

Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête "Santé mentale en population générale : images et réalités"

C. Cohidon. Département santé et travail - Institut de veille sanitaire/Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport travail environnement

INTRODUCTION

Bien que les épidémiologistes travaillant dans le domaine de la psychiatrie aient été parmi les premiers à parler d'épidémiologie sociale dans les années 60 [Jaco 1960], les connaissances dans ce domaine sont encore peu nombreuses et parfois sujettes à controverse [Wittchen 2004, Lahelma 2005, Kohn 1998]. En France, l'épidémiologie psychiatrique est un domaine assez peu investi ; dans ce contexte, le rôle des facteurs professionnels reste encore très peu étudié. Les conséquences sur le travail de l'existence de tels troubles le sont encore moins.

Néanmoins, face au constat fait par de nombreux médecins du travail d'une fréquence élevée de problèmes de santé mentale au travail, la demande d'études est croissante. De plus, les différentes études sur les conditions de travail menées en France [Bué 2006] montrent, du fait de modifications substantielles des organisations de travail ces dernières décennies, une intensification du travail et des contraintes psychosociales au travail. De telles situations sont, par ailleurs, reconnues dans la littérature épidémiologique comme potentiellement génératrices de troubles de santé mentale [Stansfeld 2006, Rugulies 2006, Paterniti 2002].

Une enquête multicentrique internationale nommée "Santé mentale en population générale : images et réalités" (SMPG), et pilotée par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (Asep) et le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France), s'est déroulée en France entre 1999 et 2003. L'objectif général de cette enquête était d'une part, de décrire la perception de la santé mentale par la population générale, non seulement en ce qui concerne les troubles mais aussi les structures et les professionnels de soins, et, d'autre part, d'estimer la prévalence des différents troubles psychiatriques. Le questionnaire contenait, entre autres, quelques questions sur l'emploi.

Le Département santé et travail de l'Institut de veille sanitaire (InVS) a eu l'opportunité de prendre en charge l'analyse de la santé mentale selon ces caractéristiques professionnelles, afin d'avoir un premier état des lieux français des troubles de santé mentale selon l'activité professionnelle. Dans un premier temps, la prévalence de chacune des pathologies mentales est décrite selon le statut vis-à-vis de l'emploi puis, selon la catégorie socioprofessionnelle. Dans un second temps, sont présentées les répercussions de l'existence d'un trouble mental sur la vie professionnelle.

MÉTHODE

L'enquête SMPG est une étude transversale multicentrique internationale ; la partie française a été menée en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). L'échantillon national français, composé d'environ 36 000 personnes, a été obtenu par l'agrégation des échantillons de 44 sites (secteurs psychiatriques, regroupements de secteurs psychiatriques ou départements) français, hors Dom-Tom. Dans chacun des sites, un échantillon de 900 personnes âgées de 18 ans et plus a été constitué par la méthode des quotas [Ardilly 2006]. Les variables entrant dans la définition des quotas étaient les suivantes : âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle (PCS) et niveau d'étude. Une pondération sur les variables sexe, âge, niveau d'étude, catégorie socioprofessionnelle et statut vis-à-vis de l'emploi a été effectuée de manière à obtenir un échantillon représentatif, pour ces caractéristiques, de la population française des personnes âgées de 18 et plus [Bellamy 2005].

Sur chacun des sites, les données ont été recueillies par un questionnaire administré par enquêteur. Le questionnaire comprenait deux parties : une première partie sur les représentations de la "folie", la "maladie mentale", la "dépression" et les modes d'aide et de soins, une seconde partie sur l'existence d'une ou plusieurs pathologies en santé mentale explorée par le questionnaire Mini [Sheehan 1998].

