 +	66 +
Possibilité de guérison									
Fou	32	38 +	51 +	35	68 +	59 +	42 +	63 +	43 +
Malade mental	47	46	57 +	47	71 +	70 +	51	66 +	54 +
Dépressif	93	89	90	88 -	93	89	94	93	90
Autres lieux que l'hôpital									
Fou	24	21	25	22	39 +	20	25	18 -	22
Malade mental	42	29 -	25 -	37 -	34 -	23 -	31 -	21 -	31 -
Dépressif	75	61 -	48 -	73	45 -	32 -	61 -	45 -	56 -

NC = Nouvelle-Calédonie

- = écart <= -5 % significatif par rapport à la métropole

+ = écart >= 5 % significatif par rapport à la métropole

moins exclu de la société. Davantage de répondants déclarent qu'il faut l'obliger aux soins pour la Martinique, et plutôt moins en NC-îles et Brousse et Mayotte.

Pour le « malade mental », être anxieux est un comportement qui lui est beaucoup plus attribué que dans l'Hexagone, Il est considéré comme plus responsable de sa maladie, il lui est plus conseillé d'aller à l'hôpital psychiatrique. Il est moins exclu de la société, moins obligé aux soins à Mayotte et NC-îles et Brousse mais plus en Martinique. Il est moins cité, dans l'Hexagone, d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour le soigner que dans les autres sites.

Enfin, le dépressif est plus souvent décrit comme étant exclu de la famille et de la société, surtout en Polynésie, et on lui conseille plus d'aller se soigner à l'hôpital psychiatrique. Il est décrit comme moins isolé et en retrait. Il est perçu comme ayant moins de possibilités de guérison et il y a beaucoup plus de personnes pour penser qu'il n'y a pas d'autre lieu que l'hôpital psychiatrique pour le soigner.

Caractéristiques particulières par site

Pour la Polynésie, les différences sont les plus fortes : la responsabilité des actes est plus forte, tant pour le « fou », que pour le « malade mental » et le « dépressif ». L'exclusion de la famille est aussi plus citée pour le « dépressif », la guérison du « fou » plus envisageable, du « malade mental » aussi, moins du « dépressif ». Il y a moins d'obligations de soins, sauf pour le « dépressif », et plus de conseils pour ce dernier d'aller se soigner à l'hôpital psychiatrique. Il est beaucoup moins cité d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour se soigner.

Pour la NC-îles et Brousse, le « malade mental » est vu comme plus responsable de ses actes, les « fous » et « malades mentaux » sont plus responsables de leur « folie » et « maladie mentale », moins exclus de la société et de la famille, contrairement au « dépressif ». Il y a moins d'obligations de soins associées au « fou », plus de conseils au « dépressif » d'aller à l'hôpital psychiatrique et moins d'alternatives.

Pour Mayotte, moins d'exclusion sociale et familiale est rapportées pour le « fou » et le « malade mental ». La guérison est beaucoup plus envisageable, moins d'obligations de soins, plus d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner le « fou », moins pour le « dépressif », plus de conseil d'aller à l'hôpital psychiatrique pour le « dépressif », moins responsable de ses actes, plus de sa maladie et moins de consommation de médicaments pour les nerfs.

Pour La Réunion, le « malade mental » est plus envisagé comme responsable de ses actes, et moins de guérison possible pour lui. La guérison est plus envisageable pour le « fou ». On conseillera plus au proche « fou » et au « malade mental » d'aller à l'hôpital psychiatrique ; il y a moins d'autres lieux cités pour soigner le « fou » et le « malade mental ».

Pour La Martinique, les représentations ne se différencient pas de l'Hexagone.

Pour La Guadeloupe, l'exclusion est perçue comme plus forte de la part de la famille pour le « fou » et le « malade mental ». On conseille davantage au « fou » et au « malade mental » d'aller à l'hôpital psychiatrique.

