

2

Déterminants démographiques et psychosociaux

Parmi les déterminants de la santé, c'est-à-dire les caractéristiques individuelles ou collectives susceptibles d'influer directement ou indirectement sur l'état de santé, on peut distinguer le sexe et l'âge, mais aussi l'environnement et les habitudes de vie (Rapport Mutualité française, 2000). Dans l'environnement, à côté de l'environnement physique comme l'eau, l'air... les aspects socio-démographiques sont essentiels.

Le sexe et l'âge sont en étroite relation avec la santé. Les comportements vis-à-vis de la santé se différencient très tôt. Les jeunes filles vont davantage être consommatrices de soins. Dans les intersecteurs de psychiatrie, avant 13 ans, les garçons sont plus nombreux, mais dès 15 ans, ce sont les filles qui prédominent (Casadebaig et Chevalier, 1976 ; Casadebaig et Quemada, 1989). À l'adolescence, les différences de comportements entre garçons et filles se traduisent en termes de morbidité et de mortalité. Les comportements plus violents des garçons les amènent à avoir une plus forte proportion d'accidents de voiture. Les taux de suicide sont plus élevés pour eux. En conséquence, entre 15 et 25 ans, la mortalité des garçons est trois fois supérieure à celle de filles. C'est dans ces tranches d'âge que l'écart entre les deux sexes est maximal.

Concernant les groupes d'âge retenus pour cette analyse, moins de 25 ans, le rapport garçons/filles, appelé *sex ratio*, est en population générale de l'ordre de 51 % de garçons. Si le rapport observé s'éloigne de la norme biologique, on doit soit se poser des questions du domaine de la sphère sociale : on peut par exemple s'attendre à une meilleure prise en charge des garçons si leurs troubles sont plus perturbateurs notamment en classe, soit se poser des questions dans le domaine biologique, les deux facteurs pouvant aussi coexister.

Les facteurs sociaux susceptibles d'avoir un retentissement sur la santé en général et sur la santé mentale en particulier sont nombreux et divers, mais parmi eux le milieu social, l'habitat, le fait d'être migrant méritent d'être retenus. Le milieu social est le plus souvent apprécié à travers la profession, le niveau d'éducation ou le niveau de revenu.

À la fin de l'année 2000, on constatait toujours une mortalité différentielle en fonction de la catégorie socio-professionnelle ; ainsi, à 35 ans, un ouvrier a

une espérance de vie de 6 ans inférieure à celle d'un cadre. Les ouvriers peu ou pas qualifiés ont à 45-59 ans un taux de mortalité 2,5 fois supérieur à celui des cadres supérieurs ou professions intermédiaires. Ces inégalités se retrouvent dès la naissance. Les taux de mortalité infantile sont de 7 pour 1 000 pour les enfants de cadres supérieurs et de 10 pour 1 000 pour les enfants d'ouvriers (rapport : la Santé en France, 1996).

Le résultat est parallèle si on regarde le niveau d'études le plus bas par rapport au plus élevé. (Kunst et coll., 2000). Le taux de prématurité est 3,4 % chez les mères ayant fait des études supérieures ; il est de près de 50 % plus élevé chez les mères ayant fait des études primaires, 5,4 %. Pour l'hypotrophie, l'écart est encore plus prononcé 5,8 % contre 9,9 % (Kaminski et coll., 2000).

La plupart des états ont connu au cours du XX^e siècle des mouvements migratoires d'une ampleur considérable. Il s'est agi tout d'abord de migrations internes avec un très fort déplacement des campagnes vers les villes. En France, la région parisienne en est l'exemple saisissant : avec 10 600 000 habitants en 1990 (22^e rapport sur la situation démographique de la France, 1993), elle rassemble environ 20 % de la population totale du pays. Ce nouveau mode de vie, outre la promiscuité qu'il peut engendrer à travers les transports ou l'habitat collectifs, s'est accompagné de modifications structurelles des familles. L'espace alloué dans l'habitat urbain permettant rarement la présence d'une famille élargie, par exemple aux grands-parents. Actuellement, ce mouvement des campagnes vers les villes se produit aussi dans le tiers monde où il entraîne une brutale déstabilisation du microcosme familial traditionnel.

Les migrations externes, avec l'immigration étrangère, se sont ajoutées aux mouvements migratoires intérieurs. La France fut, entre 1920 et 1939, le premier pays d'immigration au monde, devant les États-Unis. Cette immigration a repris depuis 1945, faisant de la France le *melting pot* de l'Europe. Les étrangers représentaient 3 % de la population en 1911 (Beaujeu-Garnier, 1969), 7 % en 1975 (rapport au Haut Comité de la population, 1980) et près de 10 % aujourd'hui. Si la première vague d'immigrants entre les deux guerres mondiales a surtout concerné des Européens, l'immigration actuelle vient de plus loin, Afrique, Asie. Ces peuples sont donc confrontés à des modes de vie, mais aussi à des agents chimiques, à des virus... qui leur étaient inhabituels. De plus, pour une majorité d'entre eux, ils appartiendront, dans un premier temps, aux classes sociales à plus faibles revenus.

Les phénomènes d'addiction associés aux troubles étudiés seront abordés. Ils sont à la fois des comportements individuels, mais aussi des comportements sociaux qui évoluent parallèlement à l'évolution sociale. Ainsi, le tabagisme, longtemps comportement essentiellement masculin, s'est étendu aux femmes et notamment aux jeunes adolescentes.

Lorsque ce sera possible, on regardera si la pathologie étudiée présente ou non une évolution tendancielle au-delà des modifications de prise en charge et des classifications.

Bien entendu, ce chapitre ne reviendra pas sur la pertinence des instruments utilisés, pour mettre en évidence telle ou telle pathologie, ni sur les variations au cours du temps des critères diagnostiques et des définitions, questions discutées dans les chapitres spécifiques aux dites pathologies. Il faut seulement souligner que, si les entretiens diagnostiques tendent à minorer le rôle des facteurs sociaux, les échelles tendent vers l'inverse (Lovell, 2000). De plus, il ne faut pas perdre de vue que, pour certaines pathologies, le nombre de cas étudiés est faible et ne permet donc pas des observations sociales fouillées ni des évolutions de tendance.

Sexe et âge

Le sexe et l'âge vont, dans chacune des pathologies étudiées, avoir des rôles distincts.

Schizophrénie

Concernant les troubles schizophréniques, il existe un consensus dans la communauté scientifique sur la différence d'âge en début d'apparition de la maladie entre hommes et femmes sans que les raisons en soient très bien explicitées. Les femmes débute leur maladie en moyenne de deux à cinq ans plus tard que les hommes (Angermeyer et Kühn, 1988 ; Häfner et coll., 1998a ; Lewis, 1992).

On relève peu de cas de schizophrénie avant 13 ans (Häfner et Nowotny, 1995) et une augmentation rapide à partir de 16 ans (Thomsen, 1996). On estime que 50 % à 60 % des hommes, mais seulement un tiers des femmes ont effectué leur première admission avant 25 ans. L'émergence de la maladie à 40 ans ou plus a lieu pour 8 % des femmes et seulement pour 1 % des hommes (Lewis, 1992). L'hypothèse d'une protection par les œstrogènes pour les femmes a été proposée (Häfner et coll., 1998b) pour expliquer leur surreprésentation au-delà de 40 ans.

Cette différence d'âge pour l'apparition de la pathologie schizophrénique persiste si l'on tient compte des facteurs sociaux ; en effet, on peut penser que la société est plus exigeante quant aux performances sociales des hommes et que, de ce fait, leurs troubles schizophréniques, qui ont pour conséquences de les handicaper sévèrement dans leur adaptation professionnelle notamment, seraient soignés plus tôt. Cette hypothèse toutefois n'est pas vérifiée à travers l'étude de Häfner (1998). Pour éviter le biais éventuel d'une demande de performance sociale plus forte pour les hommes, Häfner (1998) a examiné

l'âge à la première admission pour les patients des deux sexes ayant un emploi à plein temps. La différence des moyennes d'âge à la première admission est restée la même.

À l'inverse des pays occidentaux, l'étude de Murthy et coll. (1998), réalisée en Inde, montre que les femmes ont un risque plus grand de développer une schizophrénie à un âge plus précoce. Cette constatation, dans un pays où les taux de mortalité infantile sont élevés, peut faire penser à une mortalité différentielle, toujours plus forte pour les enfants de sexe masculin. On ne retrouve pas cette observation à la Réunion où les femmes ont un contact plus tardif si elles n'appartiennent pas à une famille avec d'autres sujets atteints (Gordwood et coll., 1995). Dans l'étude OMS (Jablensky et coll., 1992), l'apparition plus tardive de la maladie chez les femmes est constatée à travers les différentes cultures étudiées.

En revanche, la communauté scientifique n'est pas d'accord quant à la surreprésentation ou non des hommes pour cette pathologie.

Pour Häfner et coll., on ne note pas de différence entre les hommes et les femmes quant à la prévalence vie entière de la schizophrénie (Häfner, 1998 ; Häfner et coll., 1998a).

D'autres études soulignent à l'inverse une surreprésentation des hommes (Castle et Murray, 1991 ; Iacono et Beiser, 1992 ; Nicole et coll., 1992 ; Kendler et Walsh, 1995).

Si dans de nombreuses études occidentales, la proportion des hommes pris en charge dans les services spécialisés s'établit autour de 60 %-65 %, comme en France (Boisguerin et coll., 1994, 1998), une comparaison entre schizophrènes français et schizophrènes algériens montre une proportion plus importante d'hommes chez ces derniers, 76 % (Boudef et coll., 1998). Cet écart est probablement révélateur d'habitudes culturelles qui font que les femmes sont préférentiellement soignées à la maison. Cet exemple montre que le milieu socio-culturel peut venir interférer avec d'éventuels paramètres biologiques.

Les femmes débutent en moyenne leur maladie plus tard que les hommes, mais la longueur de temps qui s'écoule entre les premiers signes des troubles et la première admission est semblable pour les deux sexes, de l'ordre de cinq ans (Angermeyer et Khün, 1990 ; Häfner et Nowotny, 1995).

Autisme

Le plus souvent, le diagnostic d'autisme n'est pas porté avant 3 ans, mais la tendance actuelle est de détecter ces troubles de plus en plus tôt (Baron-Cohen et coll., 1996).