Le Mini comporte 120 questions permettant d'explorer 17 pathologies psychiatriques issues du DSM IV (*Diagnostic and statistical manual*, 4^e révision) et de la CIM 10 (classification internationale des maladies, 10^e révision). Les pathologies explorées dans cette enquête sont regroupées dans les catégories suivantes (classification CIM) :

- troubles de l'humeur, comprenant les épisodes dépressifs dans les deux dernières semaines, les troubles dépressifs récurrents sur la vie entière, la dysthymie sur les deux dernières années, les épisodes maniaques actuels ou passés ;
- troubles anxieux, comprenant l'agoraphobie actuelle, les troubles paniques actuels, l'agoraphobie avec troubles paniques, la phobie sociale actuelle, l'anxiété généralisée dans les six derniers mois, l'état de stress post-traumatique (SPT) actuel ;
- problèmes d'alcool et de drogue (dépendance et consommation abusive) ;
- syndromes d'allure psychotique, comprenant les syndromes psychotiques isolés ou récurrents, passés ou actuels. Pour ces syndromes, une validation clinique a été rajoutée ;
- risque suicidaire.

Les deux derniers types de trouble ne sont pas présentés ici en raison d'une prévalence trop faible pour une analyse fiable par catégorie socioprofessionnelle. De plus, le questionnaire sur le risque suicidaire n'a pas été proposé sur l'ensemble des sites.

Lorsqu'au moins un trouble mental était identifié, une fiche complémentaire était remplie. Celle-ci permettait d'une part, de connaître la prise en charge consécutive au trouble et, d'autre part, de décrire les répercussions du ou des troubles sur la vie courante. Les répercussions sur la vie professionnelle étaient explorées à partir de deux questions :

- ces problèmes vous gênent-ils (ou vous ont-ils gêné) dans votre travail ?
- avez-vous cessé de travailler à cause de ces problèmes ?

Les analyses ont été menées à l'aide du logiciel STATA, en utilisant la procédure "Weight" pour tenir compte des pondérations. Elles ont consisté en un simple calcul de prévalence des troubles et, secondairement, des conséquences sur le travail des troubles, selon la catégorie socioprofessionnelle au moment de l'enquête (nomenclature PCS 1994 de l'Insee, premier niveau).

RÉSULTATS

Les résultats sont présentés dans les tableaux suivants. Les effectifs cités sont ceux de l'échantillon ; les prévalences sont calculées sur les données redressées.

Prévalence des troubles (tableaux 1 à 3)

Les troubles de l'humeur (épisodes dépressifs, dysthymie, épisodes maniaques) concernent environ 11 % des hommes et 16 % des femmes ; les troubles anxieux (anxiété généralisée, agoraphobie, phobie sociale, troubles panique et stress post-traumatique) concernent 17 % des hommes et 25 % des femmes ; enfin, des problèmes d'alcool (dépendance ou consommation abusive) sont observés chez 7 % des hommes et 1,5 % des femmes, et des problèmes de drogues chez 4 % des hommes et 1 % des femmes. La classe d'âge des 18-29 ans présente systématiquement les prévalences les plus fortes.

Quelle que soit la pathologie étudiée, la prévalence diffère selon le statut d'emploi de manière systématique : les chômeurs présentent la prévalence de troubles la plus élevée, avec souvent, chez les hommes, des prévalences deux fois supérieures à celles des actifs occupés (troubles dépressifs et consommation de toxiques). Les retraités présentent des prévalences inférieures à celles observées dans l'ensemble de la population.

Parmi les actifs occupés, une tendance systématique se dégage également : les catégories les moins favorisées, employés et ouvriers, sont les plus touchées. Les artisans et commerçants viennent généralement ensuite. Les agriculteurs présentent souvent la prévalence la plus faible ; cette constatation ne concerne cependant pas les femmes, et ce, pour l'ensemble des troubles de l'humeur, les agricultrices occupant une position intermédiaire.

Conséquences professionnelles des troubles de santé mentale (tableau 4)

Parmi ceux qui déclarent un trouble de santé mentale, la fréquence de déclaration d'une gêne professionnelle, du fait de l'existence de ce trouble, se situe entre 28 % (problèmes d'alcool et de drogue chez les hommes) et 66 % (phobie sociale chez les femmes). Elle est en moyenne autour de 50 %. Ces proportions varient selon la PCS, de manière différente selon le sexe. Chez les hommes, les artisans-commerçants se déclarent le plus souvent gênés, dans le cadre de leur travail, par l'existence d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux. Les agriculteurs se déclarent plutôt moins fréquemment gênés (sauf pour l'alcool), mais les effectifs sont trop faibles pour conclure. Chez les femmes, les résultats sont moins systématiques. Les femmes cadres apparaissent plus souvent gênées par ces troubles que celles exerçant d'autres professions (excepté pour l'alcool).