Pour la Guyane, on envisage plus de possibilités de guérison du « fou » et du « malade mental », moins d'obligations de soins, beaucoup moins d'autres lieux pour soigner un « dépressif » ou un « malade mental » ; plus de conseil de se faire hospitaliser au « dépressif ».

Enfin, à Nouméa, le « dépressif » est décrit plus responsable, le « fou » moins exclu de la société et guérissable, il y a moins d'autres lieux connus que l'hôpital psychiatrique pour soigner un « malade mental » et un « dépressif » et plus de conseils d'hospitaliser un « dépressif ».

Discussion

Les Outre-mer français sont donc des territoires très contrastés sur le plan sociodémographique et épidémiologique. Classes d'âge, activité professionnelle, croyances plus affirmées, migrations moins fortes sauf à Mayotte [14] et en Guyane [15], chaque outre-mer a ses particularités. Les troubles psychiques sont présents partout, mais là aussi avec des différences de prévalences allant du simple au double. Chaque territoire a ses spécificités en termes d'offre de soins et d'aides, en fonction des disponibilités locales comme on peut le voir pour les psychothérapies et les prises médicamenteuses. Le médico-psychologique jouxte le religieux et le magico-religieux, comme à Mayotte, voire les médecines douces et alternatives, ou les traitements par les plantes, comme c'est le cas en Guyane ; dans ces deux territoires, on considère plus que l'on peut soigner un « fou » ou un « malade mental » sans médicaments. L'importance des troubles reste aussi reliée au niveau de précarité et de bien-être des populations [16]. Ils restent des photographies à

un moment donné, qui peuvent orienter les politiques publiques, vers plus de prise en compte des addictions comme en Polynésie, de l'anxiété à Nouméa et en Polynésie, des troubles de l'humeur en Guyane et en Polynésie et l'état de stress post-traumatique en Guyane ou à considérer différemment l'émergence de troubles psychotiques, globalement plus fréquents en Outre-mer [17].

Les représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » dans les Outre-mer et dans l'Hexagone ne montrent globalement pas de différences fondamentales en concordance avec les résultats retrouvés dans les autres de sites d'enquête nationaux [18, 19]. En première lecture, elles semblent constantes et homogènes. Ainsi, pleurer souvent, être en retrait et faire une tentative de suicide sont souvent attribués au « dépressif » ; être anxieux, négligé, avoir un comportement bizarre, se droguer, s'alcooliser régulièrement ou avoir des convulsions sont souvent attribués à « aucun des trois » ; et les comportements violents sont le plus souvent attribués au « fou » ou au « malade mental » [20].

Mais dans le détail, des nuances existent, qui doivent être analysées site par site, en tenant compte des spécificités de chaque histoire de la « folie » et de la « maladie mentale » ainsi que de la « dépression » et de sa gestion locale [4, 8, 21-23]. Ici comme ailleurs, les notions de « fou » et de « malade mental » se recouvrent : ce sont essentiellement les autres, soi-même ne pouvant se considérer que comme « dépressif » ou « aucune des trois » appellations, avec, en corollaire, le fait que très peu de personnes disent avoir été soignées pour « folie » ou « maladie mentale » dans tous les sites, sans différence notable [18, 24]. Néanmoins, là où le concept de « dépression » n'a pas encore été intégré complètement, comme c'est surtout le cas à Mayotte et en NC-îles et Brousse, le « fou » et le « malade mental » sont considérés comme moins exclus et plus guérissables, et ce à l'inverse du « dépressif » [21]. Ces résultats sont à lire à l'aune des conceptions de la guérison, et là où elle est plus envisageable pour le « fou » et le « malade mental » qu'en Hexagone, elle l'est moins pour le « dépressif ». Dans ces sites, l'exclusion est aussi moins forte, et le recours à l'appellation « dépressif » est moins nécessaire dans les Outre-mer pour se différencier du « fou » et du « malade mental », moins fondamentalement « autres ».