Sur les 22 études revues par Fombonne (1999b et 2000), le *sex ratio* varie de 1,3 à 16 avec une valeur moyenne de 3,7. Aucune étude ne trouve plus de filles que de garçons. L'écart entre les sexes est plus prononcé encore quand

l'autisme n'est pas associé à un retard mental. Quand il n'y a pas de retard mental, le *sex ratio* peut atteindre 6 garçons pour 1 fille. Dans le cas où il y a un retard mental, le *sex ratio* diminue (Steffenburg et Gillberg, 1986) ; il est de l'ordre de 1,7 garçon pour 1 fille (Zahner et Pauls, 1987 ; Fombonne, 1999 b ; Fombonne, 2000), mais deux études n'ont pas retrouvé cette association l'une à Berlin et l'autre en Suède (Fombonne, 1999 b).

En France, dans l'enquête nationale 1988 (Mises et Quemada, 1990) sur les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, pour l'autisme type Kanner, le rapport s'établit à 2 garçons pour 1 fille.

Troubles de l'humeur

La prévalence vie entière des troubles de l'humeur est beaucoup plus élevée pour les femmes, environ 2 femmes pour 1 homme. Toutefois, avant la puberté, la prévalence est semblable pour les deux sexes, parfois même plus élevée pour les garçons (Kashani et Simonds, 1979 ; Kashani et coll., 1981, 1986).

La prévalence des troubles de l'humeur augmente de l'enfance à l'âge adulte. L'étude de l'île de Wight a mis en évidence trois fois plus de sentiments dépressifs chez les jeunes de 14-15 ans que chez les 10-11 ans (Rutter, 1986). L'étude de Klerman et coll. (1996), montre que les taux des troubles de l'humeur majeurs augmentent de l'enfance à l'adolescence et continuent à grimper ensuite.

À partir de 15 ans, la prévalence des troubles de l'humeur augmente très nettement chez les filles (Rutter et coll., 1976 ; Kandel et Davies, 1982). Tout au long de l'adolescence, elles ont des scores plus élevés que les garçons (Fombonne, 1995a) et, dès 18-21 ans, deviennent deux fois plus nombreuses (Hankin et coll., 1998).

Une des hypothèses pour l'augmentation des troubles de l'humeur à l'adolescence chez les filles se rapportent à la puberté qui se produit en moyenne 3 ans plus tôt au XX^e siècle qu'au XIX^e siècle. Elle n'est pas forcément bien accueillie par les filles dont elle modifie profondément l'aspect notamment par une prise de poids alors que les standards de la mode préconisent la minceur. Au contraire, l'augmentation de la taille et du poids valorise les garçons (Fombonne, 1995).

Il pourrait aussi exister des *coping* différents selon les sexes, déjà installés à l'adolescence qui se traduiraient par une tendance à l'internalisation des conflits (Gasquet, 1998).

Troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires apparaissent rarement avant la puberté. Il s'agit essentiellement d'une pathologie de l'adolescent et du jeune

adulte, qui touche majoritairement les 16-30 ans et débute le plus souvent entre 15 et 19 ans (Ledoux et coll, dans Flament et Jeammet 2000). Toutefois, la prévalence exacte dans l'enfance reste inconnue actuellement.

Dans l'étude du réseau Inserm, les jeunes femmes boulimiques sont surreprésentées chez les 15-29 ans, mais surtout chez les 20-24 ans ; l'âge de survenue des troubles apparaît plus jeune pour les garçons (Flament et Jeammet, 2000).

On peut observer ces troubles chez des plus jeunes, par exemple à 13 ans chez Olivardia et coll. (1995) ; toutefois, ces troubles apparaissent avec une plus grande fréquence chez les postpubères que chez les pubères (Fabian et Thompson, 1989), mais très tôt, vers 9-10 ans, on relève déjà que presque 1 fille sur 2 se préférerait plus mince *versus* 28 % des garçons (Hill et Bhatti, 1995). La surreprésentation des filles est attestée par toutes les études.

Selon Wichstrom (1995), on trouve de 90 % à 95 % de filles présentant des troubles alimentaires. Dans la revue des études faite par Bailly (1993), on trouve en moyenne 8 filles pour 1 garçon et 5 filles pour 1 garçon dans l'étude sur des adolescents du secondaire en Haute-Marne (Ledoux et coll., dans Flament et Jeammet, 2000). Il semble en revanche exister une grande ressemblance entre les deux sexes tant pour les caractéristiques individuelles que pour les caractéristiques des troubles tels qu'âge d'apparition, méthodes de contrôle du poids, insatisfaction quant à l'image du corps (Olivardia et coll., 1995). Les garçons sont moins nombreux à le faire, mais sont tout aussi drastiques quand ils contrôlent leur poids (Wichstrom, 1995).

Milieu social

Les schizophrènes sont-ils plus nombreux dans les classes sociales défavorisées ? Et, si oui, l'appartenance à cette classe sociale est-elle cause ou conséquence de la maladie ? De même, depuis les premières descriptions de Kanner (1943), présentant des enfants autistes de milieux socio-culturels favorisés, le débat sur cette même question reste ouvert concernant l'autisme (Zahner et Pauls, 1987). Dans ce chapitre, nous ferons une synthèse des travaux portant sur les relations entre facteurs sociaux et santé mentale.

Schizophrénie

Häfner (1994) rappelle que des travaux antérieurs comme ceux de Faris et Dunham à Chicago en 1935 (cités par Hafner, 1994) ou les études revues par Eaton (1974) montraient des taux de premières admissions plus élevés là où la désintégration sociale ou la pauvreté d'habitat étaient plus marquées. On relevait de même une surreprésentation des taux de prévalence de la schizophrénie dans les classes sociales défavorisées. Plus récemment, l'association prévalence plus élevée de la schizophrénie et quartiers défavorisés a été retrouvée à Mannheim dans les études de l'équipe de Häfner (Häfner, 1994)

Il n'est pas démontré pour autant qu'il en soit toujours ainsi. Par exemple, en Finlande, Makikyro et coll. (1997) sur une cohorte de naissances de 11 000 individus trouvent une incidence plus élevée du moins jusqu'à 23 ans dans la classe la plus favorisée. Après 23 ans, d'autres cas sont apparus dans la classe la moins favorisée.

Dans l'étude de Dohrenwend et coll. (1992) en Israël, la prévalence de la schizophrénie apparaît plus élevée chez les Juifs d'origine européenne, plus favorisés socio-économiquement que ceux d'origine nord-africaine.

L'étude de Jones et coll. (1994), menée sur une cohorte de naissance de 1946, fait apparaître que les pères de schizophrènes ont un profil occupationnel semblable à celui de la population générale. En revanche, 45 % des enfants schizophrènes n'ont pas atteint le niveau du père et seulement 13 % ont fait mieux.

Ces contradictions mettent en cause l'existence d'un lien causal et suggèrent plutôt une dérive sociale. On constate une absence d'ascension sociale avant le début de la maladie et un déclin social après l'installation de la maladie.

Dans une étude cas-témoins, Häfner et coll. (1995) montrent que, au moment des premiers signes, les cas et les témoins sont encore très proches quant au niveau scolaire ; et il en est de même quant à une vie en couple ou en concubinage. L'étude de Jones et coll. (1993) montre également un niveau scolaire proche entre cas et témoins avant l'apparition des premiers signes. Le décrochement se fait dès l'apparition des premiers signes de la maladie. Mais, bien avant l'apparition des premiers symptômes psychotiques, certaines études soulignent des caractéristiques particulières aux futurs schizophrènes susceptibles d'influer sur leur devenir social. Par exemple, ils sont décrits par les enseignants comme déplaisants, impopulaires, mal adaptés, peu motivés (Aminger et coll. 1999) et, dès l'âge de 7 ans, comme plus hostiles aux autres enfants et aux adultes et comme ayant souvent des conduites inconséquentes (Done et coll. 1994). Au moment où a lieu la première prise en charge, les schizophrènes sont déjà caractérisés par l'exercice de petits boulots, peu motivants et souvent malsains (Muntaner et coll., 1993). Ainsi, dans un certain nombre de cas, l'ascension sociale apparaît freinée avant que n'apparaisse vraiment la maladie.

Après l'installation de la maladie, la chute a lieu rapidement ; ce n'est pas un déclin modéré et continu. Pour les deux sexes, la perte d'un partenaire stable, d'un revenu ou d'un emploi se produit avec une fréquence semblable.

En conséquence, plus tardif est le début de la maladie, plus nombreux sont les acquis sociaux enregistrés : 84 % des patients ayant eu leurs premiers symptômes après 35 ans gagnaient leur vie ou étaient femmes au foyer contre 21 % de ceux ayant eu leurs premiers symptômes avant 20 ans. Dix ans plus tard, les pourcentages sont toujours de 20 % pour les débuts précoces et seulement de 29 % pour les débuts tardifs (Häfner et coll., 1998c). D'où la différence entre hommes et femmes, ces dernières débutant trois à quatre ans plus tard leur

schizophrénie, elles ont un meilleur niveau social au départ, étant déjà au travail, mariées ou avec une relation stable (Bardenstein et Mcglashan, 1990). Le facteur principal qui déterminera le niveau social au décours de la maladie apparaît bien lié au statut social acquis à la période prodromique.

On ne note pas de différence hommes/femmes lors des études primaires et secondaires car la maladie n'a pas encore débuté (Häfner et coll., 1998b).

Il faut souligner que, malgré leur meilleur acquis social, les patientes ont une appréciation subjective de leur qualité de vie moins bonne, surtout en ce qui concerne l'appréciation de leur sécurité (Röder-Warner et coll., 1997).

Autisme

Dans des études anciennes, on trouve plutôt une association avec des milieux socio-culturels favorisés. Ainsi, dans l'étude de Treffert (1970), le niveau éducationnel des pères (les mères présentent la même tendance, mais non significative) est nettement plus élevé chez les autistes « classiques ». Dans la majorité des études revues par Fombonne (1999b et 2000) dont l'étude française de Cialdella et Mamelle (1989), on ne met pas cette association en évidence. On peut penser que, dans les études anciennes, l'association entre autisme des enfants et classes sociales de haut niveau des parents peut venir de l'implication plus forte des parents de ces milieux dans les associations et qu'actuellement une meilleure détection des cas dans la population amène à nuancer ces premières appréciations (Wing, 1980). Le devenir de l'enfant semble indépendant du milieu socio-culturel des parents (Gillberg et Steffenburg, 1987).