Les interruptions du travail ont concerné de 12 % (anxiété généralisée chez les hommes) à 37 % (dysthymie chez les femmes) des personnes atteintes de troubles.

Quel que soit le sexe, ce sont les cadres qui doivent interrompre le plus souvent leur activité, et ceci, surtout pour des troubles anxieux et dépressifs. Les artisans et commerçants s'arrêtent peu de travailler malgré la fréquence de la gêne.

Tableau 1	Prévalence des troubles de l'humeur selon les variables socioprofessionnelles en population générale											
	Hommes						Femmes					
		ED récent	ED récurrent	Dysthymie	E. maniaque vie entière	Au moins un trouble de l'humeur		ED récent	ED récurrent	Dysthymie	E. maniaque vie entière	Au moins un trouble de l'humeur
	N	%	%	%	%	%	N	%	%	%	%	%
Âge en classe												
[18-30[	4 810	10,6	5,6	1,6	2,3	12,9	5 136	15,0	7,8	2,9	1,9	18,0
[30-40[	3 659	9,1	4,5	1,9	2,9	12,3	3 977	12,5	7,0	3,1	1,4	15,9
[40-50[	3 260	9,2	4,6	2,2	2,4	12,2	3 650	13,5	7,1	3,3	1,2	16,5
[50-65[	4 005	8,6	4,5	1,5	1,4	10,3	4 480	12,7	6,8	2,9	1,3	15,4
[65-	2 546	6,5	2,6	1,3	0,6	7,9	4 094	12,2	5,4	3,0	0,4	14,2
Statut d'emploi												
Actif au travail	10 968	7,4	3,9	1,4	1,9	9,9	10 118	11,3	6,3	2,7	1,3	14,2
Retraité	3 597	6,9	3,0	1,5	0,7	8,4	5 117	12,5	6,0	2,9	0,5	14,4
Chômeur	1 494	18,5	9,2	2,9	3,7	22,1	1 296	20,7	11,0	4,3	2,3	25,1
Etudiant	1 511	9,4	4,5	1,6	2,0	11,1	2 194	14,8	7,0	2,7	1,9	17,6
Au foyer	49	9,5	3,7	4,1	0,0	13,6	1 825	12,6	6,8	3,5	0,8	15,2
Autre inactif	661	22,3	11,4	4,3	6,9	26,7	787	17,3	7,2	3,8	1,6	21,0
PCS actifs												
Agriculteur	307	3,3	1,4	0,2	1,0	4,6	105	9,9	4,0	2,9	0	12,8
Artisan-com.	904	7,8	4,6	0,8	1,5	9,6	596	11,6	7,1	1,9	0,4	13,6
Cadre	1 598	5,0	2,8	1,1	1,5	7,8	1 175	7,8	3,3	1,6	0,8	9,9
Prof. Intern.	1 849	5,9	3,2	1,6	1,7	8,4	2 774	8,3	4,5	2,3	1,0	11,0
Employé	2 537	9,5	5,1	2,0	2,2	12,5	4 091	12,9	7,3	3,1	1,6	16,1
Ouvrier	3 773	8,8	4,4	1,6	2,2	11,3	1 377	13,9	8,7	3,0	1,5	16,4
Ensemble	18 820	8,9	4,4	1,7	1,9	11,2	21 337	13,1	6,8	3,0	1,2	15,9

NB : ED : épisode dépressif - N : effectif de l'échantillon - % : pourcentage pondéré.

Tableau 2

Prévalence des troubles anxieux selon les variables socioprofessionnelles en population générale

	Hommes							Femmes						
	N	Anxiété généralisée	Troubles panique	Agoraph.	Phobie sociale	SPT	Au moins un tr. anxieux	N	Anxiété généralisée	Troubles panique	Agoraph.	Phobie sociale	SPT	Au moins un tr. anxieux
		%	%	%	%	%	%		%	%	%	%	%	%
Âge en classe														
[18-30[	4 810	12,9	4,2	1,7	4,8	0,9	22,1	5 136	15,1	7,4	2,6	7,5	1,1	29,9
[30-40[	3 659	12,1	3,4	1,5	3,5	0,4	19,1	3 977	16,1	5,4	2,7	5,0	0,8	26,8
[40-50[	3 260	12,3	3,4	1,1	2,9	0,6	19,0	3 650	16,0	5,4	3,4	5,8	0,7	27,8
[50-65[	4 005	9,7	2,7	1,7	2,7	0,7	15,8	4 480	15,1	5,4	3,2	5,6	0,6	26,5
[65-	2 546	6,0	1,4	1,2	1,6	0,6	10,0	4 094	11,3	2,6	1,8	2,7	0,5	17,7
Statut d'emploi														
Actif au travail	10 968	11,3	2,7	1,2	3,0	0,5	17,3	10 118	14,9	5,3	2,4	5,3	0,7	25,7
Retraité	3 597	6,3	1,6	1,3	1,8	0,6	10,6	5 117	12,9	3,3	2,1	3,2	0,7	20,4
Chômeur	1 494	17,1	6,2	2,1	4,6	1,7	28,1	1 296	19,2	7,9	4,6	7,0	1,1	34,2
Étudiant	1 511	11,5	3,2	1,2	5,3	0,7	20,6	2 194	14,4	7,2	2,0	9,1	1,0	29,8
Au foyer	49	20,8	5,1	3,2	3,7	0,0	29,1	1 825	14,3	4,7	3,0	5,4	0,8	25,3
Autre inactif	661	15,0	10,0	5,1	7,4	1,0	31,9	787	13,0	5,3	4,6	4,7	0,7	25,0
PCS actifs														
Agriculteur	307	8,9	1,5	0,8	1,0	0,2	12,1	105	11,1	0,8	2,1	2,5	0,0	15,1
Artisan-com.	904	12,0	2,3	1,0	2,3	0,3	16,4	596	14,4	5,0	2,1	2,2	0,7	22,8
Cadre	1 598	9,2	1,7	1,1	2,2	0,3	13,7	1 175	11,6	3,4	1,8	3,8	0,4	20,0
Prof. Interm.	1 849	8,9	3,0	1,2	2,4	0,3	14,8	2 774	11,8	4,2	1,5	4,6	0,5	20,9
Employé	2 537	13,6	3,4	1,3	3,8	0,5	20,9	4 091	16,9	6,3	2,9	6,4	0,7	29,3
Ouvrier	3 773	12,8	3,0	1,4	3,6	0,8	19,8	1 377	16,7	6,3	2,7	5,1	1,0	29,0
Ensemble	18 820	10,7	3,1	1,5	3,2	0,6	17,4	21 337	14,5	5,1	2,7	5,2	0,7	25,4

NB : SPT : syndrome de stress post-traumatique - N : effectif de l'échantillon - % : pourcentage pondéré.

Tableau 3

Prévalence des conduites addictives, alcool et drogues illicites (dépendance ou consommation abusive), selon les variables socioprofessionnelles, en population générale

	Hommes			Femmes		
	N	Alcool	Drogue	N	Alcool	Drogue
		%	%		%	%
Âge en classe						
[18-30[	4 810	9,7	11,8	5 136	2,6	4,2
[30-40[	3 659	9,0	4,2	3 977	1,9	1,1
[40-50[	3 260	7,6	1,9	3 650	1,4	0,8
[50-65[	4 005	6,7	0,3	4 480	1,1	0,2
[65-	2 546	2,6	0,0	4 094	0,5	0,0
Statut d'emploi						
Actif au travail	10 968	7,4	3,2	10 118	1,6	1,1
Retraité	3 597	3,3	0,1	5 117	0,6	0,1
Chômeur	1 494	14,1	10,3	1 296	2,1	2,4
Étudiant	1 511	8,1	11,8	2 194	2,7	4,5
Au foyer	49	1,7	0,0	1 825	0,9	0,6
Autre inactif	661	14,1	9,3	787	2,3	1,8
PCS actifs						
Agriculteur	307	3,5	0,0	105	0,8	0,1
Artisan-com.	904	6,7	1,8	596	1,8	0,1
Cadre	1 598	4,2	1,8	1 175	1,5	0,8
Prof. Interm.	1 849	5,1	2,6	2 774	1,2	1,0
Employé	2 537	8,1	4,7	4 091	1,5	1,3
Ouvrier	3 773	10,3	4,3	1 377	3,2	1,7
Ensemble	18 820	7,2	3,9	21 337	1,5	1,2

Tableau 4

Conséquences sur le travail des troubles de santé mentale selon la PCS actuelle

	Épisode dépressif récent						Épisode dépressif récurrent					
	Hommes			Femmes			Hommes			Femmes		
	N	Gêne	Interruption	N	Gêne	Interruption	N	Gêne	Interruption	N	Gêne	Interruption
		%	%		%	%		%	%		%	%
Agriculteur	8	18,7	0	5	5,8	0	4	30,1	0	3	14,9	0
Artisan-com.	58	57,3	14,9	67	56,5	13,8	33	70,3	18,1	41	55,7	12,6
Cadre	63	51,1	38,6	63	58,4	29,5	36	47,2	40,4	33	52,9	15,7
Prof. interm.	91	50,3	12,5	181	49,7	27,1	51	48,1	17,7	104	59,7	34,4
Employé	184	53,8	21,0	437	48,7	21,7	106	58,5	23,2	261	46,2	23,4
Ouvrier	246	56,3	24,5	157	49,7	24,0	129	55,7	24,9	98	51,6	22,4
Ensemble	650	53,8	21,8	910	49,1	23,0	371	55,0	23,5	559	49,6	24,2
	Dysthymie						Au moins un trouble de l'humeur					
	Hommes			Femmes			Hommes			Femmes		
	N	Gêne	Interruption	N	Gêne	Interruption	N	Gêne	Interruption	N	Gêne	Interruption
		%	%		%	%		%	%		%	%
Agriculteur	2	100	25,5	1	0	0	14	27,1	1,8	9	6,8	0
Artisan-com.	7	66,3	14,4	10	59,9	0	110	60,6	16,7	122	56,7	12,8
Cadre	14	51,9	38,3	15	65,2	81,1	133	51,7	39,2	118	56,7	31,2
Prof. interm.	23	51,7	28,6	51	56,1	23,6	195	52,2	18,6	357	54,9	31,9
Employé	44	73,7	31,2	96	63,6	39,6	378	60,1	25,9	841	50,3	25,0
Ouvrier	44	55,6	28,8	32	58,4	43,3	480	56,5	26,1	301	52,1	27,2
Ensemble	134	58,4	29,6	205	59,7	37,3	1 310	55,8	24,8	1 748	51,3	26,3
	Agoraphobie actuelle						Troubles panique actuels					
	Hommes			Femmes			Hommes			Femmes		
	N	Gêne	Interruption	N	Gêne	Interruption	N	Gêne	Interruption	N	Gêne	Interruption
		%	%		%	%		%	%		%	%
Agriculteur	4	33,4	8,9	3	26,2	0	4	50,4	0	1	100	0
Artisan-com.	9	92,4	0	13	50,7	2,1	20	71,4	20,3	28	61,6	7,5
Cadre	13	63,4	39,8	20	49,6	31,0	25	56,6	31,0	29	54,3	20,1
Prof. interm.	18	42,1	8,8	35	56,0	32,1	44	44,4	37,5	93	55,3	31,8
Employé	27	71,0	23,8	98	47,7	18,1	66	48,4	33,4	197	45,7	27,5
Ouvrier	39	66,2	18,7	33	60,3	20,1	82	53,7	30,9	67	50,9	23,3
Ensemble	110	63,2	18,6	202	50,3	20,7	241	52,6	30,9	415	49,6	26,3
	Phobie sociale actuelle						Anxiété généralisée					
	Hommes			Femmes			Hommes			Femmes		
	N	Gêne	Interruption	N	Gêne	Interruption	N	Gêne	Interruption	N	Gêne	Interruption
		%	%		%	%		%	%		%	%
Agriculteur	2	0	0	3	21,8	0	18	56,7	1,5	7	60,8	0
Artisan-com.	16	61,1	9,4	14	55,1	0	95	54,3	15,6	80	41,9	12,5
Cadre	33	69,1	13,3	37	80,6	15,3	137	36,8	10,2	120	46,5	21,3
Prof. interm.	45	63,1	14,7	112	67,2	8,5	146	44,5	8,1	290	36,3	16,1
Employé	83	62,9	16,9	227	66,3	14,0	279	41,9	14,3	552	42,7	15,9
Ouvrier	110	53,8	12,8	59	61,8	19,1	397	43,7	12,6	187	34,1	18,4
Ensemble	289	59,1	13,7	452	66,4	13,0	1 072	44,1	11,7	1 236	40,9	16,2
	Au moins un trouble anxieux											
	Hommes			Femmes								
	N	Gêne	Interruption	N	Gêne	Interruption						
		%	%		%	%						
Agriculteur	30	50,7	1,9	14	51,5	0						
Artisan-com.	143	59,8	14,4	140	47,3	9,5						
Cadre	212	46,2	15,8	208	54,2	21,2						
Prof. interm.	258	46,8	13,9	541	47,8	18,1						
Employé	466	47,5	18,2	1 099	48,4	17,6						
Ouvrier	651	48,2	15,3	357	43,8	19,2						
Ensemble	1 760	48,7	15,1	2 359	48,2	17,6						
	Problèmes d'alcool (dépendance ou consommation abusive)						Problèmes de drogue (dépendance ou consommation abusive)					
	Hommes			Femmes			Hommes			Femmes		
	N	Gêne	Interruption	N	Gêne	Interruption	N	Gêne	Interruption	N	Gêne	Interruption
		%	%		%	%		%	%		%	%
Agriculteur	13	41,0	29,8	1	0	0	0	-	-	0	-	-
Artisan-com.	55	24,5	4,9	11	52,8	33,2	21	24,2	0	0	-	-
Cadre	62	23,9	15,0	15	38,7	0	27	33,8	49,5	7	26,5	0
Prof. interm.	72	16,9	8,9	24	41,3	47,6	45	22,5	8,1	23	35,6	10,3
Employé	153	37,5	18,2	57	43,9	28,1	106	27,6	13,0	46	30,1	34,8
Ouvrier	317	29,6	17,4	34	41,7	42,1	120	30,1	25,1	14	31,4	16,6
Ensemble	672	28,0	15,4	142	42,5	32,3	319	28,3	21,1	90	31,4	23,5

NB : N : effectif de l'échantillon - % : pourcentage pondéré.

DISCUSSION

L'analyse de ces données fait état de l'importance des troubles de santé mentale en France, en particulier chez les femmes. Elle montre également de fortes disparités sociales et professionnelles. Celles-ci sont systématiques, quelle que soit la nature des troubles : dépressifs, anxieux ou relatifs aux consommations de toxiques. Les PCS les moins qualifiées (ouvriers, employés) sont les plus concernées par les troubles de santé mentale. Les autres PCS n'en sont pas, pour autant, indemnes. Les résultats portant sur les inégalités sociales selon le sexe et le non-emploi vont tout à fait dans le sens des résultats internationaux [WHO International consortium in psychiatric epidemiology 2000, Kessler 2003, Fryers 2003] et européens [Commission européenne 2004, Fryers 2004], en particulier de l'enquête ESEMeD [Alonso 2004]. En revanche, les résultats concernant les inégalités selon les PCS sont moins précis dans la littérature, en premier lieu parce que ce n'est pas l'indicateur de situation sociale le plus utilisé dans la plupart des pays. Néanmoins, les résultats vont plutôt globalement dans le sens, comme dans notre étude, d'une association entre une fréquence élevée de troubles mentaux et des niveaux professionnels faibles [Fryers 2003, Lorant 2003]. Les résultats concernant les faibles prévalences chez les agriculteurs sont plutôt inattendus (principalement pour les hommes). En effet, une surmortalité par suicide chez les agriculteurs est rapportée en France [Geoffroy-Perez 2006], ainsi que dans d'autres pays industrialisés. L'explication de ce constat pourrait être liée à la faiblesse de l'effectif des agriculteurs, limitant la fiabilité des résultats dans cette catégorie professionnelle, ou résulter d'un biais de déclaration, au sein de cette population, entraînant une divergence entre mortalité et morbidité psychiatrique (bien que le risque suicidaire n'ait pas été spécifiquement exploité ici). Il est difficile d'aller plus loin dans cette hypothèse, car les études de prévalence individualisant les agriculteurs sont très rares. En termes de conséquences sur le travail, la fréquence de la gêne occasionnée par de tels troubles, et surtout, celle des arrêts de travail, est très loin d'être négligeable (en moyenne 25 % d'arrêts de travail). Les artisans-commerçants sont globalement les plus gênés dans leur pratique professionnelle. Néanmoins, ce sont les cadres qui déclarent interrompre le plus souvent leur activité. Ceci pose clairement le problème du coût économique engendré par ces troubles [Goetzel 2002], en plus des préjudices individuels.

Ces résultats sont intéressants car ils constituent une première référence nationale. Ils sont issus d'un échantillon important de plus de 36 000 personnes représentatives de la population française pour le genre, l'âge, le statut d'emploi et la PCS. Ils s'appuient sur un outil, le Mini, internationalement reconnu et largement utilisé.

Cette étude souffre néanmoins de certaines limites. Le mode de constitution de l'échantillon en est une. La méthode des quotas ne permet pas de constituer un échantillon sur un mode réellement aléatoire. De nombreuses précautions ont cependant été prises, afin de réduire au maximum cet inconvénient [Roelandt 2000]. La méthode des quotas ne permet pas non plus de définir un intervalle de confiance des prévalences estimées [Ardilly 2006].

La seconde partie de l'enquête sur les conséquences professionnelles souffre d'un manque d'effectif et de limites méthodologiques. En effet, les analyses par catégorie sociale sont parfois effectuées sur des effectifs très limités (en particulier pour les agriculteurs) lorsque la prévalence du trouble est faible. De plus, l'étude est ici limitée aux personnes en activité professionnelle au moment de l'enquête, ce qui élimine un certain nombre de sujets qui auraient cessé leur activité professionnelle du fait des troubles étudiés (arrêt de travail, invalidité, chômage, etc.). Il est important de noter que la catégorie "autres inactifs" présente les prévalences les plus élevées de troubles de santé mentale. Cette catégorie regroupe des personnes bénéficiaires d'aides sociales, comme le revenu minimal d'insertion (RMI) ou l'allocation adulte handicapé (AAH). Il est vraisemblable qu'au sein de cette population, des problèmes de santé mentale gênent ou aient fréquemment gêné l'intégration dans le milieu du travail. Par ailleurs, il n'est pas possible de distinguer les conséquences professionnelles spécifiques à un trouble de santé mentale lorsque le sujet souffre de plusieurs pathologies.

CONCLUSION

Malgré certaines limites méthodologiques, ces données ont permis de dresser un état des lieux des troubles psychiatriques en France, selon la catégorie sociale, comme l'avaient déjà montré Surault et Castelain dans leurs travaux sur l'exclusion et la précarité [Surault 2005, Castelain 2005]. De plus, elles nous ont permis de décrire globalement les conséquences de l'existence d'un trouble de santé mentale, telles que les personnes les perçoivent, sur leur vie professionnelle. L'ensemble de ces connaissances n'était jusqu'à présent pas disponible à l'échelon national.

Ces résultats sont essentiellement descriptifs et il est impossible de tirer des conclusions sur d'éventuelles causes professionnelles des troubles observés. Ce type d'étude, transversale, ne le permet pas. Le problème du sens de l'association entre PCS et troubles de santé mentale fait encore, actuellement, l'objet d'un questionnement fondamental. Cependant, les derniers travaux concluraient en faveur de l'influence du milieu social sur l'apparition des troubles plutôt qu'à une détermination du milieu social du fait de l'existence de troubles de santé mentale [Muntaner 2004]. Par ailleurs, se multiplient également, depuis quelques années, des études concluantes sur les liens entre la santé mentale et les conditions de travail et, plus particulièrement, les contraintes psychosociales au travail. Celles-ci contribuent donc à expliquer, en partie, les différences observées selon les PCS.

Le constat de l'intensification du travail, observé ces dernières décennies, et les fortes prévalences de contraintes psychosociales en milieu de travail, mises en évidence notamment par l'enquête Sumer effectuée en 2003 [Arnaudo 2006], imposent donc une surveillance régulière de la santé mentale dans des populations en activité professionnelle.

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H *et al.* Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004; (420):21-7.

Ardilly P. Les techniques de sondage, 2^e édition. Éditions Technip, 2006; 678p.

Arnaudo B, Magaud-Camus I, Sandret N, Flourey MC, Guignon N, Vinck L *et coll.* Les expositions aux risques professionnels. Les contraintes organisationnelles et relationnelles. Résultats Sumer 2003. Document d'études de la Dares ; numéro 120 ; octobre 2006.

Bellamy V, Roelandt JL, Caria A. et Kergall A. L'enquête Santé mentale en population générale (SMPG): une enquête "pas comme les autres", Actes du Colloque francophone sur les sondages, Éd. Dunod, 2005.

Bué J, Coutrot T, Puech I. (2006). Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes. Toulouse: Octarès, 166p.

Castelain JP. Prévalences des troubles psychiques et caractéristiques socio-économiques : éléments pour une analyse de l'exclusion et de la précarité. *L'information psychiatrique*, Vol 81, n°4, avril 2005, p. 351-56.

Fryers T, Melzer D, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders. A systematic review of the evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:229-37.

Fryers T, Brugha T, Morgan Z, Smith J, Hill T, Carta M *et al.* Prevalence of psychiatric disorders in Europe: the potential and reality of meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:899-905.

Geoffroy-Perez B. Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1968 à 1999 à partir de l'échantillon démographique permanent. Étude pour la mise en place du programme Cosmop : cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession. Saint-Maurice: InVS, 2006; 158 p.

Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Sedrer LI, Mark TL. The business case for quality mental health services: why employers should care about the mental health and well-being of their employees. *J Occup Environ Med.* 2002; 44:320-30.

Jaco EG. The social epidemiology of mental disorders. New York, NY: Russell Sage Foundation, 1960.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR. The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity survey replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289(23): 3095-105.

Kohn R, Dohrenwend BD, Mirotznok J. Epidemiological findings on select psychiatric disorders in the general population. In: Dohrenwend B, ed. *Adversity, stress and psychopathology*. New York, NY: Oxford University Press, 1998; 235-84.

Lahelma E, Martikainen P, Rahkonen O, Roos E, Saastamoinen P. Occupational class inequalities across key domains of health: results from the Helsinki health study. *Eur J pub Health* 2005; 15(5):504-10.

Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Anseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2003; 157:98-112.

Muntaner C, Eaton WW, Miech R, O'Campo P. Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiol Rev* 2004; 26:53-62.

Paterniti S, Niedhammer I, Lang T, Consoli SM. Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *Br J Psychiatr* 2002; 181:111-7.

Roelandt JL, Caria A, Mondière G. La santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête. *L'information psychiatrique*, 2000, vol 76, n°3 p. 279-92.

Rugulies R, Bultmann U, Aust B, Burr H. Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: prospective findings from 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. *Am J Epidemiol* 2006; 163:877-87.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. 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;quiz 34-57.

Stansfeld SA, Candy B. Psychosocial work environment and mental health – a meta analytic review. *Sand J Work Environ Health* 2006; 31;32(6):443-62.

Surault P. Milieu social et santé mentale : représentations, stigmatisation, discrimination. *L'information psychiatrique* 2005, Vol 81, n°4, avril 2005, p. 313-24.

WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ* 2000; 78(4):413-26.

Wittchen HU. Continued needs for epidemiological studies of mental disorders in the community. *Psychother and Psychosom* 2004; 73:197-206.