Ceci est en phase avec le nombre nettement moins élevé de personnes déclarant avoir été soignées pour « dépression » dans les Outre-mer. Dans le même sens, les actes violents sont plus attribués au « dépressif » qu'en France hexagonale, et moins au « fou » et au « malade mental ». L'altérité perçue dans les Outre-mer de la Folie/Maladie mentale est peut-être moins forte qu'en métropole, mais pas partout, et jusque quand ?

Par contre, on orienterait plus facilement vers l'hôpital psychiatrique que dans l'Hexagone un proche « fou », « malade mental » et encore plus

« dépressif » [25]. À l'exception notable de Mayotte et NC-îles et Brousse, les Outre-mer sont plus des sociétés où on prône encore plus qu'en Hexagone la contrainte aux soins pour le « fou », le « malade mental » et le « dépressif ». On considère également ces trois figures comme plus responsables, essentiellement à Mayotte, en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie. En corollaire, beaucoup moins d'alternatives à l'hospitalisation sont citées, surtout pour le « dépressif », traité en Outre-mer à l'identique du « fou » et du « malade mental ». Seuls 44 % des Guyanais soigneraient un « dépressif » ailleurs qu'à l'hôpital psychiatrique, 74 % pour les Martiniquais.

Le concept de « dépressif » est moins nécessaire pour les ultramarins pour mettre à distance de lui-même celui qu'il considère « fou » ou « malade mental », où alors, le concept ne serait pas encore « assimilé » complètement malgré la mondialisation ? Ces constatations sont particulièrement vraies pour les territoires où la marque métropolitaine et de mondialisation n'est pas encore aboutie pleinement, spécialement à Mayotte et en Nouvelle-Calédonie-îles et Brousse. Les populations sont plus natives, et gardent une culture propre plus marquée. Ailleurs, le mélange, la créolisation tant culturelle que sociale a peut-être plus eu lieu ?

Ainsi, à Mayotte, le « fou » est moins exclu malgré les comportements violents qui lui sont attribués, de même en NC-îles et Brousse, l'exclusion est moindre dans ces deux sites, les personnes qui sont « folles », « malades mentales » et « dépressives » peuvent plus guérir. Des comportements non violents lui sont aussi beaucoup plus attribués.

La Martinique – et à moindre titre la Guadeloupe et la Réunion – a des réponses très proches de celles de l'Hexagone. Tant pour la dé-psychiatisation des comportements que pour la différenciation « fou »/« malade mental » *versus* « dépressif » et les alternatives à l'hospitalisation, en particulier pour le « dépressif ». Ceci peut être analysé en tenant compte de l'antériorité de la départementalisation et la proximité plus grande avec la métropole. Îles et Brousse en Nouvelle-Calédonie et Mayotte étant le plus éloignés culturellement de la métropole, des populations à Nouméa et en Guyane étant plus « *melting-pot* » et la Polynésie à la fois très polynésienne et occidentalisation où le « dépressif » reste paradoxalement plus exclu qu'ailleurs.

Ces résultats ultramarins ne sont interprétables qu'en prenant en compte leur complexité [26]. Les représentations sociales, l'histoire, la géopolitique, l'anthroposociologie, la littérature, et la psychiatrie doivent être convoqués dans chaque site pour penser la santé mentale, ce bien commun aux déclinaisons particulières. Nous touchons les limites de l'approche épidémiologique qui à partir des perspectives de réflexion qu'elle ouvre doit avoir des hypothèses complétées par des approches socio-anthropologiques de « terrain » [4, 27].

Avantages et limites

Stabilité des représentations sociales

L'effectif des populations est important, et nous avons presque toutes les territoires ultramarins, ne manquent que Saint-Pierre-et-Miquelon et Wallis-et-Futuna. Seules les îles et Brousse en Nouvelle-Calédonie n'ont un effectif de 575 personnes, 900 dans les autres sites. Le fait que les enquêtes s'étalent sur plus de 20 ans impose la prudence pour les comparaisons sociodémographiques et épidémiologiques qui sont des photographies à un moment donné des différents sites. Néanmoins, notre expérience tirée des enquêtes SPMG des sites français de 1998 à nos jours [6, 28-31] nous incite à penser que les représentations sociales ne se modifient que peu d'année en année.