Troubles de l'humeur

Chez les adultes, par exemple à travers l'étude ECA (*epidemiological catchment area*) (Weissman et coll., 1991), des troubles de l'humeur apparaissent surreprésentés dans les classes sociales défavorisées. En revanche, le niveau financier ou le statut éducationnel du père ne discrimine pas, par exemple, les déprimés des non-déprimés, aussi bien chez des jeunes de 14-18 ans de l'État de New York (Kandel et Davies, 1982) que chez des jeunes d'un échantillon national de 8 000 adolescents américains de 15-22 ans (Choi et coll., 1997). Aucune association non plus n'est citée entre le niveau socio-culturel des parents et les troubles de l'humeur chez les enfants dans la cohorte néo-zélandaise de 1 000 enfants suivis jusqu'à 21 ans (Hankin et coll., 1998).

Peu d'études ont porté sur l'impact des difficultés économiques sur le développement de l'enfant. Ces difficultés peuvent avoir des effets directs sur la qualité de vie de la famille par exemple, ou indirects en entraînant des conflits conjugaux, des symptômes dépressifs chez les parents et des difficultés d'adaptation des enfants (voir le schéma de Conger et coll., cité par Fombonne, 1995b).

La crise économique qui sévit depuis plusieurs décennies a affecté des générations de jeunes quant à l'accès à un emploi, mais aussi leurs parents. La perte de ressources ou de l'estime de soi peut entraîner des symptômes dépressifs comme le montre l'étude ECA (Weissman et coll., 1991). Il faut relever toutefois que les taux les plus élevés de dépression ont semble-t-il eu lieu avant la crise économique. Les difficultés rencontrées peuvent aussi resserrer les liens familiaux ; les enfants restant notamment plus longtemps au foyer familial. C'est une des explications avancées pour expliquer le retournement de tendance des taux de suicide qui, après avoir augmenté jusque vers 1980-1985, notamment en France chez les jeunes, amorcent une décroissance ensuite, ce qui est le cas pour la génération 1966-1970 par rapport aux deux précédentes, 1961-1965 et 1956-1960 (Surault, 1995).

La plupart des études n'ont pas réussi à montrer un lien entre quotient intellectuel et dépression (Fombonne, 1995a). Kashani et coll. (1981) chez des enfants de 9-12 ans hospitalisés trouvent un quotient intellectuel plus élevé chez les déprimés que chez les non déprimés, mais pas de différence chez les enfants préscolaires (Kashani et coll., 1984, 1986).

Le fait d'être étudiant ou non-étudiant ne joue pas sur une incidence significative de la dépression dans la cohorte de naissance de Nouvelle-Zélande (Hankin et coll., 1998).

Néanmoins, la difficulté de concentration, de prise de décision, la perte d'intérêt, la fatigue qui accompagnent les troubles de l'humeur peuvent entraîner des résultats scolaires médiocres qui, à leur tour, peuvent induire une dépression secondaire (Ryan et coll., 1987). Le fait d'être déprimé pourrait expliquer que beaucoup d'étudiants ne terminent pas leurs études (Kashani et Priesmeyer, 1983) et de ce fait ne réalisent pas le parcours social qui aurait pu être le leur.

Troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires ont souvent été associés à des classes sociales élevées ; les jeunes filles des classes sociales favorisées se montrent plus soucieuses d'avoir une silhouette mince que les jeunes filles des classes sociales moins favorisées (Bailly, 1993 ; Fombonne, 1995b ; Flament et Jeammet, 1999).

Sur 6 700 sujets de la population générale, aux États-Unis, Dornbusch et coll. (1984) montrent que les jeunes filles de 12 à 17 ans des classes sociales ayant les revenus les plus élevés sont celles qui présentent le plus des souhaits de minceur. Ce schéma n'est pas valable pour les garçons.

Dans l'étude du réseau Inserm, (Flament et Jeammet, 1999), les jeunes femmes boulimiques ont plus de diplômes que celles de la population générale : 27 % ont des diplômes d'enseignement supérieur *versus* 8 % pour les 20-24 ans, 60 % *versus* 24 % pour les 25-34 ans.

On peut toutefois trouver aussi une association avec les statuts socio-culturels les moins élevés : ainsi, sur 2 000 étudiants suisses de 14-19 ans des deux sexes, les obèses et les troubles des conduites alimentaires se retrouvent significativement plus souvent dans les statuts socio-économiques bas (Buddeberg-Fischer et coll., 1996).

On peut aussi ne trouver aucune relation ; ainsi en est-il chez les 12 000 étudiants norvégiens de 13 à 19 ans étudiés par Wichstrom (1995). De même, les préoccupations concernant le poids se retrouvent à travers les différents statuts socio-économiques chez les 9 000 adolescents américains étudiés par Neumark-Sztainer et coll. (1999). On note par ailleurs dans cette étude une tendance à essayer de gagner du poids chez les sujets des classes sociales défavorisées. Ainsi, aucun lien mécanique n'apparaît entre milieu social et troubles des conduites alimentaires.

Comme pour la toxicomanie, il semble que les classes sociales favorisées aient pu être d'abord concernées par un idéal esthétique et que cette conformité à une norme sociale supposée se soit diffusée à l'ensemble des autres milieux sociaux (Bailly, 1993).

La silhouette idéale est véhiculée par les médias. Or, si on se réfère à une revue comme *Play Boy*, on constate que d'année en année, Miss Amérique devient de plus en plus mince, à l'inverse de ce qui se passe pour la population générale (Wichstrom, 1995). Même en Asie, les actrices sont aujourd'hui plus minces (Hill et Bhatti, 1995).

L'image des idoles conduit à une insatisfaction de l'image de son corps, à un éventuel conflit entre idéal et réalité (Hill et Bhatti, 1995 ; Leal et coll., 1995 ; Olivardia et coll., 1995 ; Wichstrom, 1995 ; Keel et coll., 1997 ; Taylor et coll., 1998 ; Pinhas et coll., 1999).

La confrontation avec l'image d'une beauté idéale engendre de façon très immédiate des sentiments d'hostilité, de colère et une humeur dépressive, et ce d'autant que le sujet est plus insatisfait de son corps et/ou a déjà eu des troubles des conduites alimentaires (Pinhas et coll., 1999).

C'est l'obésité perçue par le sujet qui est la plus souvent en cause. Le BMI (*Body mass index*) désiré étant le plus souvent inférieur au BMI observé (Bernard et coll., 1996) et la proportion de jeunes qui se perçoivent comme obèses alors que leur poids est inférieur à la normale n'est pas négligeable, 6 % chez Wichstrom (1995). En France, dans l'enquête nationale sur les adolescents, il apparaît que les adolescentes surestiment souvent leurs problèmes pondéraux (Choquet, et Ledoux, 1994).

Les médias peuvent aussi jouer d'autres rôles. Concernant les problèmes quant aux conduites alimentaires, une corrélation significative a été mise en évidence entre le temps passé à regarder la télévision et l'obésité chez des enfants et des adolescents américains, sans doute à travers une diminution de l'activité physique et une propension accrue au grignotage ainsi qu'à la diminution en parallèle de repas structurés pris en famille (Dietz, 1990).

Habitat urbain/rural

L'influence sur les troubles mentaux de l'habitat urbain ou rural des patients a été mise en évidence par un certain nombre d'enquêtes épidémiologiques.

Schizophrénie

Des études ont mis en évidence une association entre taux plus élevé de diagnostic de schizophrénie et densité de population plus forte. On peut même observer dans certaines études une relation dose/effet, c'est-à-dire une élévation des taux de schizophrénie en fonction de l'élévation de la densité de population.

La question se pose toutefois de savoir si c'est la naissance dans un lieu donné qui a le plus d'importance ou si c'est le lieu où l'on a été élevé, avec, dans ce cas, le risque d'un biais de déménagements de la campagne vers la ville notamment pour être plus proche des lieux de soins. Peu d'études ont pu rassembler des données à la fois sur le lieu de naissance et sur le lieu où le sujet a été élevé. L'hypothèse concernant un moins bon accès aux soins somatiques dans les campagnes semble toutefois peu valable notamment pour l'Europe du Nord où la couverture sanitaire est distribuée de façon homogène.

Une étude portant sur des conscrits suédois a mis en évidence des taux de schizophrénie plus importants chez les sujets élevés dans les grandes villes, suivis des villes moyennes et petites, puis des zones rurales, y compris après ajustement sur des facteurs comme finances familiales, divorce parental, usage de cannabis et histoire familiale de troubles psychiatriques. Cette association est retrouvée, mais beaucoup moins forte pour les autres psychoses (Lewis et coll., 1992).

D'autres études se sont attachées au lieu de naissance et ont mis aussi en évidence une « dose réponse » schizophrénie et densité de population, en France (Verdoux et coll., 1997), en Grande-Bretagne-Pays de Galle (Takei et coll., 1992a et b), au Danemark (Mortensen et coll., 1999) ou encore en Inde (Varma et coll., 1997). En France, en Grande-Bretagne-Pays de Galle et au Danemark, les auteurs se sont également attachés à étudier le mois de naissance et ont le plus souvent constaté un risque augmenté pour les sujets nés en période hivernale.

L'une des principales idées sous-jacentes aux études sur schizophrénie et densité de population est la contagion des maladies infectieuses favorisée par la promiscuité. L'étude du mois de naissance est un autre aspect de la liaison pathologie infectieuse et schizophrénie. La majeure partie des épidémies de grippe se produisent en effet pendant les mois d'hiver. Au-delà des infections, les problèmes de nutrition, les traumatismes crâniens plus fréquents dans les villes ainsi que le stress et les conditions de travail plus difficiles pourraient jouer un rôle dans la survenue de la schizophrénie (Warner et Girolamo, 1995).

Autisme

Ce qui a été dit pour les facteurs de risque spécifiques plus importants dans les villes et l'apparition plus fréquente de troubles schizophréniques pourrait vraisemblablement être répété en partie pour les troubles autistiques, mais on manque d'études sur le sujet. Steffenburg et Gillberg (1986) trouvent une prévalence plus forte en ville qu'à la campagne, mais ils n'en tirent pas de conclusions, car d'une part l'effectif de cas étudiés est faible et, d'autre part, le phénomène migratoire est plus important en ville. C'est aussi ce qui ressort de leur étude de 1987 (Gillberg et Steffenburg) où aucun des enfants autistes étudiés n'a de parents immigrants contrairement à ceux nés en ville.

