

Sur l'épidémiologie des maladies mentales : mise à jour des données récentes

The epidemiology of mental illness : update on recent data

Richard Boyer

Volume 15, numéro 2, novembre 1990

Le réel et la mort dans la situation thérapeutique

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031563ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031563ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Boyer, R. (1990). Sur l'épidémiologie des maladies mentales : mise à jour des données récentes. *Santé mentale au Québec*, 15(2), 73-88.
<https://doi.org/10.7202/031563ar>

Résumé de l'article

L'objectif de ce travail est de synthétiser les plus récents constats des recherches épidémiologiques menées dans la population générale concernant la prévalence et l'incidence des troubles mentaux respectivement chez les hommes et les femmes. L'auteur fait principalement référence aux résultats du programme de recherche Epidemiological Catchment Area (ECA). Il rappelle d'abord l'évolution de la classification des maladies mentales de l'Association Américaine de Psychiatrie et ses répercussions au niveau de la méthode épidémiologique. L'analyse des données permet de conclure que les hommes et les femmes souffrent de diverses psychopathologies dans des proportions fort différentes. Ces résultats sont comparés à ceux obtenus dans le cadre de l'enquête Santé Québec.

Sur l'épidémiologie des maladies mentales: mise à jour des données récentes

Richard Boyer*

L'objectif de ce travail est de synthétiser les plus récents constats des recherches épidémiologiques menées dans la population générale concernant la prévalence et l'incidence des troubles mentaux respectivement chez les hommes et les femmes. L'auteur fait principalement référence aux résultats du programme de recherche *Epidemiological Catchment Area (ECA)*. Il rappelle d'abord l'évolution de la classification des maladies mentales de l'Association Américaine de Psychiatrie et ses répercussions au niveau de la méthode épidémiologique. L'analyse des données permet de conclure que les hommes et les femmes souffrent de diverses psychopathologies dans des proportions fort différentes. Ces résultats sont comparés à ceux obtenus dans le cadre de l'enquête Santé Québec.

L'objectif de ce travail est de synthétiser les nouveaux constats en épidémiologie des maladies mentales. Plus particulièrement, cet article se concentrera sur la question de la distribution différentielle des désordres psychiatriques chez les femmes et les hommes. En cela il fait écho au dernier dossier de *Santé Mentale au Québec: La santé mentale des femmes: dix ans plus tard*.

Dans un premier temps, je ferai état de certains progrès dans le domaine de la nosologie psychiatrique qui ont favorisé plusieurs innovations dans le domaine de l'épidémiologie. Une brève présentation du système nosologique basé sur le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* (American Psychiatric Association (APA), 1980) sera suivie d'un aperçu des répercussions de cette classification sur la méthode épidémiologique en psychiatrie. Il sera principalement question d'un nouvel instrument de collecte de données élaboré de façon à reproduire le plus étroitement possible, dans le cadre d'études épidémiologiques au sein de la population générale, les résultats d'un examen

* L'auteur, M.A. (Soc.), Ph.D., est chercheur au Centre de recherche, Hôpital Louis-H. Lafontaine. Ce travail a été rendu possible grâce à l'appui financier de la Fondation St-Jean Baptiste et d'une subvention obtenue dans le cadre du programme «Recherche» de l'enquête Santé Québec.

psychiatrique fondé sur le DSM-III. Cet outil a été mis en application dans le cadre de la plus importante étude en épidémiologie psychiatrique la plus importante en Amérique du Nord, intitulée l'étude *Epidemiological Catchment Area* (ECA), et lors d'une duplication de cette dernière à Edmonton au Canada.

Les données du projet ECA et de l'enquête d'Edmonton serviront à faire le point sur la distribution de la morbidité psychiatrique dans la population générale en fonction du sexe des répondants. Des résultats sur la prévalence à vie, la prévalence pour une période d'un mois et sur l'incidence seront synthétisés. Ceux-ci proviennent de diverses publications des groupes de chercheurs des projets ECA et de l'étude d'Edmonton. Nous fusionnons ces résultats en ce qui concerne les différences entre sexes. Il est à noter que, dans bien des cas, les différences entre les hommes et les femmes n'étaient pas évaluées statistiquement. Il a cependant été possible de tester les taux rapportés à l'aide de méthodes statistiques simples, en utilisant les informations contenues dans les articles consultés.

Dans le cadre de la discussion de ce travail, les résultats sur la morbidité psychiatrique seront comparés aux niveaux de détresse psychologique rapportés dans le cadre de l'enquête Santé Québec. Enfin, nous dégagerons les implications de ces nouvelles données pour l'intervention et la prévention des problèmes de santé mentale chez les femmes et suggérerons de futures pistes de recherche dans ce domaine.

Les constats des études épidémiologiques

Le sexe est sûrement le facteur de risque socio-démographique le plus étudié en épidémiologie psychiatrique. Ce phénomène ne s'explique pas par le fait que le sexe soit une variable facilement mesurable mais principalement parce qu'il distingue deux populations biologique et psychosociale. Le sexe d'un individu représente à la fois l'expression de sa masculinité et/ou fémininité biologique et renferme aussi toute l'expression du fait d'être un homme ou une femme dans notre société.

Il est très difficile de synthétiser adéquatement l'ensemble des recherches rapportant des résultats au niveau des différences hommes-femmes quant à la détresse psychologique ou aux psychopathologies. Celles-ci sont très nombreuses et diffèrent beaucoup, tant du point de vue des instruments de collecte de données utilisés que par les méthodologies déployées.