La question essentielle des traductions

Si le français est la langue officielle de ces sites, elle est loin d'être la seule langue parlée localement. Le mot « fou » existe dans toutes les langues, le mot « malade mental » nécessite une traduction au mot à mot, et le mot « dépressif » est souvent un concept flou, qui ne peut être traduit que par des métaphores et des approximations. Le travail de traduction est alors essentiel, pour ne pas perdre la substance de cette enquête. Ceci peut contribuer à l'explication de certaines différences parfois non négligeables entre les représentations sociales de la « dépression ».

Limites de l'AFC

L'étude SPMG vise à analyser les représentations en interrogeant plusieurs variables. Leur description exhaustive est difficile d'interprétation. L'analyse factorielle multiple permet de condenser ces nombreuses données et de les visualiser sur un graphique. Les deux premiers axes des ACM n'expriment néanmoins respectivement que 12,6 et 21,8 % de la dispersion totale des jeux de données ; c'est un pourcentage faible, qui est loin d'apporter une interprétation globale de l'ensemble des données.

En dépit de ces limites, cette étude apporte une contribution à la connaissance des représentations sociales en santé mentale, dans leur globalité et leurs spécificités culturelles dans les Outre-mer français et l'Hexagone.

Remerciements

Cette enquête a été possible grâce au soutien des établissements publics de santé et les secteurs de psychiatrie, des agences régionales de santé et des municipalités, aux conseils locaux de santé mentale et aux écoles de soins infirmiers ; ainsi qu'à l'implication des enquêteurs et des superviseurs de tous les sites d'enquête et aux personnes ayant accepté de répondre aux questionnaires.

À Françoise Askevis Leherpeux pour la relecture.