Troubles de l'humeur

Il semble qu'il y ait assez peu d'études sur ce thème. Une étude de Crowell et coll. (1986) en Caroline du Nord chez des adultes montre des taux de troubles de l'humeur plus élevés en milieu urbain. Le milieu rural apparaissait plus protecteur pour les jeunes (18-44 ans) et surtout pour les jeunes femmes.

Troubles des conduites alimentaires

Dans l'enquête nationale sur les adolescents, les conduites boulimiques sont plus fréquentes en milieu urbain et chez les filles étrangères (Choquet et Ledoux, 1994).

Migrants

Deux phénomènes plus spécialement peuvent jouer un rôle susceptible d'influencer les taux de morbidité dans les groupes migrants. D'une part, on peut supposer que ce sont les personnes les plus solides physiquement qui vont émigrer, mais qu'ensuite elles peuvent se trouver confrontées à des problèmes multiples ; d'autre part, on peut penser qu'à l'inverse les migrants peuvent être des sujets ayant déjà des troubles et de ce fait sont plus susceptibles de quitter leur communauté ne serait-ce que pour aller chercher des soins ailleurs. Statistiquement, les premiers sont sans doute de loin les plus nombreux, mais à l'arrivée dans le pays d'accueil, le stress, de mauvaises conditions de vie, une modification de la nutrition maternelle, une meilleure survie des nouveau-nés à risque, une fréquence plus élevée d'infections virales, une désintégration familiale peuvent survenir.

Schizophrénie

Une étude très ancienne, réalisée par Ödegaard dans les années trente et citée par Warner et Girolamo (1995) avait trouvé une incidence de la schizophrénie deux fois plus élevée chez des Norvégiens ayant immigré dans le Minnesota que dans une population comparable restée en Norvège. Toutefois,

d'autres études n'ont pas démontré que les migrations constituaient un facteur de risque de survenue de la schizophrénie (Warner et Girolamo, 1995).

Plusieurs études anglaises ont montré des taux de schizophrénie plus élevés dans la seconde génération des sujets d'origine afro-caraïbe (McGovern et Cope, 1987 ; Thomas et coll., 1993). Cette dernière étude a notamment comparé les taux chez des sujets d'origine européenne, d'origine asiatique et d'origine afro-caraïbe et ce sont ces derniers qui avaient les taux les plus élevés.

Au Danemark, Mortensen et coll. (1997) trouvent des taux plus élevés de schizophrénie, mais aussi plus élevés pour d'autres troubles psychotiques essentiellement chez des migrants de pays voisins du Danemark, ce qui ne semble pas aller dans le sens de problèmes d'adaptation à de nouveaux virus ou des changements de modes de nutrition. Le seul facteur commun étant le fait d'avoir migré d'un pays à un autre. Par ailleurs, ces auteurs soulignent la difficulté d'avoir des données statistiques très fiables sur le nombre de migrants, du fait que certains sont clandestins et donc non recensés et que d'autres sont de passage et donc ne rentrent pas non plus dans la population vivant au Danemark et recensée comme telle.

Autisme

Aussi bien en Grande-Bretagne qu'en Suède ou en Islande, des études ont montré une surreprésentation de la pathologie autistique chez des enfants de migrants. Goodman et Richards (1995) à partir d'enfants consultants à Londres entre 1973 et 1989, enfants de migrants afro-caraïbes nés en Angleterre et comparés à des enfants nés en Grande-Bretagne de parents nés aussi en Grande-Bretagne, provenant des mêmes zones défavorisées, mettent en évidence plus de troubles autistiques et psychotiques chez les premiers alors qu'il n'y a pas plus de troubles mentaux chez les parents des deux groupes.

Les études anglaises ont porté sur des enfants de migrants afro-caraïbes, mais d'autres études ont considéré d'autres nationalités avec des résultats similaires. Dans l'étude suédoise de Gillberg et coll. (1991) et Gillberg et Gillberg (1996), les enfants autistes ont des parents immigrants venant des quatre coins du monde. Une autre étude Gillberg et coll. (1995) montre une surreprésentation de la pathologie autistique chez des enfants de mère venant de l'Ouganda. Dans l'étude australienne de Harper et Williams (1976), ce sont les enfants de parents grecs et allemands qui présentent une prévalence plus élevée de troubles autistiques.

Dans la majorité des études, le nombre de cas observés est faible. De plus, ces études ne donnent pas les taux d'autisme dans les populations immigrées, pas plus que pour les populations du pays d'origine.

À l'inverse, on peut observer que des études dans lesquelles le nombre d'immigrants est faible ont des taux d'autisme élevés et des études dans lesquelles le

nombre d'immigrants est relativement important ne montrent pas pour autant des taux de prévalence élevés (Fombonne, 1999a, 2000).

Dans l'étude américaine sur la région de l'Utah (Ritvo et coll., 1989), les taux ne diffèrent pas entre Noirs et Blancs, c'est-à-dire entre ethnies différentes, mais ne pouvant plus ni l'une ni l'autre être considérées comme immigrantes.

Troubles de l'humeur

Il semble que l'appartenance à une minorité ethnique n'est pas en soi un facteur de risque de troubles de l'humeur, mais il existe une interaction positive entre l'appartenance ethnique et le niveau socio-économique. Dans les classes favorisées, le risque de troubles de l'humeur est le même chez les Blancs, les Noirs et les Hispaniques, alors qu'il augmente chez les Noirs des classes défavorisées (Gasquet, 1995).

Par ailleurs, l'étude OMS (Sartorius et coll., 1983) a montré que les troubles de l'humeur se retrouvaient dans divers pays du monde avec des prévalences assez voisines.

Troubles des conduites alimentaires

Les taux de prévalence des troubles des conduites alimentaires sont plus bas dans les pays en voie de développement que dans les pays industrialisés. Les adolescentes qui ont migré du tiers monde vers les pays industrialisés présentent des taux plus élevés que celles qui sont restées dans leur pays d'origine ; leur adaptation aux sociétés occidentales passant semble-t-il notamment par une adoption des standards de beauté de l'Occident (Fombonne, 1995b).

Parmi les jeunes migrantes, les troubles des conduites alimentaires peuvent être l'expression des conflits d'adaptation. Ainsi, en Grande-Bretagne, parmi les fillettes (Hill et Bhatti, 1995) ou les adolescentes d'origine asiatique (Munford et coll., 1991), en l'occurrence surtout des Pakistanaïses, celles qui viennent de milieux socio-économiques défavorisés, qui parlent le plus la langue du pays d'origine dans leur famille et s'habillent de façon traditionnelle ont tendance à faire plus de régime, présentent plus d'insatisfaction de leur corps que leurs pairs caucasiennes, et ont les scores les plus élevés sur le *eating attitudes test* (EAT) et le *body shape questionnaire* (BSQ).

Si, en Europe, le stress du choc des cultures peut entraîner des troubles des conduites alimentaires, notamment dans les classes sociales défavorisées, à l'inverse, dans les classes sociales favorisées des pays en voie de développement, c'est l'influence et la volonté d'adhésion à la culture occidentale, plus spécialement à travers la fréquentation d'écoles « anglaises », qui peuvent pour partie expliquer la présence de troubles des conduites alimentaires (Ford et coll., 1990 ; Munford et coll., 1992).

Lorsque la migration est ancienne, comme aux États-Unis, on peut retrouver des différences intra-pays. Ainsi, les jeunes filles caucasiennes sont plus susceptibles de faire des régimes et font plus d'activité physique que les jeunes filles afro-américaines, lesquelles sont plus souvent obèses ; les garçons afro-américains font moins d'exercices d'activité physique que les garçons caucasiens et tentent plus souvent de gagner du poids, surtout ceux dont les familles appartiennent aux classes à niveau socio-économique bas (Neumark-Sztainer, 1999). On trouve ainsi en Occident une image où la minceur est recherchée surtout dans les classes sociales aisées alors que, dans certains groupes sociaux, tout comme dans les pays du tiers monde, un certain embonpoint est le signe d'une bonne assise sociale.

Addictions

Les troubles mentaux sont souvent associés à différents phénomènes d'addiction que nous allons aborder ici.

Schizophrénie

La toxicomanie est un codiagnostic important et fréquent chez les schizophrènes (Schneier et Siris, 1987 ; Mueser et coll., 1990 ; Soyka et coll., 1993 ; Leduc et Mittleman, 1995), surtout chez les jeunes. La toxicomanie entraîne une moins bonne observance de la médication neuroleptique, plus de réhospitalisations (Pristach et Smith, 1990 ; Goff et coll., 1992), plus de conduites agressives envers les autres (Lindqvist et Allebeck, 1990 ; Smith et Hucker, 1994), et envers soi-même plus d'idées suicidaires et de passages à l'acte (Drake et coll., 1989 ; Soyka et coll., 1993), et enfin une surmortalité (Casadebaig et Philippe, 1999).

La prévalence la plus élevée parmi les produits psychoactifs utilisés est celle de la consommation de tabac. La consommation de tabac est plus élevée chez les patients schizophrènes qu'en population générale (Regier et coll., 1990) ou que chez d'autres patients psychiatriques (Hughes et coll., 1986 ; de Léon, 1996). Les fumeurs sont plus souvent des hommes, plus jeunes, avec un âge de début plus précoce et ils reçoivent des doses plus élevées en équivalent chlorpromazine (Sandyk et Kay, 1991 ; Goff et coll., 1992 ; Ziedonis et coll., 1994 ; de Leon et coll., 1995).

Troubles de l'humeur

La comorbidité troubles de l'humeur et produits psychoactifs est attestée par de nombreuses études (Anonymous, 1998). Les troubles de l'humeur semblent précéder l'usage de produits plutôt que l'inverse (Kandel et Davies, 1986).

Le tabac est la substance la plus utilisée par les jeunes. D'abord comportement masculin, la consommation de tabac s'est étendue aux femmes. Aujourd'hui,

garçons et filles de moins de 20 ans fument dans les mêmes proportions et on observe une tendance à ce que la consommation féminine soit plus précoce (Choquet et Ledoux, 1994). En France, on fume de plus en plus jeune et l'âge moyen à la première cigarette est de 13 ans (rapport : La Santé en France, 1994).

Il a été constaté dans de nombreuses études (Brown et coll., 1996 ; Fergusson et coll., 1996 ; Klerman et coll., 1996 ; Patton et coll., 1996 ; Choi et coll., 1997 ; Escobedo et coll., 1998) que les fumeurs présentent des taux plus élevés de troubles dépressifs. Parallèlement, les déprimés présentent des taux plus élevés de consommation de tabac.

Ainsi, 17 % des fumeurs réguliers, 12 % des fumeurs occasionnels et 10 % des non fumeurs vont développer sur cinq ans des troubles dépressifs. Le risque de présenter des troubles dépressifs est presque dose/réponse selon que l'on est fumeur régulier, fumeur occasionnel ou non-fumeur, avec des risques relatifs respectifs de 1 à 1,4 et 2 (Choi et coll., 1997).

Cette bidirectionnalité suggère pour certains auteurs une possible vulnérabilité commune (Brown et coll., 1996). Dans l'étude de Patton et coll. (1996), l'association consommation régulière de tabac et troubles dépressifs est faible pour les adolescents, mais forte pour les adolescentes étudiés. De même, ce sont les adolescentes américaines qui, entre 15 et 22 ans, ont développé des taux de dépression plus élevés parallèlement à une consommation plus forte (Choi et coll., 1997).

La consommation de tabac chez les jeunes doit être considérée comme un signal d'alerte non seulement en termes de santé somatique, mais comme un possible facteur prédictif de troubles dépressifs, c'est ce qui ressort d'une cohorte néo-zélandaise suivie depuis la naissance (Fergusson et coll., 1996). De plus, la consommation de tabac apparaît bien souvent comme une porte d'entrée pour d'autres substances (Brown et coll., 1996) et les adolescents déprimés et qui fument sont aussi plus susceptibles d'avoir d'autres troubles de la conduite (Escobedo et coll., 1998).

Les sujets qui ont des troubles d'anxiété ou de dépression élevés perçoivent davantage les bénéfices psychologiques et sociaux immédiats que leur procure le tabac *versus* les risques de santé futurs, ce qui peut expliquer la difficulté d'efficacité des campagnes antitabac (Patton et coll., 1996).

Troubles des conduites alimentaires

On ne trouve pas de corrélation chez Wichstrom (1995) entre addictions et troubles des conduites alimentaires.

Dans l'étude française sur la population scolaire de Haute-Marne, les adolescents avec des conduites boulimiques avaient plus fréquemment essayé un produit illicite. La différence ne venait pas de la consommation d'alcool ou de tabac (Ledoux et coll., dans Flament et Jeammet, 2000). Mais 37 % des

femmes boulimiques consultant du réseau Inserm consommaient régulièrement une ou plusieurs substances psychoactives, la substance la plus utilisée étant les tranquillisants.

Évolution historique

Dans ce volet, nous aborderons une vision dynamique des troubles mentaux dans le monde permettant d'avoir une idée de l'évolution de ces pathologies à travers le temps et non plus seulement à travers les différents continents ou pays.

Schizophrénie

L'étude OMS (Jablensky et coll., 1992) dans une dizaine de régions du monde montre que la schizophrénie est une maladie universelle avec de grandes similitudes dans les raisons du premier contact médical et le déroulement de la maladie sur les deux premières années. Les courbes d'incidence par sexe et âge présentent des profils semblables, notamment un âge plus élevé pour les premiers symptômes chez les femmes (Jablensky et coll., 1992).

Si la schizophrénie est retrouvée à travers l'espace, qu'en est-il dans le temps ? Des auteurs ont pensé que la schizophrénie s'était développée au XIX^e siècle en constatant une augmentation des premières admissions dans les asiles (Hare, 1983), ce changement étant attribué par Hare à un événement biologique comme la mutation d'un virus ou une modification des réactions immunitaires à une infection déjà existante (Hare, 1988).

Au Danemark, en Écosse, en Australie et au Royaume-Uni, des études ont rapporté des taux de premières admissions ou de premiers contacts avec des services de soins en nette diminution entre 1963 et 1988 (Warner et Girolamo, 1995). Parallèlement, d'autres études, en Allemagne et au Royaume-Uni, ont montré l'inverse. Pour ces dernières, le rôle des populations migrantes, pour lesquelles des taux plus élevés dans la seconde génération ont parfois été mis en évidence, n'est peut-être pas à exclure.

Le diagnostic à la première admission ou au premier contact peut être modifié par la suite, mais Munk-Jorgensen a montré que, même en tenant compte de ce facteur, il y avait réellement un déclin des premières admissions (Munk-Jorgensen 1987a et b). On peut penser que l'augmentation de la toxicomanie chez les jeunes Occidentaux ou chez les jeunes des pays développés et plus particulièrement chez ceux susceptibles de développer une schizophrénie a pu entraîner une mortalité différentielle qui expliquerait la diminution observée.

Avec les nouveaux médicaments antipsychotiques, on peut aussi supposer qu'un certain nombre de patients sont suivis par des médecins généralistes ou des praticiens libéraux et échappent aux statistiques dans des proportions qui restent à déterminer.

Une diminution de l'incidence de la schizophrénie serait importante à mettre en évidence. Si elle n'est pas due à une mortalité différentielle, on peut penser que l'amélioration de l'hygiène, les vaccinations et les progrès de l'obstétrique ont joué un rôle.

Il semble en revanche que la crise économique des vingt cinq dernières années qui a incontestablement créé de nouvelles plages de pauvreté semble avoir eu peu d'impact sur l'évolution des taux de prévalence.

Autisme

En Suède, Gillberg et coll. (1991) trouvent une prévalence de 4 pour 100 000 en 1980, 7,5 en 1984 et 11,6 en 1988. Les auteurs supputent en fait une meilleure détection, mais aussi une modification des populations par l'apport de migrants.

Les études sur des cohortes de naissances, si elles portent sur les mêmes sources d'information sont plus riches d'enseignements. Les études menées en France sur des cohortes de 1972, 1976 et 1981, puis 1976-1985, mais qui ne portent pas à chaque fois sur les mêmes populations, ne montrent pas d'augmentation des taux (Fombonne, 2000).

L'augmentation du nombre d'enfants autistes pris en charge par les services spécialisés au cours des deux dernières décennies peut n'être que le reflet d'une meilleure détection, d'une évolution des classifications diagnostiques ou la meilleure capacité des services de santé à prendre en charge ces diagnostics. Cette augmentation peut être aussi le reflet d'une évolution des populations et seules les études d'incidence peuvent répondre à ces questions. Or les études susceptibles de contrôler une population et de détecter dans cette population les nouveaux cas d'autisme sont rares. Ce d'autant que les populations observées doivent être numériquement importantes du fait de la rareté de l'autisme. En effet, les variations aléatoires du fait d'effectifs faibles sont évidemment plus susceptibles de se produire.

Des études transversales répétées avec des méthodologies identiques peuvent apporter aussi des informations à condition que les mouvements migratoires soient faibles et ne viennent pas modifier sensiblement la population d'origine.

Troubles de l'humeur

Une augmentation de la prévalence des taux des troubles de l'humeur aux États-Unis depuis la Seconde Guerre mondiale a été rapportée. La génération 1935-1944 montre un net décrochement par rapport aux générations antérieures. L'augmentation des taux de prévalence se poursuit dans la génération 1945-1954, surtout pour les femmes de la génération 1955-1964 (Wickramaratne et coll., 1989).

Les taux d'incidence des troubles de l'humeur les plus élevés se rapportent à la période 1960-1970 (Klerman et coll., 1996).

L'étude ECA sur un échantillon de population a montré aussi que les taux de troubles dépressifs majeurs étaient plus élevés chez les personnes nées après 1935 et que ces taux étaient les plus élevés pour les personnes nées entre 1960 et 1970.

Cette augmentation des taux de troubles de l'humeur chez les personnes nées après guerre est retrouvée dans d'autres pays. L'étude menée sur neuf pays (*cross-national collaborative group*, 1992) et près de 40 000 sujets (États-Unis, Porto-Rico, France, Italie, Allemagne, Liban, Nouvelle-Zélande, Taiwan, Canada) montre aussi une augmentation de la prévalence de ces troubles. Presque toujours, la cohorte née en 1955 a, à 25 ans, des taux plus élevés que les cohortes antérieures.

Parallèlement, les consommations de produits licites comme le tabac ou l'alcool et la consommation de substances illicites ont également augmenté. Les taux de consommation de substances illicites ou d'alcool avant un épisode de trouble dépressif augmentent de 3 % chez les femmes et de 14 % chez les hommes nés en 1915-1924, de 12 % chez les femmes et de 30 % chez les hommes nés après 1944. Toutefois, la tendance actuelle à l'augmentation de la dépression se retrouve même quand il n'y a pas de comorbidité avec l'alcool ou un autre produit psychoactif (Klerman et coll., 1996).

Il est toujours difficile de repérer dans une population ce qui relève d'une vulnérabilité plus grande de certaines générations (effet cohorte) de ce qui appartient à un moment de l'histoire (effet période) ou encore ce qui est un effet de l'âge (effet âge). Les trois facteurs inter-réagissent. De la revue des études faite par Fombonne (1995a), il semble quand même se dégager une augmentation des taux de dépression dans les cohortes nées après guerre jusqu'aux cohortes les plus récentes.

Cette augmentation n'apparaît pas néanmoins spécifique à la dépression et pourrait concerner d'autres troubles psychiatriques (Fombonne, 1999a).

L'étude d'Achenbach et Howell (1993) sur des enfants américains de 7-16 ans d'un échantillon aléatoire d'enfants a montré l'augmentation entre 1976-1981 et 1989 du nombre d'enfants à problèmes ; on passe de 10 % d'enfants à problèmes en 1976 à 18 % en 1989 et ce, en retirant de l'échantillon tous les enfants ayant eu un contact avec un service médical spécialisé pour problème de santé mentale, ce qui représentait 8 % des enfants en 1989 *versus* 3 % en 1976. Aucune interaction avec le sexe, l'âge, l'éthnicité ou le niveau socio-économique ne ressortait.

Les hypothèses avancées pour expliquer l'augmentation des troubles de l'humeur dans les générations nées après la Seconde Guerre mondiale sont complexes et multifactorielles. Il faut noter que jamais auparavant les sociétés n'avaient connu des changements aussi massifs sur une période de temps aussi courte. On a assisté à des mouvements migratoires importants de pays à pays,

mais surtout à l'intérieur même des pays à des mouvements migratoires massifs des campagnes vers les villes, entraînant une urbanisation jusque-là jamais atteinte ; la nutrition elle-même s'est modifiée ; de nouveaux agents chimiques sont apparus dans l'air, dans l'eau, de nouveaux virus également ; la structure familiale avec l'augmentation des divorces et celle des familles monoparentales a considérablement évolué tout comme le rôle social des femmes dans le monde du travail et de la politique.

Enfin, il ne faut pas oublier que les jeunes générations hésitent moins de nos jours à accepter que leurs problèmes soient d'ordre psychologique.

Troubles des conduites alimentaires

En contraste avec les standards de la beauté en Occident et avec la minceur qui y est préconisée, on a assisté parallèlement au cours des dernières décennies, à l'augmentation des problèmes d'obésité pour ne pas parler d'explosion, puisque l'obésité est devenue aux États-Unis un vrai problème de santé publique.

On peut comprendre ainsi que se soit instaurée l'habitude des régimes. Chez les adolescentes, les régimes sont fréquents et, dans la majorité des cas, sont sans conséquences négatives ultérieures. Toutefois, une minorité d'adolescentes va développer à la suite de ces régimes des problèmes de conduites alimentaires (Patton, 1988). Il apparaît aussi que régime et perception négative de soi conduisent à des crises boulimiques, lesquelles à leur tour diminuent l'estime de soi, ce qui à nouveau augmente le risque de régime, instituant ainsi un cercle vicieux (Neumark-Sztainer et coll., 1995).

Les taux d'incidence pour les troubles des conduites alimentaires sont faibles, autour de 1 à 2 pour 1 000 chez les femmes (Fombonne, 1995b), ce qui rend difficile la mise en évidence de tendances évolutives. Le nombre des consultants a pu augmenter dans les centres de soins, mais, parallèlement, les critères diagnostiques et les définitions se sont modifiés au cours du temps, les instruments utilisés ont varié, les échantillon étudiés diffèrent et les mentalités ont pu évoluer (Ledoux et coll., dans Flament et Jeammet 2000).

Au Danemark, les taux de premières admissions entre 1973 et 1987 ne montrent pas une augmentation par rapport à la population générale, alors que l'on constate une augmentation significative par rapport aux hospitalisations psychiatriques (Nielsen, 1990). L'étude de Rochester (Lucas et coll., 1991), à l'inverse, montre une légère augmentation des taux chez les femmes de 15-24 ans entre 1950 et 1984. Toutefois, le nombre de cas étudiés reste faible et l'interprétation ne peut se faire qu'avec prudence. Les auteurs suggèrent que, probablement, le pic a été atteint vers les années quatre-vingt et que l'on peut s'attendre à une diminution avec en parallèle une modification de l'image idéale du corps.

Les remarques faites sur la faiblesse des taux d'incidence de l'anorexie et la prudence qui en découle pour l'interprétation des tendances sont encore plus

vraies pour la boulimie qui n'est introduite que depuis vingt ans dans la description systématique des troubles mentaux.

L'étude d'Achenbach et Howell (1993), portant sur d'enfants américains âgés de 7 à 16 ans issus d'un échantillon aléatoire, indique une augmentation entre 1976 et 1989 d'enfants à problèmes, et montre également que les réponses à l'item « ne mange pas bien » et/ou « mange trop » ne présentent pas de grande variation entre les deux périodes.

L'augmentation des troubles des conduites alimentaires dans les pays industrialisés retrouvée par certaines études par rapport à il y a cinquante ans (Baillly, 1993) reste sujette à caution. La revue de la littérature faite par Fombonne (1995b) démontre qu'aussi bien pour l'anorexie que pour la boulimie, la mise en évidence de tendances évolutives dans le temps reste à faire et qu'aucune conclusion définitive ne peut être avancée à ce jour. Il est clair en revanche que l'intérêt des professionnels et du public pour les questions concernant les troubles des conduites alimentaires répond à des préoccupations actuelles.

En conclusion, les facteurs biologiques et culturels se conjuguent avec le sexe et l'âge pour une expression différentielle des troubles étudiés.

Les facteurs sociaux n'ont pas le plus souvent de valeur causale en eux-mêmes, mais leur influence non contestable dépend la plupart du temps de la façon dont ils sont vécus. Par exemple, le fait de migrer de la campagne vers la ville ou d'un pays à un autre est dû en général à des impératifs économiques. La réussite de l'insertion dépendra beaucoup de la façon dont est vécue cette transplantation. Si la migration est vécue avec l'espoir d'un monde meilleur dans lequel on veut s'intégrer, l'adaptation a de meilleures chances de réussite que si l'on est avant tout sensible aux regrets du passé que l'on a laissé derrière soi.

Les sociétés occidentales sont en perpétuelle transformation, ce qui demande aux individus des capacités d'adaptation qui ne sont pas données à tous. La non-réussite sociale peut être d'autant plus frustrante que toutes les ascensions sociales sont théoriquement possibles. Personne, dans les sociétés de type occidental, n'est attaché de sa naissance à sa mort à une caste. Néanmoins, ces ascensions sociales n'en sont pas moins difficiles à réaliser, d'autant que la maladie peut en elle-même être un frein à l'insertion sociale.

Enfin, le cumul d'effets adverses individuels et socio-économiques peut venir rompre un équilibre et créer un phénomène d'usure qui conduit à perdre pied.

Les générations nombreuses nées après guerre ont-elles été plus fragiles ? Il est difficile de répondre tant les instruments de mesure en santé mentale ont évolué. On peut constater ce qui a été dit plus haut sur les transformations rapides des sociétés et sur la compétition socio-économique qui laisse les plus faibles sur le bord du chemin. Ces sociétés ont par ailleurs développé comme

jamais auparavant des institutions propres à protéger les individus en difficulté. Surtout, la transformation des mentalités qui est en train de se réaliser est le meilleur outil pour la reconnaissance et l'intégration des personnes présentant des troubles mentaux et *a fortiori* des jeunes malades.

BIBLIOGRAPHIE

ANGERMEYER MC, KÜHN L. Gender differences in age at onset of schizophrenia. An overview. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 1988, **237** : 351-364

ACHENBACH TM, HOWELL CT. Are american children's problems getting worse ? A 13 year comparison. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, **32** : 1145-1154

AMMINGER GP, PAPE S, ROCK D, ROBERTS SA, OTT SL et coll. Relationship between childhood behavioral disturbance and later schizophrenia in the New York high-Risk Project. *Am J Psychiatry* 1999, **156** : 525-530

ANGERMEYER MC, KÜHN L, GOLDSTEIN JM. Gender and the course of schizophrenia : differences in treated outcomes. *Schizophr Bull* 1990, **16** : 293-307

ANONYMOUS. La Dépression avant 20 ans. ACANTHE, Masson, Smithkline, Paris 1998 : 194

BAILLY D. Recherche épidémiologique, troubles du comportement alimentaire et conduites de dépendance. *Encéphale* 1993, **19** : 285-292

BARDENSTEIN KK, MCGLASHAN TH. Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders. A Review. *Schizophr Res* 1990, **3** : 159-172

BARON-COHEN S, COX A, BAIRD G, SWETTENHAM J, NIGHTINGALE N et coll. Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. *Br J Psychiatry* 1996, **168** : 158-163

BEAUJEU-GARNIER J. La Population française. Armand Colin, Paris 1969 : 250

ANONYMOUS. Colloque national sur la démographie française. Ministère du Travail et de la Participation, 1980

BERNARD M, BAUGIER AM, MAINHAGU P, DUBROCA B, PACCALIN J. Weight preoccupation and eating habits in student populations. L'image du corps et les attitudes envers l'alimentation de différentes populations étudiantes. *Cahiers Nutrition et Diététique* 1996, **31** : 361-368

BOISGUERIN B, PARAYRE CL, QUEMADA N. Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale. 16 mars-29 mars 1993. Rapport DGS-INSERM 1994

BOISGUERIN B, CASADEBAIG F, QUEMADA N. Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, les cliniques psychiatriques privées et les établissements de réadaptation et de postcure. 16 mars-29 mars. Rapport DGS-INSERM 1998

BOUDEF M, CASADEBAIG F, CHOUALI A, HEZAM N, HEROUT K. Comparaison entre une population de schizophrènes français et une population de schizophrènes algériens. *Journal Algérien de Médecine* 1998, **4** : 182-198

- BROWN RA, LEWINSOHN PM, SEELEY JR, WAGNER EF. Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, **35** : 1602-1610
- BUDDEBERG FISCHER B, BERNET R, SCHMID J, BUDDEBERG C. Relationship between disturbed eating behavior and other psychosomatic symptoms in adolescents. *Psychother Psychosom* 1996, **65** : 319-326
- CASADEBAIG F, CHEVALIER A. Etude comparative entre les caractéristiques familiales et sociales de enfants pris en charge au Centre A. Binet. *Psychiatr Enfaut* 1976, **19** : 302-320
- CASADEBAIG F, QUEMADA N. Morbidité psychiatrique infanto-juvénile : prise en charge en Loire Atlantique. Incidence annuelle. *Information Psychiatrique* 1989, **9** : 945-953
- CASADEBAIG F, PHILIPPE A. Mortalité chez des patients schizophrènes : trois ans de suivi d'une cohorte. *Encephale* 1999, **25** : 329-333
- CASTLE DJ, MURRAY RM. The neurodevelopmental basis of sex differences in schizophrenia. *Psychol Med* 1991, **21** : 565-575
- CHOI WS, PATTEN CA, GILLIN J C, KAPLAN RM, PIERCE JP. Cigarette smoking predicts development of depressive symptoms among US adolescents. *Ann Behav Med* 1997, **19** : 42-50
- CHOQUET M, LEDOUX S. Adolescents. Enquête nationale. Les Éditions Inserm Paris, 1994
- CIALDELLA PH, MAMELLE N. An epidemiological study of infantile autism in a french department. *J Child Psychol Psychiatr* 1989, **30** : 165-175
- CROSS-NATIONAL COLLABORATIVE GROUP. The changing rate of major Troubles de l'humeur. Cross-national comparisons. *JAMA* 1992, **268** : 3098-3105
- CROWELL BA, GEORGE LK, BLAZER D, LANDERMAN R. Psychosocial risk factors and urban/rural differences in the prevalence of major depression. *Br J Psychiatry* 1986, **149** : 307-314
- DE LEON J. Smoking and vulnerability for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996, **22** : 405-409
- DE LEON J, DADVAND M, CANUSO C, WHITE A, STANILLA J, SIMPSON G. Schizophrenia and smoking : an epidemiological survey in a state hospital. *Am J Psychiatry* 1995, **152** : 453-455
- DIETZ WH. You are what you eat-what you eat is what you are. *J Adolescent Health Care* 1990, **11** : 76-81
- DOHRENWEND BP, LEVAV I, SHROUT PE, SCHWARTZ S, NAVEH G et coll. Socioeconomic status and psychiatric disorders : the causation-selection issue. *Science* 1992, **255** : 946-952
- DONE DJ, CROW TJ, JOHNSTONE EC, SACKER A. Childhood antecedents of schizophrenia and affective illness : social adjustment at ages 7 and 11. *Br Med J* 1994, **309** : 699-703

DORNBUSCH SM, CARLSMITH JM, DUNCAN PD, GROSS RT, MARTIN JA et coll. Sexual maturation, social class and the desire to be thin among adolescent females. *Dev Behav Pediatrics* 1984, **5** : 308-314

DRAKE RE, OSHER FC, WALLACH MA. Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study. *J Nerv Ment Dis* 1989, **177** : 408-414

EATON WW. Residence, social class, and schizophrenia. *J Health Soc Behav.* 1974, **15** : 289-99

ESCOBEDO LG, REDDY M, GIOVINO GA. The relationship between depressive symptoms and cigarette smoking in US adolescents. *Res Rep Addiction* 1998, **93** : 433-440

FABIAN LJ, THOMPSON JK. Body image and eating disturbance in young females. *Int J Eat Disord* 1989, **8** : 63-74

FERGUSON DM, LYNKEY MT, HORWOOD LJ. Comorbidity between depressive disorders and nicotine dependence in a cohort of 16-year-olds. *Arch Gen Psychiatry* 1996, **53** : 1043-1047

FLAMENT M, JEAMMET P. La boulimie : réalités et perspectives. Paris, Masson, 2000

FOMBONNE E. Depressive disorders : time trends and possible explanatory mechanisms. In : Psychosocial disorders in young people. Time trends and their causes. RUTTER M, SMITH DJ, Eds. Chichester : Wiley 1995a : 544-615

FOMBONNE E. Eating disorders : time trends and possible explanatory mechanisms. In : Psychosocial disorders in young people. Time trends and their causes. RUTTER M, SMITH DJ, Eds. Chichester : Wiley 1995b : 617-685

FOMBONNE E. Time trends in Affective disorders. In : Historical and Geographical Influences on Psychopathology. COHEN P, SLOMKOWSKI ROBINS C, eds. Mahway, new Jersey : Lawrence Erlbaum, 1999a : 115-139

FOMBONNE E. The epidemiology of autism : a review. *Psychol Med* 1999b, **29** : 769-786

FOMBONNE E. Epidemiological investigations of autism and other pervasive developmental disorders. In : Early educational Interventions in autism. LORD C, Ed. Washington DC : National Academy of Sciences 2000

FORD KA, DOLAN BM, EVANS C. Cultural factors in the eating disorders : a study of body shape preferences of Arab students. *J Psychosom Res* 1990, **34** : 501-507

GASQUET I. Épidémiologie des troubles dépressifs de l'enfant et de l'adolescent. La dépression avant 20 ans. Paris, Acanthe Masson, 1995

GASQUET I. Programme de recherche et d'information sur la dépression (PRID). La Dépression avant 20 ans. Acanthe, Masson, Smithkline, Paris, 1998, 194

GILLBERG C, STEFFENBURG S, BÖRJESSON B, ANDERSSON L. Infantile autism in children of immigrant parents. A population based-study from Göteborg, Sweden. *Br J Psychiatry* 1987, **150** : 856-858

GILLBERG C, STEFFENBURG S. Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions : a population-based study of 46 cases followed through puberty. *J Autism Dev Dis* 1987, **17** : 273-287

GILLBERG C, STEFFENBURG S, SHAUMANN H. Is autism more common now than ten years ago ? *Br J Psychiatry* 1991, **158** : 403-409

- GILLBERG C, SCHAUMANN H, GILLBERG IC. Autism in immigrants : children born in Sweden to mothers born in Uganda. *J Intellect Disabil Res* 1995, **39** : 141-144
- GILLBERG IC, GILLBERG C. Autism in immigrants : a population-based study from swedish rural and urban areas. *J Intellect Disabil Res* 1996, **40** : 24-31
- GOFF DC, HENDERSON DC, AMICO EA. Cigarette smoking in schizophrenia : relationship to psychopathology and medication side effects. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 1189-1194
- GOODMAN R, RICHARDS H. Child and adolescent psychiatric presentations of second-generation afro-caribbeans in Britain. *Br J Psychiatry* 1995, **167** : 362-369
- GORWOOD PH, LEBoyer M, JAY M, PAYAN CH, FEINGOLD J. Gender and age at onset in schizophrenia : impact of family history. *Am J Psychiatry* 1995, **152** : 208-213
- HÄFNER H. L'épidémiologie de la schizophrénie. *Triangle* 1994, **24** : 11-34
- HÄFNER H, NOWOTNY B, LÖFFLER W, AN DER HEIDEN W, MAURER K. When and how does schizophrenia produce social deficits ? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995, **246** : 17-28
- HÄFNER H, NOWOTNY B. Epidemiology of early-onset schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995, **245** : 80-92
- HÄFNER H. Onset and course of the first schizophrenic episode. *Kao Hsiung I Hsueh Ko Hsueh Tsai Chih* 1998, **14** : 413-431
- HÄFNER H, MAURER K, LOFFLER W, AN DER HEIDEN W, MUNK-JORGENSEN P et coll. The ABC schizophrenia study : A preliminary overview of the results. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 1998a, **33** : 380-386
- HÄFNER H, AN DER HEIDEN W, BEHRENS S, GATTAZ WF, HAMBRECHT M et coll. Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1998b, **24** : 99-113
- HÄFNER H, HAMBRECHT M, LÖFFLER W, MUNK-JØRGENSEN, RIECHER-RÖSSLER A. Is schizophrenia a disorder of all ages ? A comparison of first episodes and early course across the life-cycle. *Psychological Med* 1998c, **28** : 351-365
- HANKIN BL, ABRAMSON LY, MOFFITT TE, SILVA PA, MCGEE R, ANGELL KE. Development of depression from preadolescence to young adulthood : emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 1998, **107** : 128-140
- HARE EH. Was insanity on the increase ? *Br J Psychiatry* 1983, **142** : 439-445
- HARE EH. Schizophrenia as a recent disease. *Br J Psychiatry* 1988, **153** : 521-531
- HARPER J, WILLIAMS S. Infantile autism : the incidence of national groups in a new south Wales survey. *Med J Aust* 1976, **1** : 299-301
- HILL AJ, BHATTI R. Body shape perception and dieting in preadolescent British Asian girls : links with eating disorders. *Int J Eat Disord* 1995, **17** : 175-183
- HUGHES JR, HATSUKAMI DK, MITCHELL JE, DAHLGREN LA. Prevalence of smoking among psychiatric out-patients. *Am J Psychiatry* 1986, **143** : 993-997
- IACONO WG, BEISER M. Are males more likely than females to develop schizophrenia ? *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 1070-1074

JABLENSKY A, SARTORIUS N, ERNBERG G, ANKER M, KORTEN A et coll. Schizophrenia : Manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization Ten-Country Study. *Psychol Med Monogr Suppl* 1992, **20** : 1-97

JONES PB, BEBBINGTON P, FOERSTER A, LEWIS SW, MURRAY RM et coll. Premorbid social underachievement in schizophrenia. Results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *Br J Psychiatry* 1993, **162** : 65-71

JONES P, RODGERS B, MURRAY R, MARMOT M. Child development risk factors for adult schizophrenia in the british 1946 birth cohort. *Lancet* 1994, **344** : 1398-1402

KAMINSKI M, BLONDEL B, SAURE-CUBIZOLLES MJ. La santé périnatale. In : Les Inégalités sociales de santé. Éditions Inserm, La découverte et Syros, Paris 2000 : 448

KANDEL DB, DAVIES M. Epidemiology of depressive mood in adolescents ; an empirical study. *Arch Gen Psychiatry* 1982, **39** : 1205-1212

KANDEL DB, DAVIES M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1986, **43** : 255-264

KANNER L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943, **2** : 217-250

KASHANI JH, SIMONDS JF. The incidence of depression in children. *Clin Res Reports* 1979, **136** : 1203-1205

KASHANI JH, CANB WELL DP, SHEKIM WO, REID JC. Major depressive disorder in children admitted to an inpatient community mental health center. *Clin Res Reports* 1981, **139** : 671-672

KASHANI JH, PRIESMEYER M. Differences in depressive symptoms and depression among college students. *Am J Psychiatry* 1983, **140** : 1081-1082

KASHANI JH, RAY JS, CARLSON G. Depression and depressive-like states in pre-school-age children in a child development unit. *Am J Psychiatry* 1984, **141** : 1397-1402

KASHANI JH, HOLOOMB WR, ORVASCHEL H. Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population. *Am J Psychiatry* 1986, **143** : 1138-1143

KEEL PK, FULKERSON JA, LEON G. Disordered eating precursors in pre- and early adolescent girls and boys. *J Youth Adolesc* 1997, **26** : 203-216

KENDLER KS, WALSH D. Gender and schizophrenia. Results of an epidemiologically-based family study. *Br J Psychiatry* 1995, **167** : 184-192

KLERMAN GL, LEON AC, WICKRAMARATNE P, WARSHAW MG, MUELLER TI et coll. The role of drug and alcohol abuse in recent increases in depression in the US. *Psychol Med* 1996, **26** : 343-351

KUNST A, GROENHOF F, MACKENBACH JP. Les inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens. In : Les inégalités sociales de santé. INSERM Editions. La découverte et Syros, Paris 2000 : 448

LANDAU EC, CICCHETTI DV, KLIN A, VOLKMAR FR. Season of birth in autism : a fiction revisited. *J Autism Dev Disord* 1999, **29** : 385-393

LEAL L, WEISE S, DODD D. The relationship between gender, symptoms of bulimia and tolerance for stress. *Addict Behav* 1995, **20** : 105-109

- LECLERC A, FASSIN D, GRANDJEAN H, KAMINSKI M, LANG T. Les inégalités sociales de santé. Collection « Recherches » Inserm Ed. La Découverte et Syros, Paris 2000 : 448
- LEDOUX. Chapitre 1. In : La boulimie. Réalités et Perspectives. FLAMENT M, JEAMMET P, eds, Masson, Paris, 1999
- LEDUC PA, MITTLEMAN G. Schizophrenia and psychostimulant abuse : A review and re-analysis of clinical evidence. *Psychopharmacology* 1995, **121** : 407-427
- LEWIS S. Sex and Schizophrenia : vive la différence. *Br J Psychiatry* 1992, **161** : 445-450
- LEWIS G, DAVID A, ANDREASSON S, ALLEBECK P. Schizophrenia and city life. *Lancet* 1992, **340** : 137-140
- LINDQVIST P, ALLEBECK P. Schizophrenia and assaultive behaviour : the role of alcohol and drug abuse. *Acta Psychiatr Scand* 1990, **82** : 191-195
- LOVELL A. Les troubles mentaux. In : Les inégalités sociales de santé. INSERM Editions La découverte et Syros, Paris 2000 : 448
- LUCAS AR, BEARD CM, O'FALLON WM, KURLAND LT. 50 years trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota : a population-based study. *Am J Psychiatry* 1991, **148** : 917-922
- MCGOVERN D, COPE RV. First psychiatric admission rate of first and second generation Afro-Caribbeans. *Soc Psychiatry* 1987, **22** : 139-149
- MAKIKYRO T, ISOHANNI M, MORING J, OJA H, HAKKO H et coll. Is a child's risk of early onset schizophrenia increased in the highest social class ? *Schizophr Res* 1997, **23** : 245-252
- MISES R, QUEMADA N. Les psychoses dans le dispositif de psychiatrie infanto-juvénile. Approche épidémiologique. *Actual Psychiatr* 1990, **3** : 11-15
- MORTENSEN PB, CANTOR-GRAEE E, MCNEIL TF. Increased rates of schizophrenia among immigrants : some methodological concerns raised by Danish findings. *Psychol Med* 1997, **27** : 813-820
- MORTENSEN PB, PEDERSEN C, WESTEGAARD T, WOHLFAHART J, EWALD H et coll. Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *N Engl J Med* 1999, **340** : 603-608
- MUESER KT, YARNOLD PR, LEVINSON DF, SINGH H, BELLACK AS et coll. Prevalence of substance abuse in schizophrenia : demographic and clinical correlates. *Acta Psychiatr Scand* 1990, **85** : 48-55
- MUNFORD DB, WITHEHOUSE AM, PLATTS M. Sociocultural correlates of eating disorders among asian schoolgirls in Bradford. *Br J Psychiatry* 1991, **158** : 222-228
- MUNFORD DB, WITHEHOUSE AM, CHOUDRY IY. Survey of eating disorders in english-medium schools in Lahore, Pakistan. *Int J Eat Disord* 1992, **11** : 173-184
- MUNTANER C, PULVER AE, MCGRATH J, EATON WW. Work environment and schizophrenia : an extension of the arousal hypothesis to occupational self-selection. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993, **28** : 231-238
- MUNK-JORGENSEN P. Decreasing rates of diagnoses of schizophrenia in Denmark. *Acta Psychiatr Scand* 1987a, **76** : 333-336

MUNK-JORGENSEN P. Why has the incidence of schizophrenia in Danish psychiatric institutions decreased since 1970 ? *Acta Psychiatr Scand* 1987b, **75** : 62-68

MURTHY GVS, JANAKIRAMAIAH N, GANGADHAR BN, SUBBAKRISHNA DK. Sex difference in age at onset of schizophrenia : discrepant findings from India. *Acta Psychiatr Scand* 1998, **97** : 321-325

NEUMARK-SZTAINER D, BUTLER R, PALTI H. Dieting and binge eating ; which dieters are at risk ? *J Am Diet Assoc* 1995, **5** : 586-589

NEUMARK-SZTAINER D, STORY M, FALKNER NH, BEUHRING T, RESNICK MD. Sociodemographic and personal characteristics of adolescents engaged in weight loss and weight/muscle gain behaviors : who is doing what ? *Prev Med* 1999, **28** : 40-50

NICOLE L, LESAGE A, LALONDE P. Lower incidence and increased male/female ratio in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992, **161** : 556-557

NIELSEN S. The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987 : a nationwide register study of psychiatric admission. *Acta Psychiatr Scand* 1990, **81** : 507-514

OLIVARDIA R, POPE HG JR, MANGWETH B, HUDSON JI. Eating disorders in college men. *Am J Psychiatry* 1995, **152** : 1279-1285

PATTON GC. The spectrum of eating disorder in adolescence. *J Psychosomatic Res* 1988, **32** : 579-584

PATTON GC, HIBBERT M, ROSIER MJ, CARLIN JB, CAUST J, BOWES G. Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers ? *Am J Public Health* 1996, **86** : 225-230

PINHAS L, TONER BB, ALI A, GARFINKEL PE, STUCKLESS N. The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *Int J Eat Disord* 1999, **25** : 223-226

PRISTACH CA, SMITH CM. Medication compliance and substance abuse among schizophrenic patients. *Hosp Community Psychiatry* 1990, **41** : 1345-1348

Rapport : La Santé en France. La Documentation française. Paris 1994

Rapport : La Santé en France. La Documentation française. Paris 1996

Rapport : 22^e rapport sur la situation démographique de la France. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville 1993

Rapport de synthèse des travaux du Haut Comité de la Population. Juin 1980

Rapport de la Mutualité française : Le carnet de Santé de la France en 2000

REGIER DA, FARMER ME, RAE DS, LOCKE BZ, KEITH SJ et coll. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiological catchment area (Eca) Study. *JAMA* 1990, **264** : 2511-2518

RITVO ER, FREEMAN BJ, PINGREE C, MASON-BROTHERS A, JORDE L et coll. The UCLA-University of Utah epidemiologic survey of autism : prevalence. *Am J Psychiatry* 1989, **146** : 194-199

RÖDER-WANNER UU, OLIVER JP, PRIEBE S. Does quality of life differ in schizophrenic women and men ? An empirical study. *Int J Social Psychiatry* 1997, **43** : 129-143

RUTTER M, TIZARD J, YULE W, GRAHAM P, WHITMORE K. Research report : Isle de Wight studies, 1964-1974. *Psychol Med* 1976, **6** : 313-332

- RUTTER M. The developmental psychopathology of Troubles de l'humeur : issues and perspectives. *In* : Troubles de l'humeur in young people : developmental and clinical perspectives. RUTTER M, IZARD C, READ B, eds. Guilford Press, New York 1986 : 3-30
- RYAN ND, PUIG-ANTICH J, AMBROSINI P, RABINOVICH H, ROBINSON D et coll. The clinical picture of major Troubles de l'humeur in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1987, **44** : 10
- SANDYK R, KAY SR. Tobacco addiction as a marker of age at onset of schizophrenia. *Int J Neurosci* 1991, **57** : 259-262
- SARTORIUS N, DAVIDIAN H, ERNBERG G, FENTON FR, FUJII I et coll. Les troubles dépressifs dans différents contextes culturels. OMS, Genève 1983
- SCHNEIER FR, SIRIS SG. A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia. Patterns of drug choice. *J Nerv Ment Dis* 1987, **175** : 641-652
- SMITH J, HUCKER S. Schizophrenia and substance abuse. *Br J Psychiatry* 1994, **165** : 13-21
- SOYKA M, ALBUS M, KATHMANN N, FINELLI A, HOFSTETTER S et coll. Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic in patients. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 1993, **242** : 362-372
- STEFFENBURG S, GILLBERG C. Autism and autistic-like conditions in swedish rural and urban areas : a population study. *Br J Psychiatry* 1986, **149** : 81-87
- SURAUULT P. Variations sur les variations du suicide en France. *Population* 1995, **4-5** : 983-1012
- TAKEI N, O'CALLAGHAN E, SHAM P, GLOVER G, TAMURA A, MURRAY R. Seasonality of admissions in the psychoses : effect of diagnosis, sex, and age at onset. *Br J Psychiatry* 1992a, **161** : 506-511
- TAKEI N, SHAM PC, O'CALLAGHAN E, MURRAY RM. Cities, winter birth, and schizophrenia. *Lancet* 1992b, **340** : 558-559
- TAYLOR C, SHARPE T, SHISLAK C, BRYSON S, ESTES LS et coll. Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *Int J Eat Disord* 1998, **24** : 31-42
- THOMAS C S, STONE K, OSBORN M, THOMAS P F, FISHER M. Psychiatric morbidity and compulsory admission among UK-born Europeans, Afro-Caribbeans and Asians in central Manchester. *Br J Psychiatry* 1993, **163** : 91-99
- THOMSEN PH. Schizophrenia with childhood and adolescent onset - A nationwide register-based study. *Acta Psychiatr Scand* 1996, **94** : 187-193
- TREFFERT DA. Epidemiology of infantile autism. *Arch Gen Psychiatr* 1970, **22** : 431-438
- VARMA VK, PHOOKUN HR, MISRA AK, TRIPATHI BM, BEHERE PB et coll. First-onset schizophrenia in the community : relationship of urbanization with onset, early manifestations and typology. *Acta Psychiatr Scand* 1997, **96** : 431-438
- VERDOUX H, TAKEI N, CASSOU DE SAINT MATHURIN R, MURRAY RM, BOURGEOIS ML. Seasonality of birth in schizophrenia : the effect of regional population density. *Schizophr Res* 1997, **23** : 175-180
- WARNER R, GIROLAMO G. Épidémiologie des troubles mentaux et des problèmes psychosociaux. Schizophrénie. OMS Genève, 1995

WEISSMAN MM, LIVINGSTONE BM, LEAF PJ, FLORIO LP, HOLZER C. Affective disorders. *In* : Psychiatric disorders in America : the epidemiologic catchment area study. ROBINS LN, REGIER DA, eds. : Free Press New York, 1991 : 53-80

WICHSTROM L. Social, psychological and physical correlates of eating problems. A study of the general adolescent population in Norway. *Psychol Med* 1995, **25** : 567-579

WICKRAMARATNE PJ, WEISSMAN M, LEAF PJ, HOLFORD TR. Age, period and cohort effects on the risk of major Troubles de l'humeur : results from five united states communities. *J Clin Epidemiol* 1989, **42** : 333-343

WING L. Childhood autism and social class : a question of selection ? *Br J Psychiatry* 1980, **137** : 410-417

ZAHNER G E P, PAULS DL. Epidemiological surveys of infantile autism. *In* : Handbook of autism and pervasive developmental disorders. COHEN DF, DONELLAN AM, eds. Wiley, New York, 1987 199-207

ZIEDONIS DM, KOSTEN TR, GLAZER WM, FRANCES RJ. Nicotine Dependence And Schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1994, **4** : 204-206