Al-Issa (1982) et ses collaborateurs ont cependant réussi ce tour de force en présentant un examen exhaustif de la littérature sur la relation entre les sexes et des problèmes spécifiques de santé mentale. Les auteures ont recensé les études publiées avant le projet ECA dans les domaines de la psychologie et de l'épidémiologie psychiatrique. La

synthèse des études menées dans la communauté auprès des adultes leur permet de conclure que le taux de désordres de la personnalité est, de façon consistante, plus élevé chez les hommes. Cependant, les femmes présentent plus souvent des problèmes de névrose. En ce qui a trait spécifiquement à la dépression, Hammen (1982) critique la validité et la fiabilité des conclusions suggérant une plus forte représentation des femmes parmi les cas de dépression. L'auteure note que, bien que le taux général de dépression soit plus élevé chez les femmes, aucune différence ne semble subsister lors du contrôle de cette relation à l'aide de variables confondantes telles que l'âge, le statut matrimonial, l'éducation, le statut socio-économique. Cependant, les recherches revues par Hammen n'appliquant pas toutes les mêmes contrôles et n'utilisant pas le même instrument de collecte de données, elles rendent ainsi provisoires toutes conclusions à propos des différences hommes-femmes.

À cause des difficultés associées à la comparaison d'études souvent très différentes au niveau des objectifs et de la méthodologie, notre synthèse repose uniquement sur les résultats de programme de recherches où existe une standardisation de la méthodologie. Nous abordons néanmoins cette synthèse en commentant d'abord la classification des problèmes psychiatriques d'après les normes de l'Association américaine de psychiatrie et en résumant les progrès amenés par cette nosologie au niveau des instruments de collecte de données en épidémiologie psychiatrique.

Les progrès au niveau de la classification des maladies mentales

En 1974, l'Association américaine de psychiatrie publia la troisième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), lequel est un guide contenant l'information nécessaire pour poser un diagnostic psychiatrique. Le mandat du groupe de travail chargé d'élaborer cette nouvelle classification était: (1) de refléter l'état des connaissances au niveau des maladies psychiatriques, (2) d'obtenir une classification présentant une utilité maximale tant pour les cliniciens que pour la recherche épidémiologique, et (3) d'être compatible avec la classification internationale des maladies (CIME-9).

Le caractère unique du DSM-III, comparativement aux classifications déjà existantes, est sans contredit, sa position non théorique concernant l'étiologie des désordres psychiatriques lorsque le processus pathophysiologique est inconnu. L'approche générale du DSM-III est strictement descriptive, évitant ainsi d'aborder des polémiques. Pour ses auteurs, il peut être ainsi utilisé par des cliniciens et chercheurs de toutes les écoles de pensée. Au fur et à mesure que l'étiologie d'un trouble

mental se précise, cette information est introduite au sein de la nomenclature.

La définition d'un désordre consiste habituellement en un énoncé exhaustif des caractéristiques cliniques de ce problème. Celui-ci s'appuie sur l'état des connaissances au niveau des éléments suivants: caractéristiques essentielles et associées au trouble mental, âge du première épisode, évolution de la maladie, niveau d'incapacité, complications, facteurs prédisposants, prévalence et incidence, distribution familiale et diagnostic différentiel. Le DSM-III énumère ainsi une série de critères diagnostiques pour chaque trouble mental. Ces critères sont cependant présentés à titre de guide, afin de faciliter le diagnostic clinique, et augmenter la concordance entre les cliniciens. Tel que stipulé dans le DSM-III, ces critères reposent principalement sur le jugement clinique d'un groupe d'experts et n'ont pas nécessairement été validés empiriquement avant la publication de cette nosologie.

Une série d'études a été menée dans le cadre de l'élaboration du DSM-III. Leurs objectifs étaient de déterminer l'utilité clinique de cette classification et d'identifier les aspects problématiques de la description des catégories diagnostiques. Plus de 700 cliniciens ont participé aux diverses phases de cette recherche. L'acceptabilité clinique du DSM-III fut évaluée à l'aide d'une enquête parmi les participants. Approximativement 75% d'entre eux jugeaient que le DSM-III était plus utile que son prédecesseur, le DSM-II (APA, 1968) dans le cadre d'une évaluation clinique. Par ailleurs, environ 75% des répondants étaient d'accord avec l'approche athéorique du DSM-III. Des tests de concordance intercliniciens furent aussi menés. Les niveaux de concordance obtenus sont habituellement supérieurs à ceux qui existaient antérieurement avec le DSM-I (APA, 1952) ou le DSM-II.

Cependant il ne faut pas croire que l'intégration du DSM-III s'est faite sans heurt dans le cadre de la pratique clinique. On se souviendra de la polémique reliée à l'exclusion du diagnostic de névrose. Selon le comité de rédaction du DSM-III, le concept de névrose utilisé dans le DSM-II avait une signification descriptive tout en faisant référence à un processus étiologique vague. Cette situation était antinomique avec la position de DSM-III. Néanmoins, le DSM-III conserva la catégorie de désordre névrotique à titre de référent diagnostique, sans lui attacher de connotation étiologique.

Certains cliniciens furent aussi très sceptiques vis-à-vis l'approche non théorique du DSM-III. Par ailleurs, certains seront surpris de ne pas trouver de définition de la maladie mentale au sein de cette nomenclature; le groupe de travail a préféré insérer dans l'introduction un paragraphe caractérisant sa conception générale de la maladie mentale, que nous citons ici afin de mieux faire saisir la philosophie de ses auteurs.

Dans le DSM-III, chaque trouble mental est conçu comme un syndrome ou un ensemble cliniquement significatif, comportemental ou psychologique, survenant chez un individu et typiquement associé à un symptôme de douleur (détresse) ou à un handicap dans l'un, au moins, des principaux domaines de fonctionnement (incapacité). De plus, on postule implicitement qu'il y a une dysfonction comportementale, psychologique ou biologique et que la perturbation ne se limite pas à la relation entre l'individu et la société. (Quand la perturbation est réduite à un conflit entre un individu et la société, cela peut correspondre à une déviance qui peut, ou non, être socialement approuvée sans être un trouble mental). (Pichot, 1983, page 9).

Cette conception de la maladie mentale représente un certain progrès par rapport aux positions antérieures. L'exemple le plus concret de l'impact de cette définition de la maladie mentale est, sans nul doute, l'exclusion de l'homosexualité parmi les désordres psychiatriques puisque plusieurs homosexuels sont, en fait, tout à fait adaptés dans leur orientation sexuelle. Ces personnes ne présentent donc pas le critère de détresse et d'incapacité essentiels à cette notion de la maladie mentale.

Innovation dans le domaine de l'épidémiologie psychiatrique

La réflexion ayant conduit à l'élaboration du DSM-III a aussi eu des échos dans la recherche épidémiologique. L'aspect descriptif de cette nomenclature fut beaucoup mieux accueilli par les chercheurs en épidémiologie, car il laissait entrevoir la possibilité de produire un instrument de collecte de données assez structuré pour être utilisé dans la communauté. Un nouvel outil de collecte de données, le *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), a été élaboré par une équipe de recherche du National Institute of Mental Health (NIMH) (Robins et al., 1985). Nous verrons plus loin comment il est apparu, comment il a été évalué puis mis en application dans le cadre d'une enquête en épidémiologie psychiatrique.

Brièvement, le DIS est un instrument de collecte de données hautement structuré, construit de façon à être facilement utilisé par un interviewer sans spécialisation professionnelle en psychiatrie ou en psychologie. Il est particulièrement adapté pour les enquêtes épidémiologiques dans la population et permet d'émettre des diagnostics selon le DSM-III¹. À cette fin, les données recueillies par l'instrument sont codées et analysées par ordinateur. Ainsi, une fois les données recueillies auprès des répondants, l'émission d'un diagnostic est faite de façon systématique avec une très faible marge d'erreur.

Les questions du DIS permettent de recueillir des informations sur les symptômes associés au diagnostic à l'étude, leur sévérité, leur fréquence et leur distribution temporelle. De plus, le DIS permet d'éta-

blir si les diagnostics ou symptômes mentionnés par le répondant n'apparaissent qu'en présence d'un problème de santé physique, lors de la consommation d'alcool ou de drogue ou avec d'autres diagnostics psychiatriques. Bref, des règles d'inclusion et d'exclusion du DSM-III peuvent être appliquées systématiquement. Les diagnostics peuvent être établis pour estimer les prévalences ponctuelles (2 semaines, 1 mois, 6 mois ou 1 an) ou la prévalence à vie. Les diagnostics du DSM-III ne sont pas tous couverts par le DIS.

La validité et la fiabilité du DIS furent évaluées dans une séquence de deux études ayant précédé l'adoption de l'instrument pour le projet ECA (Robins et al., 1982), et fut menée auprès d'un échantillon clinique. La valeur de ces résultats est cependant réduite, puisque l'instrument devait être principalement utilisé dans la population générale. L'analyse de la validité du DIS nécessitant un nombre de répondants assez grand pour obtenir un nombre suffisant de cas de certaines nosologies rares dans la population générale, il a donc fallu attendre les premiers résultats de l'enquête ECA pour évaluer l'instrument à l'aide d'un échantillon de la communauté.

Deux recherches (Helzer et al., 1985; Antony et al., 1985) se sont penchées sur le niveau de validité dite «de procédure». Il s'agissait ici de mesurer le niveau de concordance entre les résultats obtenus par le DIS administré par un interviewer profane et ceux obtenus à la suite d'un examen clinique mené par un psychiatre s'inspirant du DSM-III et du DIS. En ce qui concerne la prévalence à vie, les niveaux de concordance entre les points de vue du psychiatre et de l'interviewer varient entre 76% et 96%. Lorsque la mesure de concordance tient compte d'un accord dû à la chance, le niveau de concordance (kappa) est de 0,60 ou mieux pour huit des onze diagnostics évalués. Les niveaux de concordance sont cependant inférieurs lorsque les prévalences sont établies pour des périodes plus courtes.

Ainsi, le DIS ouvre une ère nouvelle dans le domaine de l'épidémiologie des maladies mentales, puisqu'il est maintenant possible de réaliser à coûts modiques des études épidémiologiques valides et fiables sur une échelle communautaire.

Les données récentes de l'épidémiologie psychiatrique

Le programme de recherche ECA fut mis sur pied afin d'établir la prévalence et l'incidence d'une série de diagnostics psychiatriques dans la population générale et pour étudier l'association entre la présence d'un problème psychiatrique et l'utilisation des services de santé.

Afin d'estimer le rôle du sexe au niveau de la prévalence à vie des problèmes psychiatriques, je me référerai aux résultats provenant de quatre sites du projet de recherche ECA (Robins et al., 1984; Karno, M.

1987) et d'un projet similaire réalisé à Edmonton (Bland et al., 1988). La prévalence à vie d'un désordre psychiatrique est la proportion d'individus au sein d'un échantillon représentatif de la communauté ayant déjà présenté ce problème de santé mentale au moins une fois dans leur vie.

Le tableau 1 présente la prévalence à vie de onze désordres psychiatriques pour les hommes et les femmes au sein de ces cinq communautés. Il distingue aussi le niveau de prédominance de chaque diagnostic. Conformément à l'objet spécifique du site de Los Angeles, les résultats sont subdivisés en deux sous-populations. Les données pour les répondants de race blanche et non hispaniques et celles des répondants mexicano-américains sont présentées séparément. Ce tableau rassemble l'information concernant 6 368 répondants et 9 576 répondantes.

Les désordres de personnalité anti-sociale et d'abus/dépendance à l'alcool sont des problèmes significativement plus fréquents chez les hommes pour toutes les populations considérées. La prévalence moyenne de troubles de la personnalité est de 5,1% chez les hommes et de 0,9% chez les femmes. Le taux moyen d'abus/dépendance à l'alcool est beaucoup plus fréquent chez les hommes (26,3%) que chez les femmes (5,8%). Par ailleurs, les désordres reliés à l'abus/dépendance aux drogues sont plus courants chez les hommes au sein de cinq populations sur six. La prévalence à vie moyenne d'abus/dépendance à la drogue est de 8,7% chez les hommes et de 4,8% chez les femmes.

La dépression majeure, l'agoraphobie et la phobie simple sont significativement plus fréquentes chez les femmes dans chacun des sites. Les taux de prévalence à vie moyens chez les hommes et les femmes sont respectivement: dépression majeure, 4,2% et 8,2%; agoraphobie, 2,4% et 7,1%; phobie simple, 7,0% et 14,3%. La maladie dysthymique, la somatisation, le trouble de panique, les troubles obsessifs-compulsifs et la schizophrénie sont significativement plus fréquents chez les femmes dans au moins une population sur six. Par contre, les prévalences à vie de ces cinq désordres sont beaucoup plus faibles. Enfin, aucune prédominance n'a pu être établie pour les épisodes de manie et pour les désordres cognitifs. Il est à noter que les résultats mentionnés ici ne sont pas standardisés. Ainsi, certaines différences inter-sites dans la prévalence des psychopathologies pourraient s'expliquer par des distributions différentes des caractéristiques socio-démographiques.

Le tableau 2 synthétise les résultats du programme de recherche ECA publiés par Regier et al. (Regier et al., 1988). Ces résultats concernent la prévalence des diagnostics psychiatriques au cours du mois précédent les entrevues avec le DIS. Tous les sites du projet ECA y sont représentés et les taux sont standardisés en fonction de la distri-

Tableau 1

Prédominance de diagnostics psychiatriques (DIS-DSM-III)
selon le sexe¹
(prévalence à vie)

| | NEW HAVEN, CONN, % | | | BALTIMORE, % | | | ST LOUIS, % | | | LOS ANGELES, % Blanc, non hispanique | | | LOS ANGELES, % Mexicano-américain | | | EDMONTON % | | |
|-------------------------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|------------|---|--------------|--------------|--------------------------------------|--|--|------------|--|--|
| | H N=1 292 | F N=1 766 | H N=1 322 | F N=2 159 | H N=1 202 | F N=1 802 | H N=631 | F N=678 | H N=591 | F N=1 243 | H N=1 330 | F N=1 928 | | | | | | |
| Prédominance masculine | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Définitive | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personnalité antisociale | 3,9(0,6) | 0,5(0,2)* | 4,9(0,7) | 0,7(0,2)* | 4,9(0,7) | 1,2(0,3)* | 4,6(0,9) | 1,4(0,5)* | 5,9(1,0) | 1,5(0,5)* | 6,5(0,7) | ,1(0,2)* | | | | | | |
| Abus/dépendance à l'alcool | 19,1(1,1) | 4,8(0,5)* | 24,9(1,4) | 4,2(0,4)* | 28,9(1,8) | 4,3(0,6)* | 21,0(1,8) | 8,4(1,1)* | 31,3(2,1) | 4,6(0,9)* | 32,5(1,4) | 8,6(0,7)* | | | | | | |
| Probable | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Abus/dépendance aux drogues | 6,5(0,7) | 5,1(0,6) | 7,1(0,8) | 4,4(0,6)** | 7,4(0,9) | 3,8(0,6)* | 14,6(1,5) | 9,7(1,3)** | 5,9(1,0) | 2,6(0,5)** | 10,6(0,9) | 3,2(0,5)* | | | | | | |
| Prédominance féminine | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Définitive | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dépression majeure | 4,4(0,6) | 8,7(0,8)* | 2,3(0,4) | 4,9(0,5)* | 2,5(0,5) | 8,1(0,9)* | 6,2(0,8) | 10,0(1,3)** | 3,8(0,8) | 6,3(1,1)*** | 5,9(0,6) | 11,4(0,8)* | | | | | | |
| Agoraphobie | 1,5(0,4) | 5,3(0,5)* | 5,2(0,6) | 12,5(1,0)* | 1,5(0,3) | 6,4(0,8)* | | | | | | 1,5(0,4) | 4,3(0,5)* | | | | | |
| Phobie simple | 3,8(0,5) | 8,5(0,7)* | 14,5(1,1) | 25,9(1,2)* | 4,0(0,7) | 9,4(0,9)* | 6,4(1,0) | 14,4(1,4)* | 8,6(1,4) | 17,8(1,7)* | 4,6(0,6) | 9,8(0,8)* | | | | | | |
| Probable | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dysthymie | 2,6(0,5) | 3,7(0,4) | 1,2(0,3) | 2,9(0,4)* | 2,1(0,6) | 5,4(0,7)* | 3,7(0,8) | 4,3(0,8) | 3,3(0,8) | 6,0(0,9)*** | 2,2(0,4) | 5,2(0,6)* | | | | | | |
| Somatisation | 0,0(0,0) | 0,3(0,1)** | 0,0(0,0) | 0,2(0,1)*** | 0,0(0,0) | 0,3(0,1)** | | | | | | 0,0(0,0) | 0,1(0,1) | | | | | |
| Trouble de panique | 0,6(0,2) | 2,1(0,4)* | 1,2(0,3) | 1,6(0,3) | 0,9(0,3) | 2,0(0,5) | 1,0(0,3) | 2,6(0,8)*** | 0,4(0,3) | 1,9(0,5)** | 0,8(0,2) | 1,7(0,3)** | | | | | | |
| Trouble obsessif-compulsif | 2,0(0,4) | 3,1(0,4) | 2,6(0,6) | 3,3(0,5) | 1,1(0,3) | 2,6(0,5)** | 2,7(0,6) | 3,3(0,9)*** | 1,2(0,5) | 2,1(0,6) | 2,8(0,5) | 3,1(0,4) | | | | | | |
| Schizophrénie | 1,2(0,3) | 2,6(0,4) | 1,2(0,3) | 1,9(0,3) | 1,0(0,4) | 1,1(0,3) | 0,6(0,4) | 0,8(0,3) | 0,3(0,3) | 0,6(0,3) | 0,5(0,2) | 0,6(0,2) | | | | | | |
| Tous les diagnostics couverts | 30,6(1,3) | 27,3(1,3)** | 39,6(1,3) | 36,7(1,4) | 37,0(1,9) | 25,7(1,4) | 35,5(2,3) | 32,8(2,3) | 39,5(2,2) | 30,0(2,2) | 40,7(1,5) | 26,8(1,1)* | | | | | | |

1. Les nombres entre parenthèses sont les erreurs-types.

* = p<0,001

** = p<0,01

*** = p<0,05

Source: Robins et al., 1984; Bland et al., 1988; Kamo et al., 1987.

bution en 1980 de la population non institutionnalisée des États-Unis selon l'âge, le sexe et l'ethnicité.

Tableau 2

Prédominance de diagnostics psychiatriques (DIS-DSM-III) selon le sexe. Tous les sites ECA combinés.
(Prévalence standardisée pour 1 mois)*

| | Homme (7 618) | Femme (10 953) |
|-------------------------------|------------------|-------------------|
| | % | % |
| Prédominance masculine | | |
| Personnalité antisociale | 0,8(0,1) | 0,2(0,1)* |
| Abus/dépendance à l'alcool | 5,0(0,9) | 0,9(0,1)* |
| Abus/dépendance aux drogues | 1,8(0,2) | 0,7(0,1)* |
| Prédominance féminine | | |
| Dépression majeure | 1,6(0,2) | 2,9(0,2)* |
| Dysthymie | 2,2(0,3) | 4,2(0,3)* |
| Phobie simple | 3,8(0,3) | 8,4(0,3)* |
| Trouble de panique | 0,3(0,1) | 0,7(0,1)*** |
| Tous les diagnostics couverts | 16,6(0,5) | 14,0(0,4)* |

* Les nombres entre parenthèses sont les erreurs-types.

* = $p < 0,001$

** = $p < 0,01$

*** = $p < 0,05$

Source: Regier et al., 1988.

Comme dans le cas de la prévalence à vie, les problèmes de personnalité antisociale, d'abus et/ou de dépendance à l'alcool et à la drogue sont significativement plus courant chez les hommes. L'abus et/ou la dépendance à l'alcool est 5,6 fois plus fréquent chez ces derniers. La prévalence de la personnalité antisociale au cours du mois ayant précédé l'entrevue est 4 fois plus grande chez les répondants de sexe masculin. Comme on pouvait s'y attendre à la suite des résultats de la prévalence à vie, la dépression majeure et la phobie simple sont beaucoup plus habituelles chez les femmes. Bien que le statut de la dysthymie et du trouble de panique n'étaient pas définitifs au niveau de la prévalence à vie, lorsque les données de tous les sites sont réunies et que la période de référence est le dernier mois, ces deux diagnostics sont deux fois plus fréquents chez les femmes.

Des données furent présentées récemment sur l'incidence annuelle des problèmes de santé mentale mesurés lors de l'enquête ECA (Eaton et al., 1989). L'incidence d'un diagnostic est, dans cette recherche,

constituée par le nombre de nouveaux cas apparaissant au cours d'une année. Ces données proviennent de quatre sites: Baltimore, St-Louis, Durham et Los Angeles.

Le tableau 3 résume ces résultats en ce qui a trait aux différences observées entre les hommes et les femmes. Les incidences annuelles de la dépression majeure, du trouble de panique et de la phobie sont significativement plus élevées chez les répondantes.

Le risque relatif de dépression chez les femmes est estimé à 1,8. La prépondérance de celles-ci au niveau de la dépression majeure demeure pour tous les groupes d'âge considérés. Chez elles le premier épisode survient principalement vers l'âge de 45 ans et décline par la suite. Chez les hommes, les premiers épisodes de dépression majeure sont plus fréquents chez les jeunes et se raréfient au fil des ans. Ces deux distributions suggèrent que l'histoire naturelle de la dépression majeure varie en fonction du sexe.

L'incidence annuelle du trouble de panique est beaucoup plus rare dans l'ensemble de la population et significativement plus élevée chez les femmes. Les hommes ont tendance à avoir leur premier épisode vers l'âge de 30 ans, alors que le problème se manifeste vers 45 ans chez les femmes. Malgré le critère de sévérité inclus dans le DIS, la phobie simple est un problème très fréquent, dont l'incidence est plus de deux fois supérieure chez les femmes. L'âge n'est un facteur de risque ni pour les hommes ni pour les femmes. L'incidence annuelle d'abus/dépendance à l'alcool est 6 fois plus fréquent chez les hommes (3,67%) que chez les femmes (0,61%). Les premiers épisodes apparaissent chez les jeunes adultes et diminuent par la suite jusqu'à l'âge de 60 ans. Les auteurs notent une recrudescence marquée de ce problème chez les hommes du troisième âge. Quant à l'abus/dépendance à la drogue, la différence entre les hommes et les femmes est moins marquée, mais ce problème est aussi plus fréquent chez les hommes. Le risque relatif est de 2,5. Enfin, comme le suggère le tableau 3, les résultats du programme de recherche ECA ne permettent pas de mettre en évidence de différence homme-femme pour les diagnostics de trouble cognitif et d'obsession-compulsion.

Discussion

Deux études publiées au début des années 1970 (Chesler, 1972; Gove et Tudor, 1973) concluaient que le taux des maladies mentales est plus élevé chez les femmes. Même si ces recherches eurent un impact significatif sur la littérature psychiatrique, plusieurs aspects en furent critiqués. Par exemple, les conclusions de Chesler n'étaient fondées que sur des données provenant de répondants sous traitement pour des problèmes de santé mentale. De son côté, Gove et ses collaborateurs

établissent leurs conclusions sur la base d'une définition très spécifique de la maladie mentale, qui ne comprenait que les cas de névroses et de psychoses fonctionnelles. Les problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool et à la drogue, hypothétiquement plus fréquents chez les hommes, ne furent pas considérés dans l'étude de Gove. Ces résultats soulevèrent beaucoup de débats dans la communauté scientifique et dans la population.

Tableau 3

Incidence des diagnostics psychiatriques (DIS-DSM-III)
selon le sexe

| Diagnostic | Hommes | | Femmes | |
|-----------------------------|--------|--------|--------------|------|
| | % | (es) | % | (es) |
| Dépression majeure | 1,10 | (0,22) | 1,98(0,27)** | |
| Abus/dépendance à l'alcool | 3,67 | (0,54) | 0,61(0,12)* | |
| Abus/dépendance aux drogues | 1,66 | (0,36) | 0,66(0,16)** | |
| Trouble de panique | 0,30 | (0,09) | 0,76(0,14)** | |
| Phobie | 2,33 | (0,28) | 5,38(0,45)* | |
| Trouble obsessif-compulsif | 0,39 | (0,99) | 0,92(0,13) | |
| Trouble cognitif | 1,17 | (0,18) | 1,19(0,16) | |

* = $p < 0,001$

** = $p < 0,01$

*** = $p < 0,05$

Source: Eaton et al., 1989.

Les leçons tirées de ces polémiques permirent de conclure que toute tentative d'estimation du sexe à titre de facteur de risque d'un problème de santé mentale doit reposer sur une définition précise des désordres psychiatriques et tenir compte de la source des données. Les recherches épidémiologiques ECA basées sur le DSM-III ou s'inspirant de celles-ci représentent donc un grand pas dans cette direction.

À notre avis, le processus d'élaboration du DSM-III représente une réelle révolution paradigmique au sein de la psychiatrie en Amérique de Nord. Le concept de «révolution paradigmique» est emprunté à Thomas Khun (1970), qui a décrit l'histoire de la science comme étant ponctuée par des révolutions au niveau des idées et des méthodes. Lors de ces révolutions, il y a une remise en question systématique du mode dominant de pensée. En psychiatrie, cette révolution est marquée par un renforcement de l'approche descriptive néo-Kraepelienne et, au niveau méthodologique, par l'élaboration d'entrevues structurées afin d'obtenir une information systématique auprès des malades ou des participants

aux enquêtes épidémiologiques. Les débats entourant le DSM-III, sa révision (DSM-III-R) (APA, 1985) et le travail d'élaboration du DSM-IV suggèrent néanmoins que cette révolution n'est pas tout à fait achevée (Faust et Miner, 1986; Malt, 1986; Spitzer, 1984; Vaillant, 1984).

L'ensemble des diagnostics couverts par les études ECA et d'Edmonton ne représentent pas la totalité des pathologies psychiatriques connues dans les populations nord-américaines, mais couvrent les plus fréquentes ou les plus graves. Il est intéressant de noter qu'en aucun cas la prévalence à vie totale de ces désordres n'est plus élevée chez les femmes. Dans les sites où une différence hommes-femmes a été mise en évidence, l'ensemble des troubles psychiatriques sont plus fréquents chez les hommes. La prévalence à vie moyenne de ces onze diagnostics est de 37,2% pour eux et de 29,9% chez les femmes. Cette même conclusion tient pour la prévalence au cours du dernier mois. Quant à l'incidence de sept problèmes très fréquents dans la population, les résultats concordent avec ceux sur la prévalence. La dépression majeure, le trouble de panique et les phobies simples apparaissent plus souvent chez les femmes, alors que l'incidence de l'abus ou de la dépendance à l'alcool et à la drogue surviennent plus souvent chez les hommes.

En somme, les constats des études épidémiologiques les plus récentes permettent de spécifier les conclusions d'études épidémiologiques pré-ECA qui ne permettaient pas de poser un diagnostic précis. Les résultats obtenus à partir du DIS nous obligent donc à être extrêmement prudents dans l'interprétation de résultats de recherches axées sur des échelles générales de détresse psychologique.

Lorsque nous comparons la recherche en épidémiologie psychiatrique menée au Québec aux recherches du programme ECA et à celle d'Edmonton, nous devons admettre que ce domaine d'investigation scientifique en est à ses balbutiements au Québec. Le portrait le plus précis que nous ayons de la santé mentale de la population provient des résultats de l'enquête Santé Québec (ESQ) (Gouvernement du Québec, 1988), réalisée en 1987 par le ministère de la Santé et de Services sociaux en collaboration avec les départements de santé communautaire. Cette recherche a l'avantage de porter sur un large échantillon ($n=19\ 724$) représentatif de l'ensemble des Québécois.

Dans le cadre de cette étude, la santé mentale de la population a été estimée à l'aide du *Psychiatric Symptoms Index* (PSI) élaboré par Ilfeld lors d'une enquête sur le stress et l'adaptation à Chicago (Ilfeld, 1976). Cette échelle comprend 29 questions sur la présence de symptômes fréquemment observés chez les personnes souffrant de trouble dépressif, d'anxiété, d'irritabilité ou de problèmes cognitifs. Le PSI ne permet pas de poser un diagnostic psychiatrique et se limite à l'évalua-

tion du niveau de détresse psychologique ou de démoralisation. Le PSI est cependant considéré comme un instrument valide et fiable (Kovess, 1985; Préville et al., 1990).

L'enquête Santé Québec rapporte que les femmes du Québec présentent un niveau de détresse psychologique moyen plus élevé que les hommes (Gouvernement du Québec, 1988). Cette association entre le sexe des répondants et le niveau de démoralisation persiste même après l'introduction de plusieurs variables confondantes dans l'analyse. Cette plus grande prévalence de la détresse psychologique chez les femmes du Québec concorde avec les observations d'Ilfeld (1976; 1978) et celles de l'Enquête Santé Canada (1981) pour l'ensemble de la population canadienne. Cependant, comme le démontrent les résultats des recherches épidémiologiques de pointe, il ne faut pas en conclure qu'il y a plus de problèmes de santé mentale chez les femmes.

L'enquête Santé Québec rapporte aussi des résultats sur la santé mentale de la population basés, cette fois, sur la perception de l'état de santé mentale des membres du foyer par un répondant au sein de ce foyer. La majorité des cas de problèmes psychologiques qualifiés de sévères se trouvent dans la catégorie «grande nervosité ou irritabilité». Ces conditions sont attribuées à 2 fois plus de femmes que d'hommes. Les problèmes de santé mentale identifiés comme «dépression» par le répondant du ménage sont attribués plus souvent aux femmes de 25 ans et plus. Par contre, les prévalences observées pour l'ensemble des hommes et des femmes n'est pas statistiquement significative.

Comme l'indiquent les analystes de l'ESQ, la surreprésentation des femmes au sein de ces catégories doit être interprétée avec circonspection, puisqu'il est possible que les répondants utilisent des critères différents pour identifier la dépression, la nervosité et l'irritabilité chez les femmes et chez les hommes. Il est aussi possible que les répondants du ménage aient identifié dans ces cas de nervosité, d'irritabilité et de dépression des symptômes fréquemment observés chez les personnes souffrant de troubles affectifs ou d'anxiété qui, comme nous l'avons vu, sont probablement plus fréquents chez les femmes.

L'ESQ a aussi permis d'estimer la prévalence des problèmes de consommation d'alcool au sein de la population du Québec. Sur la base de questions auto-administrées, s'inspirant des critères diagnostiques d'abus et de dépendance à l'alcool du DSM-III, les analystes de l'enquête suggèrent que la prévalence de la dépendance à l'alcool au cours des douze mois précédent la collecte de données est de 10,0% chez les hommes et de 2,8% chez les femmes, soit un rapport de 3,6. Ces résultats sont concordants avec ceux obtenus à l'aide du DIS cités plus haut. Ils se situent à mi-chemin entre les estimés de la prévalence à vie et de la prévalence pour un mois.

En somme, les recherches les plus avancées dans le domaine de l'épidémiologie psychiatrique montrent que les hommes et les femmes ne souffrent pas des mêmes problèmes de santé mentale. Ce constat a beaucoup d'implications au niveau de la santé publique, puisqu'il suggère que la promotion de la santé mentale doit être spécifique à chacun des deux sexes. Bien que ce constat puisse sembler évident pour les cliniciens ayant l'habitude de rencontrer plus d'hommes avec des problèmes d'alcool et plus de femmes souffrant de dépression, ce n'est vraiment que sur la base d'enquêtes épidémiologiques dans la population générale qu'il est possible d'obtenir des résultats fiables sur la prévalence et l'incidence des psychopathologies dans la population générale.

La comparaison des recherches menées au Québec dans le secteur de l'épidémiologie psychiatrique montre que nous avons beaucoup de rattrapage à faire dans ce domaine. L'enquête Santé Québec a permis de répondre à certaines questions de base, mais il est maintenant temps d'approfondir nos connaissances sur la santé mentale des Québécois. Pour ce faire, une solution possible serait d'intégrer à la prochaine vague de l'ESQ un protocole basé sur des outils du calibre du DIS. Bien sûr, cette recherche produira probablement des résultats analogues au niveau des différences déjà observées entre les hommes et les femmes, mais plusieurs questions de recherche demeurent à l'ordre du jour tant au niveau d'autres facteurs de risque que de l'impact de troubles mentaux spécifiques sur les services de santé mentale. Ce questionnaire requiert une connaissance précise des psychopathologies présentes dans la population.

Note

1. Une version du DIS est maintenant disponible pour la version révisée du DSM-III: le DSM-III-R (APA, 1987).

Références

- AL-ISSA, I. Ed., 1982, *Gender and Psychopathology*, Academic Press, New York.
- American Psychiatric Association, 1952, *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders* (1st edition), Washington, DC.
- American Psychiatric Association, 1968, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd edition), Washington, DC.
- American Psychiatric Association, 1980, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edition), Washington, DC.

- American Psychiatric Association, 1985, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edition Revised), Washington, DC.
- ANTHONY, JC. et al., 1985, Comparison of lay DIS and standardised psychiatric diagnosis experience in eastern Baltimore, *Archives of General Psychiatry*, 42, 667-675.
- BLAND, RC., NEWMAN, SC., ORN, H., 1988, Prevalence of psychiatric disorders in the elderly in Edmonton, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 57-63.
- CHESLER, P. 1972, *Woman and Madness*, Doubleday, New York.
- EATON, WW. et al., 1989, The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: Data from the NIMH epidemiologic catchment area program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 163-178.
- Enquête Santé Canada, 1989, *La Santé des Canadiens: rapport de l'Enquête Santé Canada*, Ottawa.
- FAUST, D., MINER, RA., 1986, The empiricist and his new clothes: DSM-III perspectives, *American Journal of Psychiatry*, 143, n° 8, 962-966.
- Gouvernement de Québec 1988, Ministère des affaires sociales, *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec*, Québec.
- GOVE, WR., 1984, Gender differences in mental and physical illness. The effects of fixed roles and nurturant roles, *Social Science and Medicine*, 19, n° 2, 77-91.
- GOVE, WR., TUDOR, JF., 1973, Adult sex roles and mental illness, *American Journal of Sociology*, 78, n° 4, 812-835.
- HAMMEN, CL., 1982, Gender and depression in Al-Issa, I. Ed., *Gender and Psychopathology*, Academic Press, New York, 133-152.
- HELZER, JE. et al., 1985, A comparison of clinical and Diagnostic Interview Schedule Diagnoses Physician reexamination of lay-interview cases in the general population, *Archives of General Psychiatry*, 42, n° 6, 557-666.
- ILFELD, FW., 1976, Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population, *Psychological Reports*, 39, 1215-1228.
- ILFELD, FW., 1978, Psychologic status of community residents along major demographic dimensions, *Archives of General Psychiatry*, 35, 716-724.
- KHUN, T., 1970, *The Structure of Scientific Revolutions*, International Encyclopedia of Unified Science, II, n° 2, Chicago.
- KARNO, M. et al., 1987, Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican American and Non-hispanic whites in Los angeles, *Archives of General Psychiatry*, 44, 695-701.
- KOVESS, V., 1985, *Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski*, Tome I, Unité de recherche psychosociale, Centre hospitalier Douglas, Verdun.
- MALT, UF., 1986, Five years of experience with the DSM-III system in clinical work and research: Some concluding remarks, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 328, n° 73, 76-84.
- PICHOT, P., GUELF, JD., 1983, *DSM-III Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, Paris.

- PRÉVILLE, M., BOYER, R., POTVIN, L., PERRAULT, C., LÉGARÉ, G., (sous presse) *Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure dans l'enquête Santé Québec*, Rapport de recherche. Québec.
- REGIER, DA. et al., 1988, One-month prevalence of mental disorders in the United States, *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.
- ROBINS, LN., HELZER, JE., RATCLIFF, KS., SEYFRIED, W., 1982, Validity of the Diagnostic Interview Schedule version II DSM-III diagnoses, *Psychological Medicine*, 12, 855-870.
- ROBINS, LN. et al., 1984, Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites, *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- ROBINS, LN. et al., 1985, The Diagnostic Interview Schedule In Eaton, WW. Kessler, LG., Editors, *Epidemiologic Field Methods in Psychiatry. The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program*, Academic Press, New York, 143-170.
- SPITZER, RL., 1984, First rebuttal, *Archives of General Psychiatry*, 41, n° 4, 546-547.
- VAILLANT, GE., 1984, The disadvantages of DSM-III outweigh its advantages, *Archives of General Psychiatry*, 41, n° 4, 542-545.

Summary

The goal of this paper is to summarize recent epidemiological findings from community studies on mental illnesses prevalence and incidence among male and female respectively. The author refer mainly to the Epidemiological Catchment Area (ECA) research projects. A review of developments of the American Psychiatric Association classification of mental disorders is presented and implications of the new nosology on the epidemiologic method is offered. The data indicate that males and females vary significantly in prevalence and incidence of psychopathologies assessed in these studies. Results are compared to those collected for the Santé Québec health survey.