Liens d'intérêt les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

- Jodelet D, Moscovici S. *Folies et représentations sociales*. Paris : PUF, 1989.
- Jodelet D. Représentations sociales de la maladie mentale et insertion des malades mentaux. In: Abric JC (dir). *Exclusion sociale, insertion et prévention* [Internet]. Toulouse : Érès ; 2003. pp. 97-113. Disponible sur : <http://www.cairn.info/exclusion-sociale-insertion-et-prevention-9782865864423-page-97.htm> [consulté le 22 août 2022].
- Eynaud M, Casse R, Dellas B, Plénet J, Didier P, Girard B, et al. La santé mentale en Guadeloupe : résultats préliminaires de l'étude « La santé mentale en population générale : images et réalités ». *Inf Psychiatr* 2000 ; 76(3) : 293-8.
- Eynaud M, Rémy G, L'Étang S. Petit lexique de la folie en Guadeloupe. *Inf Psychiatr* 2000 ; 76(3) : 299-303.
- Roelandt JL, Caria A, Mondière G. La santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête. *Inf Psychiatr* 2000 ; 76(3) : 279-92.
- Defromont L. Les représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif ». *Inf Psychiatr* 2003 ; 79(10) : 887-94.
- Roelandt J, Caria A, Anguis M, Benoist J, Bryden B, Defromont L. La santé mentale en population générale : Résultats de la première phase d'enquête 1998-2000. *Inf Psychiatr* 2003 ; 79(10) : 867-78.
- Benoist J. La recherche épidémiologique en santé mentale aux Antilles : vers une mise en perspective anthropologique. *Inf Psychiatr* 2003 ; 79(10) : 879-86.
- Roelandt J. Cultures et recherches en santé mentale. *Inf Psychiatr* 2003 ; 79(10) : 859-66.
- Caria A, Roelandt JL, Bellamy V, Vandeborre A. « Santé mentale en population générale : images et réalités (Smpg) » : Présentation de la méthodologie d'enquête. *Encéphale* 2010 ; 36(3) : 1-6.
- Bibeau G, Corin EE. Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique : les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale [Internet]. In: Trudel F, Charest P, Breton Y. *La construction de l'anthropologie québécoise. Mélanges offerts à Marc-Adélaïde Tremblay*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 1995. 105-148. http://classiques.uqac.ca/contemporains/bibeau_gilles/culturaliser_epidemiologie/culturaliser_epidemiologie.html [consulté le 22 août 2022].
- Sheehan D, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry* 1997 ; 12(5) : 232-41.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998 ; 59(suppl 20) : 22-33.
- CCOMS-EPISM Lille Métropole. *Santé mentale en population générale : images et réalités à Mayotte*. 2019 pp. 1-26. [Internet]. http://www.recherche-sante-mentale.fr/docsenlien/SMPG/Rapport_principaux_resultats_SMP_Mayotte (consulté le 18 juillet 2022).
- CCOMS-EPISM Lille Métropole. *Santé mentale en population générale en Guyane*. 2022. pp 1-31. [Internet]. <https://fr.calameo.com/read/0065795842d06621db51b> (consulté le 7 juillet 2022).
- Surault P. Milieu social et santé mentale : représentations, stigmatisation, discrimination. *Inf Psychiatr* 2005 ; 81(4) : 313-24.
- Chabaud F, Benradia I, Bouet R, Caria A, Roelandt JL. Facteurs de risque sociodémographiques et troubles mentaux : modèle global et spécificités locales, d'après les résultats de l'enquête « santé mentale en population générale » dans 18 sites internationaux. *Encéphale* 2017 ; 43(6) : 540-57.
- Roelandt JL, Caria A, Benradia I, Defromont L. Perceptions sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. In : *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale* [Internet]. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2010. pp. 47-64. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294712043500084> [consulté le 22 août 2022].
- Anguis M, Roelandt JL, Caria A. La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites. *Études et Résultats (Drees)* 2001 ; 116. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-perception-des-problemes-de-sante-mentale-les-resultats-dune> (consulté le 24 juillet 2022).
- Tassone-Monchicourt C, Daumerie N, Caria A, Benradia I, Roelandt JL. États dangereux et troubles psychiques : images et réalités. *Encéphale* 2010 ; 36(3) : 21-5.
- Goodfellow B, Defromont L, Calandreau F, Roelandt JL. Images of the « Insane », the « Mentally Ill », and the « Depressed » in Nouméa, New Caledonia. *Int J Ment Health* 2010 ; 39(1) : 82-98.
- Amadéo S, Benradia I, David-Vanquin G, Rereao M, Meunier-Tuheiva A, Favro P, et al. Représentations sociales et aspects anthropo-culturels de la santé mentale en Polynésie française dans l'étude « Santé mentale en population générale : images et réalités ». *Inf Psychiatr* 2022 ; 98(7) : 530-44.
- Bryden B. Culture, dépression et épidémiologie. *Inf Psychiatr* 2003 ; 79(10) : 895-901.
- Roelandt JL, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *Encéphale* 2010 ; 36(3S1) : 7-13.
- Quidu F, Escaffre JP. Les représentations du « fou » du « malade mental », du « dépressif » et les opinions vis-à-vis des hôpitaux psychiatriques sont-elles homogènes selon les populations des sites enquêtés ? *Encéphale* 2010 ; 36(3) : 15-9.
- Morin E. *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Points, 2014.
- Bryden B. Stigmatisation en pays Betsimisaraka. S'éloigner pour mieux s'apercevoir. *Inf Psychiatr* 2007 ; 83(10) : 815-20.
- Roelandt JL, Caria A, Anguis M, Benoist J, Bryden B, Defromont L. *La santé mentale en population générale : images et réalités. Rapport de la 1^{re} phase 1998-2000*. [Internet]. ASEP, OMS, EPSM Lille Métropole, ministère de la Santé, ministère des Affaires étrangères, 2001. p. 276. Disponible sur : <http://www.recherche-sante-mentale.fr/docsenlien/SMPG/Rapport.pdf> (consulté le 28 juin 2022).
- Santé Mentale en Nord Pas-de-Calais : images et réalités [Internet]. DRASS-DDASS Nord Pas-de-Calais, CCOMS/EPISM Lille-Métropole, ASEP ; 2008 sept p. 1-36. Disponible sur : http://www.recherche-sante-mentale.fr/docsenlien/SMPG/sante_mentale2008 (consulté le 17 mai 2022).
- Santé Mentale en population générale : images et réalités dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. DRASS Provence-Alpes-Côte d'Azur, CCOMS/EPISM Lille-Métropole, ASEP ; 2009 avr p. 1-16. (InfoStat). Report No. : 9. Disponible sur : http://www.recherche-sante-mentale.fr/docsenlien/SMPG/Infostat_9 (consulté le 16 mai 2022).
- Santé Mentale en Population Générale à Masevaux-Thann-Cernay [Internet]. CCOMS-EPISM Lille Métropole ; 2021 mai p. 1-26. Disponible sur : <http://www.recherche-sante-mentale.fr/docsenlien/SMPG/RapportMTC.pdf> (consulté le 13 juillet 2022).

Annexe I

Liste des questions sur les représentations du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » analysées

Q1) Selon vous, celui qui est... est « fou », « malade mental », « dépressif » ou « aucun des trois » ; « normal » ou « anormal » ; « dangereux » ou « peu dangereux » ? – pleure souvent, et qui est la plupart du temps – tente de se suicider – prend régulièrement des drogues (cannabis, héroïne, cocaïne...) – boit régulièrement des boissons alcoolisées – bat régulièrement son mari ou sa femme ou ses enfants – violent envers les autres et les objets – violent envers lui-même – délire, hallucine – est déficient intellectuel, attardé – fait des crises, des convulsions (chute, tremblements, bave, évanouissement...) – a un comportement bizarre – a un discours bizarre, sans aucun sens – négligé, souvent sale – isolé, en retrait, cherche à être seul – anxieux – commet un viol – commet un inceste – commet un meurtre
Q3) a. Selon vous, un « fou » est-il responsable de ses actes ? b. Selon vous, un « malade mental » est-il responsable de ses actes ? c. Selon vous, un « dépressif » est-il responsable de ses actes ?
Q4) a. Selon vous, un « fou » est-il responsable de sa folie ? b. Selon vous, un « malade mental » est-il responsable de sa maladie ? c. c. Selon vous, un « dépressif » est-il responsable de sa dépression ?
Q8) a. Selon vous, un « fou » est-il exclu de sa famille ? b. Selon vous, un « malade mental » est-il exclu de sa famille ? c. Selon vous, un « dépressif » est-il exclu de sa famille ?
Q10) a. Selon vous, un « fou » est-il exclu de la société ? b. Selon vous, un « malade mental » est-il exclu de la société ? c. Selon vous, un « dépressif » est-il exclu de la société ?
Q13) Selon vous, est-il possible de guérir Un « fou » ? Un « malade mental » ? Un « dépressif » ?
Q16) Pensez-vous que l'on doit soigner Un « fou » qui ne le veut pas ? Un « malade mental » qui ne le veut pas ? Un « dépressif » qui ne le veut pas ?
Q20) Connaissez-vous d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique a. pour soigner un « fou » ? b. pour soigner un « malade mental » ? c. pour soigner un « dépressif » ?
Q21) Conseilleriez-vous à un de vos proches qui est : « fou » d'être hospitalisé à l'hôpital psychiatrique ? « malade mental » d'être hospitalisé à l'hôpital psychiatrique ? « dépressif » d'être hospitalisé à l'hôpital psychiatrique ?

Q32) Avez-vous déjà pris des médicaments pour les nerfs, pour la tête (tranquillisants, somnifères, antidépresseurs, autres...) ?
Q33) Avez-vous déjà été soigné(e) pour « folie » ?
Q34) Avez-vous déjà été soigné(e) pour « maladie mentale » ?
Q35) Avez-vous déjà été soigné(e) pour « dépression » ?
Q36) Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ?