

23 septembre 2008 / n° 35-36

## Numéro thématique - La santé mentale en France, surveillance et enjeux *Special issue - Mental health in France, surveillance and challenges*

p.313 **Éditorial** / *Editorial*

p.314 **Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale : apports et limites des outils**  
*Issues and limits in the measurement of major depressive episodes in the general population*

p.318 **Évaluation de la dépression dans une enquête en population générale**  
*Evaluating depression in a general population survey*

p.321 **Les facteurs biographiques et contextuels de la dépression : analyses à partir des données de la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005**  
*Life-course and contextual factors for depression: analyses of SIRS cohort data, Paris metropolitan area, 2005*

p.325 **Facteurs associés à la santé mentale des étudiants : facteurs socio-économiques et universitaires, support social et contrôle de soi**  
*Factors associated to mental health in university students: a study of socioeconomic and academic stressors, social support and mastery*

p.328 **Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé, une démarche participative de la Haute autorité de santé** / *Improving the prescription of psychotropic drugs in the elderly: a collaborative project conducted by the French National Authority for Health*

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Christine Chan-Chee, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France  
et pour le comité de rédaction : Josiane Pillonel, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

### Éditorial

Dr Françoise Weber, Directrice générale, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

La surveillance en santé mentale est un champ majeur et complexe. C'est bien sûr un champ majeur en raison du poids des affections concernées sur la santé individuelle et la santé publique. C'est aussi un champ complexe par la forte intrication de ces pathologies avec d'autres co-déterminants comme la santé physique ou les conditions socio-économiques. Certains aspects de la santé mentale, comme la capacité à faire face à des épreuves ou au stress, sont de puissants facteurs d'adaptation à des conditions sociales et contextuelles très variables.

C'est aussi un champ de paradoxes, comme en témoigne le profond décalage existant entre la population prise en charge, notamment par les psychotropes, et la population « réelle » nécessitant ces traitements, qui pour une partie d'entre elle ne recourra pas aux soins.

C'est aussi un sujet de préoccupation majeur du corps social, qui porte une demande forte de déterminer la part des facteurs personnels et historiques de celle des facteurs socio-économiques sur lesquels les organisations, les pouvoirs publics ou la réglementation pourraient avoir prise, comme dans le cas des troubles psychiques liés au travail.

La santé mentale est enfin un champ complexe par les difficultés méthodologiques qu'elle doit affronter : la nosologie est complexe et il existe rarement des signes pathognomoniques qui permettent de poser des diagnostics avec un degré de confiance suffisant en dehors d'un examen clinique et/ou d'un long questionnaire administré par des professionnels de la santé mentale. Ces outils sont difficilement compatibles avec des études épidémiologiques de puissance suffisante.

En raison même de cette complexité, la surveillance de la santé mentale nécessite une attention particulière et que beaucoup d'efforts lui soient consacrés.

Ce numéro du BEH apporte non seulement des résultats nouveaux sur l'épidémiologie des épisodes dépressifs majeurs (EDM) en France et sur la prévalence de la détresse psychologique chez les étudiants, il propose aussi quelques pistes pour répondre à cette complexité.

Les deux études présentées sur l'EDM dans ce numéro (D. Sapinho et coll. et X. Briffault et coll.) montrent qu'il existe, malgré les difficultés méthodologiques évoquées plus haut, des outils simplifiés adaptés à ces études. Si l'on connaît bien les méthodes et leurs limites, lorsque les définitions diagnostiques existent et qu'il existe un consensus sur ces définitions, ces études sont alors d'un réel apport dans la surveillance de la santé mentale. Comme le soulignent les auteurs, la divergence des résultats est liée à des différences méthodologiques qui doivent être comprises et ne pas conduire à mettre en doute l'ensemble des résultats, qui par ailleurs sont globalement convergents. Il est important que ces éléments méthodologiques soient toujours particulièrement bien présentés dans les travaux et intégrés par les professionnels.

Comme toujours en épidémiologie, et tout particulièrement dans ce domaine de la santé mentale, en l'absence de méthodes à la robustesse et à la validité indiscutables, ce sont la complémentarité et la convergence des résultats obtenus par des méthodes dont l'intérêt et les limites seront parfaitement compris qui amèneront une meilleure compréhension du poids de ces pathologies, des facteurs de risque, de protection et des vulnérabilités particulières.

De même, l'étude menée par Christelle Roustit et coll. montre que la mobilisation de méthodes complémentaires comme l'épidémiologie biographique et contextuelle est précieuse dans la compréhension des déterminants de la santé mentale. Ces résultats ouvrent des voies à la recherche en psychiatrie et en psychopathologie développementale. Ils posent des questions pouvant relever des grandes cohortes de suivi avec examen de santé, qui pourraient être mises en place dans les prochaines années.

L'étude de Pierre Verger et coll. chez les étudiants primo-inscrits de première année à l'université apporte des données moins connues, en montrant la prévalence importante de la détresse psychologique dans cette population, détresse qui atteint notamment un tiers des filles, et met ainsi l'accent sur une vulnérabilité particulière qui n'est pas toujours prise en compte dans les représentations habituelles.

Avec une prévalence de 6 à 12 % selon les études, les états dépressifs majeurs doivent rester une priorité des actions de surveillance, mais aussi d'information du public. En mettant en évidence des profils et des facteurs sociodémographiques sensiblement convergents pour les EDM, notamment le très fort sex-ratio, le poids des événements de la vie et les facteurs socioéconomiques, les études présentées dans ce numéro apportent des informations précieuses pour mieux cibler les campagnes futures, sur le modèle de celle qui a été réalisée par l'Inpes. Ces campagnes n'ont pas seulement un objectif d'information, elles sont aussi pour bon nombre de patients un outil de prise de conscience dont le bénéfice va au-delà de celui de la simple information.

Ce numéro du BEH montre encore une fois que quels que soient la complexité d'un champ et les obstacles méthodologiques, c'est la convergence d'études épidémiologiques dont les méthodes, les limites et les résultats seront bien compris, qui seule permettra la mise en place d'actions de dépistage, d'information et de prévention ciblées sur les populations les plus vulnérables. Par ailleurs, l'élaboration de recommandations concernant les bonnes pratiques et le bon usage des soins, ouvre également la perspective d'un réel progrès dans la connaissance et la prise en charge.

---

## Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale : apports et limites des outils

David Sapinho (dsapinho@hotmail.com)<sup>1,2</sup>, Christine Chan-Chee<sup>3</sup>, Xavier Briffault<sup>4</sup>, Romain Guignard<sup>5</sup>, François Beck<sup>4,5</sup>

1 / Inserm U669, Hôpital Cochin, Paris, France 2 / Fondation MGEN pour la Santé publique, Université Paris V, Paris, France 3 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

4 / Centre de recherche psychotropes, santé mentale, société (Cesames), Université Paris-Descartes, Paris, France 5 / Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis, France

---

### Résumé / Abstract

Les prévalences d'épisodes dépressifs majeurs (EDM) en population générale diffèrent selon les enquêtes. La version courte du « *Composite International Diagnostic Interview* » (CIDI-SF) a été utilisée à moins d'un an d'intervalle dans deux enquêtes représentatives de la population française de 15 à 75 ans (2004-2005). La méthodologie était identique sauf pour la construction de la prévalence de l'EDM des 12 derniers mois.

Les objectifs de cet article sont d'étudier les effets de cette différence méthodologique sur l'estimation de la prévalence et les facteurs associés à l'EDM.

**Matériel et Méthode** – Les enquêtes Baromètre santé et Anadep sont réalisées par sondage à deux degrés. Des foyers sont tirés au sort à partir de l'annuaire téléphonique, puis un individu est sélectionné. Les échantillons étaient respectivement de 16 883 et 6 498 personnes. L'enquête Baromètre s'intéressait aux troubles au cours de l'année, tandis qu'Anadep interrogeait sur la vie et ensuite sur l'année, utilisant dans les deux cas le CIDI-SF.

**Résultats** – Les estimations de prévalences de l'EDM étaient différentes : 7,8 % dans le Baromètre et 5,0 % dans Anadep. La différence était marquée pour les épisodes légers ou modérés alors que la prévalence des épisodes sévères était plus proche, respectivement 3,2 % et 2,6 %.

Cependant, les profils restaient équivalents. Dans les deux enquêtes, les femmes, le veuvage, le divorce, le chômage, l'invalidité ou le congé maladie étaient les situations qui présentaient des associations les plus importantes avec l'EDM.

### *Issues and limits in the measurement of major depressive episodes in the general population*

*From one study to another, the prevalences of major depressive episodes (MDE) in the general population are very different. The « Composite International Diagnostic Interview - short form » (CIDI-SF) was used within less than one year in two studies representative of the French population aged 15 to 75 (2004-2005). The methodology was identical except for the construction of the last 12 month prevalence of MDE. The objectives of this article are to study the effects of this methodological difference on the estimates of the prevalence and the factors associated with MDE.*

**Material and Method** – The Health Barometer and Anadep surveys are carried out by a two-degree random sampling method. A household is drawn from the telephone directory, and then an individual is selected. The samples were respectively 16,883 and 6,498 individuals. Using the CIDI-SF for both surveys, the Barometer survey focused on disorders during the past year, while in Anadep the questions were about lifetime symptoms, and then over the past year.

**Results** – The MDE prevalence estimates were different: 7.8% in the Barometer and 5.0% in Anadep. The differences were important for light or moderate episodes, whereas the prevalence of severe episodes was closer, respectively 3.2% and 2.6%. However, in both studies, the correlates were quite similar. Women, widowhood, divorce, unemployment, disability or sick leave were most associated with MDE.

**Discussion** – Cette différence dans les estimations de prévalences reflète les difficultés méthodologiques de la mesure de la dépression. Malgré ces différences, les facteurs associés à l'épisode dépressif majeur restent sensiblement les mêmes dans les deux enquêtes, permettant de cibler les politiques de prévention.

**Discussion** – This difference in prevalence estimates reflects the methodological difficulties in measuring depression. Despite this discrepancy, the correlates for MDE are quite similar in the two studies, and can therefore help targeting prevention policies.

## Mots clés / Key words

Baromètre santé, épisode dépressif majeur, CIDI-SF, DSM-IV / Health Barometer, major depressive episode, CIDI-SF, DSM-IV

## Introduction

L'utilisation d'outils standardisés pour mesurer à grande échelle un phénomène aussi complexe que la dépression présente des avantages. Ils permettent notamment d'approcher la prévalence de la pathologie hors du contexte clinique et de repérer des facteurs associés, à partir d'études réalisées sur de larges échantillons en population générale. Leur mise en place présente cependant des contraintes méthodologiques importantes dans la mesure où l'expertise clinique que nécessite l'évaluation des pathologies psychiatriques est difficilement réductible à la mesure standardisée de symptômes.

Le module de la version courte du questionnaire « Composite International Diagnostic Interview » (CIDI-SF) [1] mesurant l'Épisode dépressif majeur (EDM) est conçu pour être administré par des non-spécialistes en un temps réduit, permettant ainsi son utilisation dans des enquêtes portant sur des échantillons importants. Le principe du CIDI-SF est de transposer les symptômes caractéristiques de l'EDM définis par le DSM-IV [2] en questions, et d'en déduire une classification diagnostique. Les symptômes sont auto-évalués rétrospectivement sur une période donnée, les 12 mois précédant l'enquête et la vie entière étant les deux périodes les plus souvent utilisées.

La pertinence clinique de l'indicateur reste toutefois difficilement évaluable [3] et les études menées en France avec des outils standardisés similaires donnent des résultats assez hétérogènes, avec des prévalences d'EDM allant de 6 % sur douze mois à 11 % sur deux semaines [4-6], probablement expliquées en grande partie par des différences méthodologiques.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a utilisé cet instrument pour mesurer l'EDM dans deux enquêtes successives effectuées à moins d'un an d'intervalle. Les échantillons étaient construits selon une méthodologie identique, tous deux représentatifs de la population française âgée de 15 à 75 ans. L'outil de mesure dans les deux enquêtes était identique, sauf pour la période de temps rétrospective pour l'auto-évaluation des symptômes, les 12 derniers mois dans l'une et la vie entière dans l'autre, avec une question supplémentaire pour l'année écoulée. La première mesure était issue d'une enquête généraliste, le Baromètre santé 2005 portant sur les attitudes et comportements de santé. La seconde était effectuée dans le cadre d'une enquête dépression dans la population générale (Anadep) spécifiquement réalisée pour

accompagner la campagne nationale d'information sur la dépression.

Disposant dans les deux cas d'une évaluation de la prévalence sur les 12 derniers mois, construite à partir d'outils *a priori* similaires, les objectifs du présent travail sont d'abord de mettre en évidence les effets potentiels des différences méthodologiques liées à la passation des questions sur l'estimation ponctuelle de la prévalence, et d'étudier ensuite les facteurs associés à l'EDM dans les deux enquêtes.

## Matériel et méthodes

### Données

Les enquêtes Baromètre santé 2005 et Anadep sont toutes les deux réalisées par sondage aléatoire stratifié à deux degrés et ont eu lieu à 10 mois d'intervalle. Les méthodologies sont décrites dans des rapports spécifiques publiés par l'Inpes [7]. Les taux de refus étaient respectivement de 42,1 % et de 37,0 %. Les échantillons ont ensuite été redressés, de façon à être représentatifs de la structure par âge, sexe, taille d'agglomération et région de résidence de la population française. Les tailles d'échantillons (respectivement N = 16 883 et N = 6 498) ont été choisies de manière à permettre des explorations par tranches d'âge et, éventuellement, des exploitations régionales.

### Outils

#### Variables sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques, dont celles utilisées dans cette analyse (sexe, âge, statut matrimonial, diplômes de fin d'étude, revenus du foyer, activité), étaient relevées dans les deux enquêtes par le même questionnaire.

#### Épisode dépressif majeur (EDM)

La principale variable d'intérêt est la présence d'un EDM au cours de l'année, telle que mesurée par le CIDI-SF, un questionnaire standardisé reprenant les critères du DSM-IV. La mesure se construit en deux étapes. D'abord, une série de questions porte sur l'existence d'une période de 15 jours de tristesse ou de perte d'intérêt presque tous les jours et pratiquement toute la journée. Ensuite, une évaluation du nombre de symptômes secondaires durant cette période et du retentissement fonctionnel qu'ils provoquent permet de définir l'EDM. Un EDM est donc défini par la présence d'une telle période associée à au moins trois symptômes secondaires, et une perturbation des activités (encadré de l'article de Briffault et coll., page 319). L'EDM est décliné selon trois niveaux de sévérité définis en fonction du

nombre et de l'intensité des symptômes et du retentissement qui les accompagnent.

#### Période d'observation

L'enquête Baromètre se focalisait directement sur l'année, la question filtre débutant par la phrase : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu... ». L'enquête Anadep s'intéressait à tous les épisodes de tristesse ou de perte d'intérêt vécus au cours la vie (« Au cours de votre vie, avez-vous vécu... »). Après l'évaluation des symptômes secondaires et du retentissement, une question permettait de cibler les 12 derniers mois (« Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période durant laquelle vous avez eu les mêmes problèmes que ceux que vous venez d'évoquer, avec la même intensité et pendant au moins deux semaines consécutives ? »).

## Analyses statistiques

Les fréquences de réponses positives à la question d'entrée, calculées à partir des deux enquêtes, seront d'abord présentées pour l'ensemble de l'échantillon, avec une distinction, dans Anadep, entre les périodes « vie entière » et les périodes « 12 mois ».

Pour décrire les caractéristiques des périodes sur l'année mesurées par les deux approches, la fréquence des symptômes et la répartition selon le retentissement seront présentées. Les prévalences obtenues dans les deux enquêtes seront ensuite estimées, en distinguant trois niveaux de sévérité qui correspondent à ceux des classifications de référence. Des tests du  $\chi^2$  permettront d'effectuer des comparaisons entre les fréquences ou répartitions des deux échantillons.

Enfin, des analyses en régression logistique seront effectuées pour décrire l'association (Odds ratios ajustés) entre l'EDM et certains facteurs sociodémographiques.

Tous les indicateurs statistiques présentés dans les tableaux tiendront compte des redressements, sauf les effectifs qui servent de base aux calculs, qui seront présentés de façon brute.

## Résultats

Selon l'approche, le pourcentage d'individus sélectionnés par les trois questions filtre pour être ensuite évalués sur les symptômes secondaires de la dépression est très différent (tableau 1).

Dans l'enquête Baromètre, la question concerne directement l'année en cours, et 26,6 % des individus déclarent avoir vécu une période de 15 jours de tristesse ou une période de 15 jours de perte

**Tableau 1** Pourcentage de réponses positives aux questions filtre dans les deux enquêtes, France / **Table 1** Percentage of positive answers to the screening questions in the two studies, France

Période de temps de rappel	Baromètre N = 16 883	Anadep N = 6 498	
	12 derniers mois %	Vie entière %	12 derniers mois %
Survenue d'une période de 15 jours de tristesse ou de 15 jours de perte d'intérêt	26,6	45,1	10,1
Pratiquement toute la journée	12,2	25,5	6,7
Presque chaque jour	10,7	24,2	6,5

d'intérêt dans l'année. Pour 40,2 %, elle dure pratiquement toute la journée et presque chaque jour. Ainsi, au total, 10,7 % des individus sont « filtrés » pour être ensuite évalués sur les symptômes secondaires. Dans l'enquête Anadep, où la question concerne d'abord toute la vie, 45,1 % des individus déclarent avoir vécu une telle période, et 24,2 % des individus sont « filtrés ». Au final, 6,5 % déclarent avoir vécu au cours des 12 derniers mois, une période de tristesse ou de perte d'intérêt qui a duré pratiquement toute la journée et presque chaque jour.

L'analyse des symptômes associés aux périodes de tristesse ou de perte d'intérêt déclarées au cours des 12 derniers mois montre une fréquence plus élevée de tous les symptômes dans Anadep, ainsi qu'un retentissement plus important des symptômes sur les activités de la vie courante (tableau 2).

Les différences entre les deux approches engendrent des estimations sensiblement différentes des prévalences de l'EDM (tableau 3). Alors qu'elle est estimée à 7,8 % dans le Baromètre, elle est de 5,0 % dans Anadep. La différence se révèle marquée pour les épisodes légers ou modérés, qui sont deux fois plus nombreux lorsqu'ils sont mesurés dans le Baromètre. La prévalence des épisodes sévères, caractérisés par un nombre de symptômes et un retentissement importants, est plus stable, même si la différence reste significative ( $p = 0,05$ ).

Malgré les différences d'approche, qui ont un fort impact sur les estimations ponctuelles, les deux outils conduisent à dégager des profils sensiblement équivalents (tableau 4).

En effet, dans les deux enquêtes, les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes par l'EDM au cours des 12 derniers mois. En revanche, l'analyse des symptômes par sexe a montré une stabilité dans les différences observées entre les enquêtes (résultats non présentés). D'une part, le veuvage et le divorce et, d'autre part, le chômage et l'invalidité ou le congé maladie sont des situations qui présentent des associations les plus importantes avec l'EDM.

Quelques différences peuvent cependant être observées d'une enquête à l'autre. La différence la plus importante concerne l'association avec l'âge : alors que dans le Baromètre, la classe des 20-25 ans est particulièrement touchée (prévalence estimée à 10 %), elle présente plutôt un risque assez faible dans Anadep. Le niveau de revenu n'est pas associé à l'EDM dans le Baromètre, alors qu'il l'est dans la seconde enquête.

## Discussion

Cette analyse illustre certaines des difficultés méthodologiques auxquelles sont confrontés les chercheurs en épidémiologie psychiatrique. Certaines contraintes sont comparables à celles rencontrées dans les enquêtes en population générale dans d'autres domaines. En effet, la question du compromis entre fiabilité de l'information, reproductibilité de la mesure et faisabilité des enquêtes se pose toujours, et plus une enquête se veut précise, plus elle doit reposer sur une méthodologie adaptée, coûteuse en moyens humains et financiers.

Ces deux enquêtes sont administrées par téléphone, ce qui correspond au cadre général des Baromètres de l'Inpes. Ce mode de passation présente l'avantage de faciliter la supervision des enquêteurs et

d'optimiser les taux de participation. Classiquement, le CIDI-SF est passé en face-à-face par des enquêteurs généralistes et son utilisation n'a pas été formellement validée dans le cadre d'enquêtes téléphoniques. Cependant, cette méthodologie est largement utilisée au Canada [8] et en Finlande [9]. Par ailleurs, l'auto-évaluation des symptômes peut différer d'une hétéro-évaluation réalisée par un clinicien. D'autant que, d'après une analyse complémentaire effectuée dans le cadre d'Anadep, la représentation de la maladie varie de façon importante selon les individus, pouvant ainsi le conduire à minimiser les symptômes, soit au contraire à les mettre exagérément en avant. Enfin, il peut être envisagé que le refus de participer à une telle enquête soit associé à l'EDM. Toutefois, il est peu probable que le biais de non-réponse soit différentiel, les enquêtes étant réalisées selon la même méthodologie.

Les différences observées entre les deux enquêtes pourraient être liées au contexte : généralistes et multithématiques d'un côté et centrées sur le thème de la dépression de l'autre. Il ne faut pas écarter l'hypothèse d'un effet de halo traduisant une éventuelle influence des questions précédentes sur une disposition à répondre [10], la santé mentale ayant été abordée dans le Baromètre santé en seconde partie de questionnaire, après de nombreux thèmes, alors que l'enquête Anadep n'a abordé que le thème

**Tableau 2** Distribution des symptômes et du retentissement parmi les sujets ayant répondu positivement à la présence d'un épisode de tristesse ou de perte d'intérêt pratiquement toute la journée et presque chaque jour, au cours des 12 derniers mois, dans les deux études, France / **Table 2** Distribution of symptoms and impairment among subjects positively screened for sadness or loss of interest most of the day and almost every day during the last 12 months, in the two studies, France

	Baromètre N = 1 952 %	Anadep N = 461 %	p
<b>Symptômes</b>			
Perte d'intérêt	68,9	75,5	< 0,05
Variation de poids	22,7	45,9	< 0,001
Problèmes de sommeil	70,7	77,8	< 0,001
Fatigue inexplicée	88,3	91,3	ns*
Difficultés de concentration	84,1	87,5	ns
Manque de confiance	70,6	76,6	< 0,05
Pensées morbides	60,4	75,4	< 0,001
<b>Retentissement</b>			
Activités non perturbées	23,2	22,4	< 0,001
Activités « peu » perturbées	9,0	5,3	
Activités « moyennement » perturbées	28,4	24,8	
Activités « beaucoup » perturbées	39,4	47,5	

\* ns = non significatif

**Tableau 3** Estimations de prévalence d'EDM sur 12 mois par niveau de sévérité dans les deux enquêtes, France / **Table 3** Prevalence estimates of 12-month MDE by severity in the two studies, France

	Baromètre N = 16 883 % [IC 95%]	Anadep N = 6 498 % [IC 95%]	p
Épisode dépressif majeur	7,8 [7,4-8,3]	5,0 [4,4-5,6]	< 0,001
Léger	0,4 [0,3-0,6]	0,2 [0,01-0,3]	< 0,001
Modéré	4,2 [3,9-4,6]	2,2 [1,9-2,7]	< 0,001
Sévère	3,2 [2,9-3,5]	2,6 [2,2-3,0]	< 0,05

**Tableau 4** Facteurs associés à l'EDM au cours des 12 derniers mois dans les deux enquêtes, France / **Table 4** Correlates of 12-month MDE in the two studies, France

	<b>Baromètre</b> N = 16 883 OR ajustés [IC 95 %]	<b>Anadep</b> N = 6 498 OR ajustés [IC 95 %]
<b>Sexe</b>		
Hommes	1	1
Femmes	2,1 [1,8-2,4]	2,7 [2,0-3,6]
<b>Âge</b>		
15-19 ans	0,8 [0,5-1,3]	0,9 [0,4-2,3]
20-25 ans	1,3 [1,0-1,7]	0,5 [0,2-0,9]
26-54 ans	1	1
55-75 ans	0,6 [0,5-0,8]	0,8 [0,5-1,2]
<b>Statut matrimonial</b>		
Marié(e) / en couple	1	1
Célibataire	1,3 [1,1-1,5]	1,3 [0,9-1,8]
Veuf(ve)	2,1 [1,6-2,8]	1,6 [1,0-2,6]
Divorcé(e)	2,3 [1,9-2,7]	1,6 [1,1-2,3]
<b>Diplômes</b>		
Aucun	1	1
< Bac à Bac	1,1 [0,8-1,4]	0,8 [0,5-1,3]
Bac +2 à Bac +4	1,0 [0,7-1,4]	0,8 [0,5-1,5]
Bac +5 et plus	0,8 [0,5-1,1]	0,8 [0,4-1,4]
<b>Revenus mensuels du foyer</b>		
≤ 600 €	0,8 [0,6-1,1]	<b>1,8 [1,1-3,2]</b>
600 € – 1 200 €	1	1
1 200 € – 2 000 €	1,1 [0,8-1,3]	1,5 [1,0-2,2]
2 000 € – 3 000 €	1,1 [0,9-1,4]	1,2 [0,8-1,8]
> 3 000 €	1,0 [0,8-1,3]	0,7 [0,4-1,3]
NSP / refus de répondre*	0,7 [0,6-1,0]	0,8 [0,5-1,3]
<b>Activité</b>		
Travail	1	1
Études	1,1 [0,8-1,7]	1,3 [0,6-3,0]
Apprentissage / stage / formation	1,4 [0,9-2,2]	1,5 [0,7-3,0]
Chômage	1,6 [1,2-2,0]	2,7 [1,8-4,0]
Retraite	1,0 [0,7-1,3]	1,5 [0,9-2,5]
Au foyer	1,3 [0,9-1,8]	1,5 [0,8-2,8]
Invalidité / congé longue durée / arrêt maladie	3,1 [2,2-4,3]	7,9 [4,5-13,8]
Congé parental	0,9 [0,5-1,5]	1,2 [0,4-3,4]

\* La modalité « NSP / refus de répondre » est conservée car elle représente respectivement 21 % et 17 % de l'échantillon dans le Baromètre et Anadep.

de la dépression. De plus, la formulation utilisée dans Anadep sous-estime mécaniquement les EDM des 12 derniers mois. En effet, tous les sujets qui, dans l'année écoulée, n'ont pas eu d'épisodes aussi sévères que les événements les plus difficiles vécus précédemment ne sont pas retenus dans la définition. Les EDM caractérisés dans l'enquête Anadep sont globalement plus sévères. Cette sévérité se traduit par une fréquence plus importante de l'ensemble des symptômes, et particulièrement celle des pensées morbides, des variations de poids et des problèmes de sommeil. Ces différences semblent indiquer une hiérarchie des symptômes en tant que marqueurs potentiels d'un EDM. En effet, la présence d'une fatigue n'est pas équivalente à la présence de pensées suicidaires avec plan précis, même si la substitution de l'une à l'autre est sans effet sur la catégorisation par le CIDI-SF. L'intensité des symptômes, leur durée, la sévérité, le degré de retentissement, sont donc des éléments importants à évaluer dans une perspective de santé publique [11].

Malgré le manque de précision de la mesure, la multiplication des estimations fournies à partir d'outils semblables tend à renforcer la connaissance sur l'importance des troubles mentaux en population générale. Une méta-analyse effectuée sur les estimations issues de 17 études en population générale en Europe montre que la prévalence de la dépression au cours des 12 derniers mois s'échelonne de 3 à 10 % avec une médiane à 6,9 % [12]. En France, l'enquête ESEMeD (*European Study of Epidemiology of Mental Disorders*) réalisée entre 2001 et 2003, a mis en évidence une prévalence d'EDM de 6,0 % au cours des 12 derniers mois [6]. Une enquête sur les indicateurs de santé mentale menée en 2005 auprès de plus de 20 000 personnes dans quatre régions<sup>1</sup> utilisant le CIDI-SF par interview téléphonique a trouvé une prévalence d'EDM au cours des 12 derniers mois allant de 7,8 % en Haute-Normandie à 10,6 % en Île-de-France [13].

<sup>1</sup> Île-de-France, Haute-Normandie, Lorraine, Rhône-Alpes.

L'analyse des facteurs sociodémographiques associés à l'EDM donne des résultats très proches dans les deux enquêtes. Ces résultats sont cohérents avec la littérature, le sexe féminin ainsi que les situations sociales ou familiales difficiles (veuvage, divorce, chômage et invalidité, arrêt maladie) sont des facteurs constamment associés à une prévalence élevée de l'EDM [14].

## Conclusion

Malgré toutes les limites inhérentes à ce genre de mesures, il reste essentiel de chercher à évaluer la dépression en population générale, c'est-à-dire hors du cadre clinique, pour être en mesure de calibrer et adapter une aide aux personnes souffrant de cette pathologie. Le travail effectué au niveau international montre l'importance de ces préoccupations, et conduira, à terme, à proposer des outils de plus en plus pertinents. Ce travail ne peut se faire sans les moyens adaptés. Les résultats de ces enquêtes permettent de mettre en évidence de façon stable des profils sociodémographiques à risque, favorisant la mise en place de politiques de santé publique ciblées.

## Références

- [1] Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen HU. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview short-form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatr Res.* 1998; 7: 171-185.
- [2] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition revised. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
- [3] Kessler RC. Psychiatric epidemiology: challenges and opportunities. *Int Rev Psychiatry.* 2007; 19:509-21.
- [4] Bellamy V. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Études et Résultats.* 2004; N° 347:1-12.
- [5] Lamboy B, Leon C, Guilbert P. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005. *Rev Épidemiol Santé Publique* 2007; 55:222-7.
- [6] Lepine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Negre-Pages L, Nachbaur G, Gaudin AF. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD). *Encephale* 2005; 31:182-94.
- [7] Beck F, Guilbert P. Baromètres santé: un éclairage sur leur méthode et leur évaluation. *Baromètre santé 2005.* Saint-Denis: Inpes; 2008: 27-43.
- [8] Patten SB, Brandon-Christie J, Devji J, Sedmak B. Performance of the Composite International Diagnostic Interview Short Form for major depression in a community sample. *Chronic Dis Can.* 2000; 21:68-72.
- [9] Isometsa E, Aro S, Aro H. Depression in Finland: a computer assisted telephone interview study. *Acta Psychiatr Scand.* 1997; 96:122-8.
- [10] Grémy JP. Questions et réponses: quelques résultats sur les effets de la formulation des questions dans les sondages. *Sociétés contemporaines.* 1993; 16:165-76.
- [11] Kraemer HC, Noda A, O'Hara R. Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: methodological challenges. *J Psychiatr Res.* 2004; 38:17-25.
- [12] Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005; 15:357-76.
- [13] Le Breton-Lerouvillois G, Kovess-Masfety V. Les indicateurs nécessaires à la planification en santé mentale et en psychiatrie. Résultats d'une enquête épidémiologique en Haute-Normandie, Île-de-France, Lorraine et Rhône-Alpes. Rapport remis à la Direction générale de la santé. 2007.
- [14] Leroux I, Morin T. Facteurs de risque des épisodes dépressifs majeurs en population générale. *Études et Résultats.* 2006; 545:1-7.

# Évaluation de la dépression dans une enquête en population générale

Xavier Briffault (xavier.briffault@wanadoo.fr)<sup>1</sup>, Yannick Morvan<sup>2</sup>, Philippe Guilbert<sup>3</sup>, François Beck<sup>1,3</sup>

1 / Cesames CNRS UMR 8136 - Inserm U611 - Université Paris-Descartes, Paris, France 2 / Université Paris-Descartes, Institut de Psychologie, ED261 - Hôpital St Anne, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME), Paris, France 3 / Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Saint-Denis, France

## Résumé / Abstract

Une récente campagne de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a informé le grand public sur les troubles dépressifs. Les données de prévalences utilisées reposent sur des enquêtes épidémiologiques en population générale utilisant des instruments dont il importe de connaître les modalités de construction afin de bien en identifier le périmètre d'interprétation. Cet article explicite ce dont il est question en matière de « dépression » dans une enquête épidémiologique et présente les prévalences des troubles ainsi caractérisés obtenues à partir du Baromètre santé 2005 de l'Inpes. Il s'agit ici de l'Épisode dépressif majeur (EDM), dont la définition critériologique est donnée par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR). Les occurrences (sur 12 mois) de ce trouble sont évaluées par un instrument utilisable en population générale, le CIDI-Short-Form. La prévalence des symptômes dépressifs subsyndromiques s'élève à 19 % ; 7,8 % des personnes ont présenté un EDM, dont 4,2 % un EDM d'intensité moyenne et 3,2 % un EDM sévère. Quarante-huit pour cent des personnes qui ont présenté un tel épisode au cours des 12 derniers mois en ont eu au moins deux. Quinze pour cent présentent un trouble chronique. Au regard notamment de ces résultats et des conséquences particulièrement délétères des troubles dépressifs caractérisés, tout particulièrement sévères, ces analyses confirment la problématique de santé publique qu'ils représentent et l'intérêt d'une campagne nationale d'information.

## Evaluating depression in a general population survey

A recent campaign of the French National Institute for Prevention and Health Education (INPES) informed the larger public on depressive disorders. Prevalence data used are based on epidemiological studies in the general population, using evaluation instruments whose principles must be known to be able to evaluate the limits of the results. This paper defines precisely what « depression » really means in such studies and presents the prevalence of depressive disorders so defined, using data from the INPES Baromètre Santé 2005. The « depression » whose prevalence is thus approached is a Major Depressive Episode (MDE), such as defined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Occurrences (on a 12 months period) of this disorder are evaluated by an instrument dedicated to general population studies, the CIDI-Short-Form. Prevalence of subsyndromal depressive disorders raise to 19%; 7.8% of the participants have presented an MDE, of moderate intensity for 4.2% and severe for 3.2%. Forty-eight per cent of the persons who have presented such an episode during a twelve months period have had at least two, and 15% presented a chronic episode. With respect notably to these results, and in particular to the noxious consequences of major depressive disorders, especially of severe intensity, these analyses confirm the public health problematic they represent and the interest of a national information campaign.

## Mots clés / Key words

Baromètre santé, épisode dépressif majeur, CIDI-SF, DSM-IV / Health Barometer, major depressive episode, CIDI-SF, DSM-IV

## Introduction

La campagne nationale sur la dépression menée en octobre-novembre 2007 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)<sup>1</sup> a porté à la connaissance du grand public des informations sur les prévalences, les conséquences et les modalités de soin des troubles dépressifs, avec notamment l'édition d'un guide à destination du grand public [1]. La problématique de santé publique sur laquelle se fonde cette campagne repose en particulier sur le nombre de personnes touchées chaque année en France par « la dépression ». Le chiffre de « 3 millions de personnes touchées par la dépression chaque année » a été largement diffusé. Ces données de prévalences reposent sur des enquêtes épidémiologiques en population générale utilisant des instruments d'évaluation des troubles dont il est important de connaître les modes de construction, la portée, et les limites, afin d'en bien identifier le périmètre d'interprétation. Le Baromètre santé 2005 est une enquête épidémiologique en population générale réalisée par l'Inpes tous les cinq ans pour mesurer l'état et les évolutions de l'opinion, des connaissances, des attitudes et comportements de la population en matière de santé [2]. Elle comprend un module thématique portant sur la santé mentale et plus particulièrement sur la dépression afin d'en évaluer la prévalence au sein d'un échantillon représentatif de la population.

Les objectifs de cet article sont d'expliquer ce dont il est précisément question en matière de « dépres-

sion » dans cette enquête épidémiologique et dans la campagne d'information qui a été menée par l'Inpes, de présenter les prévalences des troubles dépressifs ainsi caractérisés, mais aussi des symptômes dépressifs non constitutifs d'un diagnostic caractérisé (états communément qualifiés de « déprime »). Nous présentons pour cela une définition précise et critique du mode de caractérisation des troubles dépressifs utilisés, et les principaux résultats de prévalence obtenus en utilisant ces définitions sur les données du Baromètre santé 2005.

## Matériel et méthode

### Définition des troubles dépressifs

La classification la plus utilisée dans les études internationales dans le domaine des troubles mentaux est à ce jour le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) [3]. Cette classification, d'origine américaine<sup>2</sup>, des troubles mentaux à l'usage de la recherche et notamment des études épidémiologiques et cliniques, qui comprend dans sa version actuelle (4<sup>e</sup> édition, texte révisé) un peu plus de 1 000 pages, se fonde sur une définition syndromique des troubles à partir de critères observables ou décrits par le patient. S'agissant de la dépression, les critères de la Classification internationale des maladies (CIM-10<sup>3</sup>) sont similaires à ceux utilisés par le DSM-IV. La « dépression » appartient dans ce manuel à la catégorie des « troubles de l'humeur », qui comprend 1) les « troubles dépressifs » ; 2) les « troubles bipolaires » ; 3) les

« autres troubles de l'humeur » (dus à une substance, à une affection médicale générale...). La « dépression » dont il est question dans la campagne et dans le Baromètre santé de l'Inpes est une sous-classe des « troubles dépressifs » : le Trouble dépressif majeur (TDM), qui se caractérise par la présence d'au moins un Épisode dépressif majeur (EDM<sup>4</sup>), sans antécédent d'Épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque, hors trouble schizo-affectif et schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble délirant, ou trouble psychotique non spécifié. Le TDM est défini par la conjonction de critères positifs : 1) symptomatiques ; 2) de durée ; 3) de retentissement ou de souffrance ; et de critères d'exclusion ; 4) les symptômes ne sont pas imputables à une affection médicale générale ou aux effets directs d'une substance ; 5) ils ne sont pas mieux expliqués par un deuil non pathologique de moins de deux mois.

Sans présenter l'ensemble des critères nécessaires au diagnostic d'un EDM, certaines personnes peuvent cependant en présenter certains symptômes. On appelle « états subsyndromiques » ces états caractérisés par la présence d'un ou plusieurs symptômes de l'EDM, mais qui n'atteignent pas le seuil du diagnostic. Ils pourraient correspondre à ce que

<sup>1</sup> <http://www.info-depression.fr/>

<sup>2</sup> American Psychiatric Association (APA), <http://www.psych.org/>

<sup>3</sup> <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

<sup>4</sup> Parfois traduit en français par Épisode dépressif caractérisé, afin d'éviter la confusion possible entre « majeur » (major en anglais) et « sévère ».

le langage commun nommé « déprime » (encadré). Disposant ainsi d'une définition critériologique du TDM, se pose la question de l'instrument utilisable pour évaluer ses occurrences dans une enquête en population générale. Le CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) a été développé par l'OMS à cette fin et visait également à rapprocher les critères de la CIM et ceux du DSM. Instrument d'évaluation complet comprenant un ensemble de questions portant sur les symptômes des troubles réparties en 41 sections (dont 22 sections diagnostiques parmi lesquelles deux pour les troubles de l'humeur), il est destiné à être utilisé par des enquêteurs formés de façon approfondie (40 heures de formation sur CD-ROM et trois jours de formation présentielle) et nécessite en moyenne deux heures pour sa passation [3]<sup>5</sup>. Utilisé à ce jour dans 28 pays dans le monde, pour un total de plus de 200 000 passations, il a fait l'objet de calibrations cliniques approfondies [4].

L'utilisation du CIDI complet dans une enquête en population générale portant sur plusieurs dizaines de milliers de personnes est extrêmement coûteuse et pas toujours réalisable. Une version abrégée, le CIDI Short-Form (CIDI-SF) a été développée pour pallier ces difficultés [5,6]. Le CIDI-SF est prévu pour être utilisé par des enquêteurs non spécialisés après une formation de quelques heures, et peut être administré par téléphone, en une dizaine de minutes. Une étude d'évaluation [5] montre que le CIDI-SF classe correctement 77 % à 100 % des cas CIDI et 94 % à 99 % des non-cas CIDI, selon le diagnostic. La précision de la classification pour l'EDM est de 93 %. L'instrument a également été évalué dans deux enquêtes épidémiologiques et dans une population clinique [7]. Concernant la comparaison épidémiologique, les résultats montrent une surévaluation de la prévalence par le CIDI-SF par rapport au CIDI : 6,3 % [5,7-6,8] vs. 4,1 % [3,3-4,9]. Ce manque de spécificité du CIDI-SF est dû essentiellement au fait que les critères somatiques d'exclusion du diagnostic (maladie somatique, effets de médicaments ou d'autres substances) et la présence d'un deuil au moment de l'évaluation ne sont pas pris en considération dans le CIDI-SF. Dans l'évaluation clinique, portant sur 122 patients hospitalisés en psychiatrie, le CIDI-SF s'avère très sensible (98,4 % des cas CIDI-SF sont aussi des cas CIDI) mais assez peu spécifique (72,7 %). Quarante-quatre pour cent des faux positifs avaient une maladie somatique, 33 % présentaient un abus de substance et 44 % une dysthymie, critères d'exclusion non considérés dans le CIDI-SF. Une étude comparant le SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* [8-10], un ensemble d'instruments cliniques d'évaluation des troubles psychopathologiques développés sous l'auspice de l'OMS qui peut être considéré comme un « étalon-or » de ce type d'instruments) et le CIDI-SF [11] arrive à la conclusion que le CIDI-SF fonctionne bien pour l'identification des troubles de l'humeur et est utile dans les grandes enquêtes en population générale lorsque des entretiens approfondis ne sont pas réalisables.

## Méthode d'enquête

Le Baromètre santé 2005 a été réalisé par l'Inpes auprès de 30 514 personnes âgées de 12 à 75 ans parlant le français. Les questions de la section santé mentale (dont il s'agissait de la première occur-

### Encadré Définition des troubles dépressifs selon le DSM-IV et le CIDI-SF Box Definition of depressive disorders according to the DSM-IV and the CIDI-SF

Symptômes	Types de troubles
<p><b>Symptômes principaux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptôme de tristesse : vivre une période d'au moins deux semaines (critère de durée) consécutives en se sentant triste, déprimé, sans espoir pratiquement toute la journée (critère d'intensité) et presque tous les jours (critère de fréquence).</li> <li>- Symptôme d'anhédonie : vivre une période d'au moins 2 semaines (critère de durée) consécutives en ayant perdu intérêt pour la plupart des choses pratiquement toute la journée (critère d'intensité) et presque tous les jours (critère de fréquence).</li> </ul> <p><b>Symptômes supplémentaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perte d'intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir (uniquement dans le cas d'une réponse positive au symptôme principal de tristesse)</li> <li>- Épuisement, manque d'énergie</li> <li>- Prise ou perte de 5 kg au moins</li> <li>- Difficultés pour dormir</li> <li>- Difficultés de concentration</li> <li>- Perte de confiance en soi, dévalorisation</li> <li>- Pensées morbides (avoir pensé à la mort en général, pour soi ou pour les autres).</li> </ul>	<p><b>Épisode dépressif majeur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au moins 4 symptômes (dont au moins un symptôme principal) associés à une perturbation des activités (d'intensité faible, modérée ou importante).</li> </ul> <p>Selon le nombre de symptômes et le niveau de perturbation des activités, il se répartit en :</p> <p><b>Épisode dépressif majeur léger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 ou 5 symptômes avec une perturbation des activités faible.</li> </ul> <p><b>Épisode dépressif majeur moyen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 ou 5 symptômes avec une perturbation des activités modérée à importante ou</li> <li>- Au moins 6 symptômes avec une perturbation des activités faible à modérée.</li> </ul> <p><b>Épisode dépressif majeur sévère</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au moins 6 symptômes avec une perturbation des activités importante.</li> </ul> <hr/> <p><b>Trouble dépressif chronique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La durée de l'épisode dépressif majeur est d'au moins deux ans.</li> </ul> <hr/> <p><b>Trouble dépressif récurrent</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au moins 2 épisodes dépressifs majeurs au cours de la vie sans trouble dépressif chronique.</li> </ul> <hr/> <p><b>États subsyndromiques</b></p> <p>États caractérisés par des périodes de tristesse ou d'anhédonie qui ne présentent pas tous les symptômes de l'EDM ou qui présentent un nombre de symptômes suffisant par rapport aux critères de l'EDM mais pas de perturbation des activités.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au moins un signe (sentiment de tristesse ou d'anhédonie) avec le critère de durée (pendant deux semaines) dans le cas d'une réponse négative aux critères de fréquences et d'intensité pour les symptômes principaux ou</li> <li>- Au moins un symptôme principal (avec les critères de durée, de fréquence et d'intensité) dans le cas d'une absence de perturbation des activités (critère de retentissement).</li> <li>- Au maximum 2 symptômes supplémentaires dans le cas d'une réponse positive à au moins un symptôme principal (avec les critères de durée, de fréquence et d'intensité) associé à une perturbation des activités, quelle que soit son intensité (critère de retentissement).</li> </ul>

rence en 2005) étaient celles du CIDI-SF et ont été posées à un sous-échantillon aléatoire, composé d'environ les deux tiers des personnes âgées de plus de 15 ans (N = 16 883, 16 710 après pondération). Les données ont été recueillies par téléphone du 10 octobre 2004 au 12 février 2005. Les numéros de téléphone ont été générés de manière aléatoire afin d'obtenir une base contenant des numéros de foyer disponibles sur les annuaires (listes blanche et orange) ou non (listes rouge) ou des personnes ne disposant que d'un téléphone mobile

(mobile exclusif)<sup>6</sup>. Une fois le ménage contacté, qu'il soit sur liste blanche, sur liste rouge ou dans l'échantillon « mobile exclusif », l'individu interrogé a été sélectionné selon la méthode anniversaire<sup>7</sup>.

<sup>5</sup> Disponible sur [http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcid/instruments\\_papi.php](http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcid/instruments_papi.php)

<sup>6</sup> En raison de la durée du questionnaire, les personnes ne disposant que d'un mobile n'ont pas été interrogées sur la section santé mentale.

<sup>7</sup> Sélection de la personne à interroger par la plus grande proximité de sa date anniversaire avec la date de l'entretien.

L'enquête s'est déroulée tous les jours de la semaine (sauf le dimanche) de 16 h à 21 h et de 10 h à 18 h le samedi. Les taux de refus du Baromètre santé 2005 ont été de 34,7 % pour les individus dont le numéro était inscrit sur la liste blanche ou orange et de 45,2 % pour ceux dont le numéro était inscrit sur la liste rouge. Si l'on ajoute à ces refus les abandons, ils atteignent respectivement 39,9 % et 50,6 %, soit un taux de refus global de 42,1 % pour l'ensemble des lignes fixes. Les données présentées ont été pondérées en fonction de la probabilité de sélection de l'individu au sein du ménage, puis redressées ensuite selon les données du recensement 1999 sur les variables : genre, âge, région et taille d'agglomération.

## Résultats

### Symptômes de tristesse

À la question « *Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle vous vous sentiez triste, déprimé(e), sans espoir ?* », 20,7 % des personnes interrogées répondent positivement. Lorsqu'on demande à ces personnes si, pendant ces deux semaines, ce sentiment « *durait généralement toute la journée, ou pratiquement toute la journée* », 48,5 % d'entre elles répondent positivement (soit 10 % des personnes interrogées). À la question « *ce sentiment arrivait-il chaque jour ou presque chaque jour ?* », 63,2 % des 20,7 % répondent positivement (soit 13,1 % des personnes interrogées). La présence simultanée des trois critères (signe de tristesse avec un critère de durée : pendant 15 jours, un critère de fréquence : quasiment tous les jours au minimum et un critère d'intensité : pratiquement toute la journée au minimum), qui constitue le « symptôme tristesse » utilisé dans le diagnostic d'EDM au sens du DSM-IV-TR ne concerne que 8,8 % des personnes interrogées.

### États subsyndromiques

La prévalence des troubles dépressifs « subsyndromiques » sur une année s'élève quant à elle à près de 19 %. Cinquante-cinq pour cent (10,3 % de l'ensemble) ne présentent qu'un seul symptôme principal (tristesse ou anhédonie), 35 % (6,5 %) présentent au moins deux symptômes et 10 % (2 %) répondent à l'ensemble des critères qui caractérisent un EDM, mais ne présentent pas de retentissement sur leurs activités habituelles (tableau).

### Troubles caractérisés

Pendant l'année précédant l'entretien 7,8 % des personnes ont présenté les critères d'un EDM, 4,2 % ont eu des épisodes d'intensité moyenne et 3,2 % des épisodes d'intensité sévère. Les épisodes ont plutôt tendance à être récurrents : 48 % des personnes qui ont présenté un épisode dépressif ont eu au moins deux épisodes dépressifs tandis que 37 % n'ont souffert que d'un seul épisode. Ils sont chroniques chez 15 % des personnes interrogées. Près des deux tiers des épisodes dépressifs sont donc récurrents ou chroniques (tableau). La prévalence des troubles dépressifs chez les femmes est globalement deux fois plus élevée que celle des hommes.

### Discussion

La prévalence des différents troubles dépressifs varie de 19 % (subsyndromiques) à 3,2 % (EDM sévère) (figure). Même en considérant comme

**Tableau** Prévalence globale des différents types de troubles dépressifs sur les 12 mois précédant l'enquête Baromètre santé 2005 / *Table Global prevalence of the different depressive disorders over the 12 months preceding the survey Baromètre Santé 2005*

		Total (n = 16 883) % [IC 95%]	Hommes (n = 7 078) %	Femmes (n = 9 805) %	Chi <sup>2</sup> p < %	OR F/H Non ajusté % [IC 95%]
<b>Épisode dépressif majeur (EDM) 12 mois</b>	n = 1 404	7,8 [7,4-8,2]	5,2	10,4	*	2,1 [1,9-2,4]
EDM Léger	n = 76	0,4 [0,3-0,5]	0,3	0,6	0,005	2,0 [1,2-3,3]
EDM Moyen	n = 733	4,2 [3,9-4,5]	3,0	5,4	*	1,9 [1,6-2,2]
EDM Sévère	n = 595	3,2 [2,9-3,5]	2,0	4,4	*	2,3 [1,9-2,8]
Trouble dépressif unique	n = 491	2,9 [2,6-3,2]	2,3	3,5	*	1,5 [1,3-1,8]
Troubles dépressifs récurrents	n = 676	3,8 [3,5-4,1]	2,2	5,3	*	2,5 [2,1-3]
Troubles dépressifs chroniques	n = 237	1,2 [1,0-1,4]	0,7	1,6	*	2,2 [1,6-3]
<b>Subsyndromiques</b>	n = 3 331	18,8 [18,2-19,4]	15,5	22,0	*	1,5 [1,4-1,7]
dont EDM sans retentissement	n = 389	2 [1,8-2,2]	1,1	2,9	*	2,6 [2-3,3]
dont plus d'un signe ou d'un symptôme principal	n = 1 174	6,5 [6,1-6,9]	4,8	8,2	*	1,8 [1,6-2]
dont un seul signe ou un seul symptôme principal	n = 1 768	10,3 [9,8-10,8]	9,6	10,9	0,006	1,2 [1-1,3]

\* p < 0,001, les effectifs présentés dans le tableau sont non pondérés.

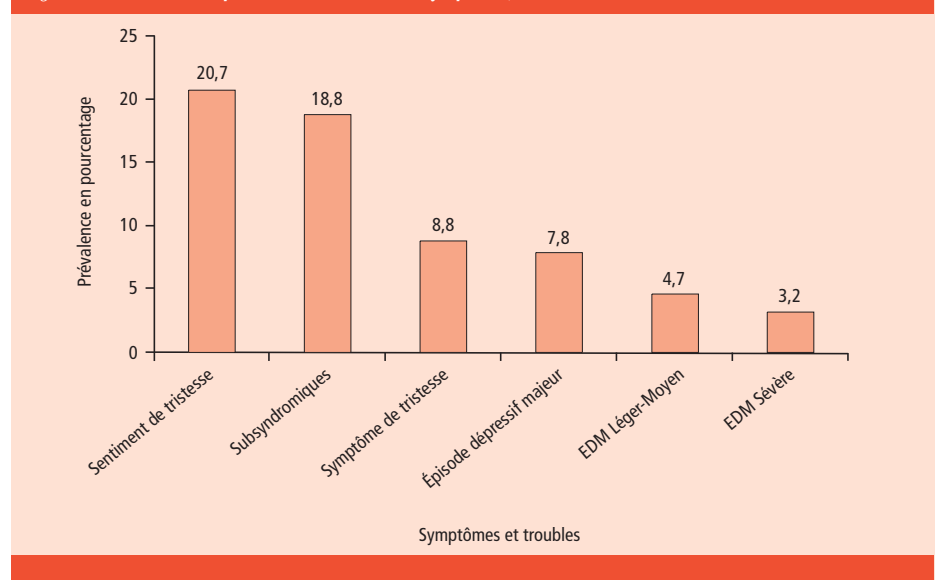
critère le plus extensif un seul signe pour caractériser les troubles (tristesse d'une durée de plus de 15 jours sans contrainte d'intensité quotidienne ni de fréquence), seules 20,7 % des personnes présenteraient une telle « déprime » sur 12 mois. L'analyse de la sensibilité et la spécificité du CIDI-SF utilisé dans l'enquête permet de faire l'hypothèse d'une surévaluation de la prévalence de l'EDM, par rapport à ce qui aurait été obtenu avec le CIDI complet. Cependant, même en considérant avec Patten [7] que le CIDI-SF surcote de 50 % par rapport au CIDI, la prévalence globale de l'EDM se situerait aux alentours de 5 %. Chiffre probablement sous-estimé, car cette surévaluation concerne surtout les épisodes d'intensité légers et moyens, la fiabilité du diagnostic CIDI-SF augmentant avec la sévérité pour atteindre plus de 90 % pour le nombre maximum de symptômes [6].

L'une des spécificités des troubles mentaux en général et de la dépression en particulier, est qu'ils ne présentent pas, à la différence des maladies somatiques, de marqueurs physiopathologiques identifiables utilisables en pratique pour poser le diagnostic. Ce sont majoritairement des éléments cliniques reposant sur l'observation du patient et ses déclarations qui permettent de poser le diagnostic, même si des examens complémentaires peuvent

également exclure des diagnostics différentiels ou renforcer des hypothèses. Dans le champ des troubles mentaux, les définitions diagnostiques, et notamment le consensus sur ces définitions, prennent donc une importance toute particulière pour réduire la polysémie d'usage tant dans le grand public que chez les professionnels. Pour ces raisons, il est important de faire connaître aux professionnels de santé, qui sont amenés à prendre en charge des patients présentant une dépression, les éléments nécessaires à l'utilisation raisonnée des résultats d'enquêtes en épidémiologie psychiatrique. La sensibilité des résultats à la méthodologie et aux conditions de passation (voir l'article de D. Sapinho et coll. dans ce même numéro, page 314, qui présente les résultats d'une enquête utilisant le même instrument) justifie en particulier que ces éléments soient clairement présentés dans les travaux, et intégrés par les professionnels.

En tout état de cause, les instruments et les méthodes d'enquête que nous venons de présenter fournissent une estimation des troubles dépressifs. Dans les différentes études réalisées en France, la prévalence à un an des EDM en population générale est évaluée entre 6 % et 12 %. La prévalence obtenue dans notre étude (7,8 %) se situe dans la fourchette basse des résultats. Toutefois, la fiabilité

**Figure** Prévalences des troubles et symptômes dépressifs, Baromètre santé 2005  
*Figure Prevalence of depressive disorders and symptoms, 2005 Health Barometer*





et le degré d'imprécision peuvent être délimités, les variabilités s'expliquant par des méthodologies d'enquêtes et des choix d'outils d'évaluation des troubles différents, ainsi que par l'imprécision même des outils [12,13]. Mentionnons toutefois qu'en raison de l'absence d'investigation des comorbidités psychiatriques et des troubles de la personnalité dans l'enquête présentée, comme dans beaucoup d'autres, rien ne peut être affirmé de l'éventuelle association de la dépression ainsi mesurée avec d'autres troubles, susceptibles eux aussi de requérir un traitement. Les résultats présentés n'impliquent donc pas que les personnes ainsi identifiées ne relèvent que de la seule prise en charge de la dépression. Les comorbidités entre EDM et certaines pathologies somatiques telles que les maladies chroniques ont fait l'objet d'une analyse dans le Baromètre santé [14]. Les consommations d'alcool et de drogues ont également été évaluées dans le Baromètre santé, ce qui devrait permettre d'apporter davantage d'information sur les comorbidités avec l'EDM dans des analyses ultérieures.

## Conclusion

En tenant compte de ces paramètres, et en particulier au regard de ce que l'on sait des conséquences particulièrement délétères des troubles dépressifs majeurs [15], tout spécialement sévères, ces résultats confirment la problématique de santé publique que représentent les troubles dépressifs. Dans ce contexte, la mise en place d'une campagne nationale d'information est un outil d'action précieux mettant à disposition du grand public des éléments de connaissance. En particulier, l'intérêt de la campagne est de mettre l'accent sur la complexité du diagnostic et sur l'erreur qui consisterait par exemple à confondre la notion de dépression avec celle de vague à l'âme ou de tristesse. Une telle confusion serait doublement préjudiciable : aux personnes dépressives, qu'elle écarte du recours

aux soins qui leur sont nécessaires ; aux personnes présentant des baisses de l'humeur passagères et conjoncturelles confondues avec une dépression caractérisée et qui pourraient être incitées à un traitement inapproprié. Les campagnes d'information à venir doivent préciser de façon fine, précise et accessible au grand public ce qu'est une dépression caractérisée, et quels en sont les traitements recommandés : la psychothérapie, dans tous les cas ; des traitements pharmacologiques dans les cas qui les nécessitent en termes de sévérité, de retentissement et de caractéristiques psychopathologiques et situationnelles du patient ; d'autres traitements complémentaires dans des cas spécifiques ; des réaménagements du fonctionnement relationnel, professionnel, des activités, des rythmes de vie et des investissements [1,15,16]. Enfin, des travaux en cours [17,18] portant sur les facteurs associés aux recours aux soins dans cette enquête devraient permettre d'identifier des populations plus particulièrement à risque d'un faible recours aux soins et/ou de traitements non adéquats. En effet, différents professionnels sont susceptibles de les informer et/ou de leur fournir une aide pour leurs troubles (médecins généralistes, psychiatres, psychologues, psychothérapeutes). Mieux identifier ces populations permettra d'envisager une communication plus spécifique auprès de celles-ci et de ces professionnels.

## Références

- [1] Briffault X, Caria A, *et al.* La dépression, en savoir plus pour en sortir. Saint-Denis : Inpes, 2007.
- [2] Beck F, Guilbert P, Gautier A (sous la dir.). Baromètre santé 2005: attitudes et comportements de santé. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2007: 608 p.
- [3] American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> éd., Paris, Masson, 2003; 1 120 p.
- [4] Kessler RC *et al.* Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health

Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*, 2004; 13(2):122-39.

[5] Kessler RC *et al.* The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview short-form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatr Res*. 1998; 7(4):171-85.

[6] Walters EE *et al.* Scoring the World Health Organization's Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF). 2002, World Health Organization.

[7] Patten SB. Performance of the Composite International Diagnostic Interview Short Form for major depression in community and clinical samples. *Chronic Dis Can*. 1997; 18(3):109-12.

[8] Wing JK *et al.* SCAN. Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry*. 1990; 47(6):589-93.

[9] Schutzwahl M, Kallert T, Jurjanz L. Using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN 2.1) as a diagnostic interview providing dimensional measures: cross-national findings on the psychometric properties of psychopathology scales. *Eur Psychiatry*. 2007; 22(4):229-38.

[10] Rijnders CA. *et al.* Psychometric properties of the schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN-2.1). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000; 35(8):348-52.

[11] Aalto-Setälä T, *et al.* Major depressive episode among young adults: CIDI-SF versus SCAN consensus diagnoses. *Psychol Med*. 2002; 32(7):1309-14.

[12] Leroux I, Morin T. Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale. *Études et Résultats*. 2006; 545.

[13] Bellamy V, Roelandt JL, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête santé mentale en population générale. *Études et Résultats*. Drees, 2004.

[14] Morvan Y, *et al.* La dépression en France: Prévalence, facteurs associés et consommation de soins, in Baromètre santé 2005. St Denis: Inpes, 2007.

[15] Roth A, Fonagy P. What works for whom: a critical review of psychotherapy research. New York: Guilford; 2005.

[16] [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_608233/prise-en-charge-d-un-episode-depressif-isole-de-l-adulte-en-ambulatorioire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_608233/prise-en-charge-d-un-episode-depressif-isole-de-l-adulte-en-ambulatorioire)

[17] Briffault, X *et al.* Recours au soin et adéquation des traitements des personnes présentant un épisode dépressif majeur en France en fonction des professionnels consultés: Résultats du Baromètre santé 2005. *L'Encéphale* (à paraître), 2008.

[18] Briffault X *et al.* Facteurs associés à l'adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France: Résultats du Baromètre santé 2005. *L'Encéphale* (à paraître), 2008.

# Les facteurs biographiques et contextuels de la dépression : analyses à partir des données de la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005

Christelle Roustit (christelle.roustit@inserm.fr)<sup>1,2</sup>, Emmanuelle Cadot<sup>1,2</sup>, Émilie Renahy<sup>1,2</sup>, Véronique Massari<sup>1,2</sup>, Pierre Chauvin<sup>1,2,3</sup>

1 / Institut national de la santé et recherche médicale-Inserm, UMR S 707, Paris, France 2 / Université Pierre et Marie Curie-Paris 6, UMR S 707, Paris, France 3 / Hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Paris, France

## Résumé / Abstract

**Introduction** – La dépression, par ses cadres conceptuels et/ou étiologiques, constitue une maladie emblématique des nouvelles approches développées en épidémiologie sociale : l'épidémiologie biographique et l'épidémiologie contextuelle. Apporter des hypothèses de compréhension de cette maladie à partir de la complémentarité de ces deux approches est l'objectif de cette étude. Son but est de rechercher une association entre les événements de vie potentiellement traumatiques dans l'enfance et la survenue d'un état dépressif à l'âge adulte et si, après ajustement sur les caractéristiques individuelles liées à la dépression, il persiste des différences selon le type de quartier de résidence.

**Méthodes** – La cohorte SIRS (Santé, inégalités et ruptures sociales), suit un échantillon aléatoire de 3 000 individus représentatif de la population adulte francophone de Paris et de la première couronne depuis 2005. La présente analyse utilise les données individuelles recueillies en face à face à l'inclusion portant notamment sur l'état dépressif des sujets évalué à partir du Mini-Diag, les événements de vie et les conditions sociales

## *Life-course and contextual factors for depression: analyses of SIRS cohort data, Paris metropolitan area, 2005*

**Introduction** – Depression, by virtue of its conceptual and/or etiological frameworks, is an emblematic disease of new approaches that have been developed in social epidemiology: life-course epidemiology and contextual epidemiology. The objective of this study is to propose hypotheses for understanding this disease using these two approaches in a complementary way. Its goal is to look for an association between potentially traumatic life events during childhood and the occurrence of a depressive state during adulthood, and if, after adjustment for individual characteristics associated with depression, differences persist according to the type of neighborhood of residence.

**Methods** – The SIRS study has been following a random sample of 3,000 individuals representative of the adult French-speaking population of Paris and its inner suburbs since 2005. The present analysis uses individual

dans l'enfance. Le type socio-économique de l'IRIS (Ilots regroupés pour l'information statistique) de résidence des individus a également été pris en compte. Les analyses font appel à des modèles de régression logistique et multiniveau.

**Résultats** – Après ajustement sur les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des sujets, plusieurs événements biographiques survenus dans l'enfance, ainsi que certaines caractéristiques du fonctionnement familial, apparaissent fortement et indépendamment associés à la dépression au jour de l'enquête ; notamment le fait d'avoir été victime de violences sexuelles ou témoin de violences interparentales, mais également le fait que les parents aient connu de longues périodes de chômage ou de graves difficultés financières. Par ailleurs, après ajustement sur ces caractéristiques individuelles, la dépression reste plus fréquente dans les quartiers classés en zone urbaine sensible.

**Conclusion** – Plusieurs événements et conditions de vie dans l'enfance apparaissent préjudiciables à la santé mentale à l'âge adulte et des inégalités territoriales persistent après ajustement sur ces facteurs. De tels résultats relancent le débat sur les modalités de prévention, information et dépistage de la dépression.

## Mots clés / Key words

Dépression, épidémiologie, facteurs psychosociaux, analyse multiniveaux / Depression, epidemiology, psychosocial factors, multilevel analysis

## Introduction

La dépression revêt différentes formes sémiologiques dont la classification nosographique a permis une meilleure prise en charge thérapeutique en fonction de ses différentes expressions cliniques. En revanche, les interrogations que pose l'étiopathogénie de la maladie dépressive ont ouvert la voie à un champ de recherches multidisciplinaires tant bio-médical que psychosocial, au sein duquel les hypothèses de recherche liées à l'approche psychosociale peuvent être testées à partir des méthodes de l'épidémiologie biographique et de l'épidémiologie contextuelle. L'approche biographique renvoie au constat, bien connu en pratique clinique, que les événements de vie passés sont susceptibles d'influer sur l'état de santé mentale des individus à différentes périodes de leur vie [1]. L'approche contextuelle fait référence, quant à elle, à l'hypothèse que le contexte résidentiel dans lequel vivent les individus – notamment dans ses dimensions économiques ou sociales – influence également leur état de santé [2]. Les objectifs de notre étude étaient ainsi d'estimer s'il existe une association entre les événements de vie potentiellement traumatiques dans l'enfance et la survenue d'un état dépressif à l'âge adulte et si, après ajustement sur les caractéristiques individuelles liées à la dépression, il persiste des différences selon le type de quartier de résidence.

## Population et méthode

### Sujets

Cette étude s'est appuyée sur les données de la cohorte SIRS (Santé, inégalités et ruptures sociales) constituée en 2005 dans le cadre d'un projet de recherche collaboratif entre l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), le CNRS (Centre national de la recherche scientifique) et l'Ined (Institut national des études démographiques) visant à étudier les disparités sociales et territoriales de l'état de santé et du recours aux soins de la population francilienne. Cette cohorte est représentative de la population adulte francophone âgée de 18 ans et plus et résidant à Paris et dans l'agglomération parisienne (départements 75, 92, 93, 94) incluse dans l'étude par sondage en grappes à 3 degrés : IRIS (Ilots regroupés pour l'informa-

tion statistique, de l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques), constitués par regroupement d'îlots de recensement contigus et comptant en moyenne 2 300 habitants dans l'agglomération parisienne), ménages et individus. Les zones urbaines sensibles (ZUS) et les quartiers de type ouvriers hors ZUS selon la typologie de l'espace francilien de E. Préteceille [3] ont été surreprésentés. Les personnes ne parlant pas le français ou ne pouvant pas répondre au questionnaire pour raisons de santé (troubles cognitifs, démence, personnes en fin de vie, etc.) ont été exclues de l'étude, elles représentaient respectivement 3,1 % et 1,8 % de l'échantillon initial. Le taux de refus à l'enquête a été de 28,6 %. L'effectif final de la cohorte est de 3 023 personnes représentant un taux de participation de 66,5 %.

### Recueil des données

La présente analyse a utilisé les données de la première vague d'enquête recueillies au domicile des sujets par un questionnaire administré en face en face entre septembre et décembre 2005. La dépression a été définie à partir des critères diagnostiques du MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), validés en population française par Lecrubier et coll. [4]. Explorant les différentes entités en santé mentale selon la Classification internationale des maladies (CIM10), cet outil diagnostique standardisé permet entre autres, d'identifier l'occurrence d'un épisode dépressif majeur dans les 15 jours ayant précédé l'enquête. Les événements biographiques dans l'enfance recueillis pour cette enquête ont concerné les situations de ruptures familiales avant l'âge de 18 ans (séparation ou divorce parental, décès de l'un ou des deux parents, incarcération parentale), les variables du fonctionnement familial dans l'enfance (qualité des relations mère-enfant et père-enfant, exposition à la violence conjugale, maltraitance physique et/ou sexuelle intra- ou extra-familiale), et deux indicateurs de psychopathologie parentale (l'alcoolisme et les tentatives de suicide de l'un ou des deux parents). La situation sociale dans l'enfance a également été prise en compte à partir de quatre indicateurs : chômage parental prolongé, difficultés

*baseline data gathered through face-to-face interviews concerning, among other things, the subjects' depressive state, as evaluated by the MINI-Diag, life events and social conditions during childhood. The respondents' type of socioeconomic census block of residence was taken into account as well. The analyses use logistic and multilevel regression models.*

**Results** – After adjustment for the subjects' demographic and socioeconomic characteristics, several life-course events during childhood and certain characteristics of family functioning appeared to be strongly and independently associated with depression on the day of the survey, in particular, having been a victim of sexual abuse or having witnessed interparental violence, but also the parents having experienced long periods of unemployment or serious financial difficulties. In addition, after adjustment for these individual characteristics, depression was still more frequent in the neighborhoods considered to be in vulnerable urban areas.

**Conclusion** – Several different life events and conditions during childhood appear to be detrimental to mental health during adulthood, and territorial inequalities persisted after adjustment for these factors. Such results address the issue of depression prevention, information and screening methods.

financières de la famille, pathologie chronique de l'un ou des deux parents, difficultés de logement.

La zone de résidence a été définie, pour ces analyses, par une variable dichotomique : réside en ZUS ou non. Les modèles d'analyses statistiques ont été ajustés sur l'âge des sujets, leur genre, leur situation maritale et trois indicateurs du statut socio-économique (SSE) : revenu mensuel moyen par unité de consommation (en quatre quartiles), niveau d'éducation (en trois modalités) et catégorie socioprofessionnelle (à partir des PCS de l'Insee regroupées en six catégories).

## Analyse des données

Après pondération des données prenant en compte la stratégie d'échantillonnage, les associations entre dépression actuelle et événements de vie passés ont été estimées à partir d'analyses bivariées puis d'une analyse en régression logistique pas à pas descendante, ajustée sur le SSE actuel des individus, après introduction des variables pour lesquelles le degré de signification de l'association était de 0,20 en analyse bivariée. L'analyse contextuelle a été effectuée sur les effectifs non pondérés à partir d'un modèle d'analyse multiniveau. Le premier niveau a pris en compte les variables significatives dans le modèle multivarié et le deuxième niveau, la zone de résidence des sujets. L'effet contextuel a été estimé par l'odds-ratio médian qui est la valeur médiane de l'odds-ratio entre les zones à plus haut risque et celles à plus bas risque en tirant au sort deux zones dans l'échantillon (il est toujours égal ou supérieur à 1) [5]. Ces analyses ont été réalisées respectivement avec les logiciels SPSS 15.0 et Stata 10.0.

## Résultats

### Dépression et caractéristiques socio-démographiques

Dans l'agglomération parisienne, 11,7 % des sujets ont présenté un épisode dépressif majeur dans les 15 jours précédant la date de l'enquête. En analyse multivariée, le risque de dépression était 2 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (OR = 1,85 [1,40-2,44]) quelle que soit la tranche d'âge des personnes interrogées, ainsi que chez les sujets vivant

seuls (OR = 1,55 [1,21-1,99]). Parmi les caractéristiques sociales, l'appartenance à la catégorie des cadres et des professions intellectuelles ainsi qu'un niveau d'études universitaire constituaient des facteurs protecteurs. Par ailleurs, le risque de dépression était d'autant plus élevé que le revenu mensuel moyen par unité de consommation était faible : il était 1,5 fois plus élevé (OR = 1,49 [0,96-2,31]) dans le dernier quartile de revenus que dans le premier (tableau 1).

## Dépression et événements de vie dans l'enfance

En analyse univariée, les indicateurs de dysfonctionnement familial (mauvaise qualité des relations parent-enfant, violence domestique, maltraitance physique et sexuelle) ainsi que les tentatives de suicide et l'alcoolisme parental étaient associés au risque de dépression à l'âge adulte, de même que des conditions de vie précaires dans l'enfance (chômage parental, difficultés de logement, difficultés financières de la famille). En revanche, aucun des événements susceptibles d'avoir provoqué des ruptures familiales (séparation, divorce, décès ou incarcération parentale) n'étaient associés significativement à un tel risque. En analyse multivariée, cinq caractéristiques des conditions vécues dans l'enfance restaient associées à un risque plus élevé de dépression : des relations de mauvaise qualité avec le père et/ou la mère, les violences conjugales inter-parentales, les abus sexuels subis, les difficultés financières familiales (tableau 1).

## Dépression et vie en zone urbaine sensible

L'estimation du modèle vide (modèle 0) montre la présence d'une variation de la prévalence de la dépression entre les zones de résidence (ORM = 1,44). Après ajustement sur l'ensemble des variables individuelles (modèle 1), à la fois sur les facteurs d'ajustement socio-économiques et les variables biographiques et sociales dans l'enfance retenues dans le modèle précédent (tableau 2), la diminution de l'odds-ratio médian de 1,44 à 1,27 démontre qu'une partie de la variation entre les IRIS de résidence est expliquée par les caractéristiques individuelles (effet de composition). L'introduction dans le modèle final (modèle 2) d'une caractéristique de ces IRIS de résidence (classement en ZUS ou non), entraîne une diminution de l'odds-ratio médian à 1,22, démontrant l'existence d'un véritable effet contextuel : toutes choses égales par ailleurs concernant les caractéristiques individuelles prises en compte, le fait de résider dans une ZUS est associé à un risque 1,4 fois plus élevé de présenter une dépression au jour de l'enquête (OR = 1,39 [1,05-1,85]).

## Discussion

Notre estimation du taux de prévalence d'épisodes dépressifs dans l'agglomération parisienne (11,7 %) est comparable à celle rapportée dans l'enquête Santé mentale en population générale réalisée en France entre 1999 et 2003, puisque 11 % des sujets avaient présenté un épisode dépressif identifié avec le MINI dans les 15 jours précédant cette enquête [6]. Dans la cohorte SIRS, les facteurs démographiques et socio-économiques liés à la symptomatologie dépressive sont également comparables à ceux classiquement décrits dans la littérature tels que le genre féminin, la structure familiale monoparentale ou le fait de vivre seul. Parmi les variables socio-économiques, il existe un gradient notable du risque de dépression selon le

**Tableau 1** Caractéristiques individuelles associées au risque de dépression : analyses univariée et multivariée, cohorte SIRS, agglomération parisienne, France, 2005 / **Table 1** Individual characteristics associated with the risk of depression: univariate and multivariate analyses, SIRS cohort, Paris metropolitan area, France, 2005

	Analyses bivariées		Analyses multivariées	
	Odds-ratio [IC95 %]	p	Odds-ratio [IC95 %]	P
<b>Caractéristiques démographiques</b>				
Âge		0,40		
18-36 ans	1		1	
37-54 ans	1,10 [0,84-1,43]		1,12 [0,83-1,52]	0,45
55 ans et plus	1,12 [0,85-1,48]		1,11 [0,79-1,57]	0,55
Genre				
Masculin	1	<0,001	1	
Féminin	2,23 [1,76-2,83]		1,85 [1,40-2,44]	<0,001
Nationalité				
Française	1	0,02	1	
Étrangère	1,42 [1,01-1,90]		1,30 [0,93-1,83]	0,13
Cohabitation		<0,001		
Cohabitation ou vie en couple	1		1	
Vit seul	1,65 [1,31-2,07]		1,55 [1,21-1,99]	0,001
<b>Statut socio-économique actuel</b>				
Revenu mensuel moyen ajusté sur la taille du ménage		<0,001		
4 <sup>e</sup> quartile	1		1	
3 <sup>e</sup> quartile	1,36 [0,98-1,91]		1,03 [0,70-1,51]	0,90
2 <sup>e</sup> quartile	1,79 [1,29-2,49]		1,04 [0,69-1,58]	0,84
1 <sup>er</sup> quartile	2,43 [1,76-3,34]		1,49 [0,96-2,31]	0,08
Catégorie socioprofessionnelle				
Inactifs	1	<0,001		
Artisans, commerçants	1,13 [0,61-2,07]		1,70 [0,85-3,41]	0,13
Cadres et professions intellectuelles	0,46 [0,29-0,73]		0,76 [0,43-1,35]	0,35
Professions intermédiaires	0,99 [0,65-1,52]		1,34 [0,81-2,22]	0,25
Employés	1,87 [1,26-2,78]		1,84 [1,17-2,89]	<0,01
Ouvriers	1,07 [0,67-1,70]		1,37 [0,80-2,37]	0,26
Niveau d'éducation		<0,001		
Universitaire	1			
Secondaire	2,03 [1,60-2,59]		1,29 [0,94-1,76]	0,12
Primaire	2,16 [1,51-3,09]		1,23 [0,76-1,98]	0,41
<b>Ruptures familiales dans l'enfance</b>				
Séparation ou divorce parental	1,13 [0,82-1,55]	0,46	-	
Décès de l'un ou des 2 parents avant 18 ans	1,03 [0,73-1,47]	0,86	-	
Incarcération parentale	1,97 [0,79-4,92]	0,15	NS	
<b>Fonctionnement familial et violence dans l'enfance</b>				
Mauvaise qualité des relations avec la mère	1,94 [1,46-2,57]	<0,001	1,54 [1,11-2,11]	<0,01
Mauvaise qualité des relations avec le père	1,74 [1,38-2,21]	<0,001	1,32 [1-1,74]	0,05
Violence conjugale parentale	1,92 [1,47-2,50]	<0,001	1,47 [1,08-1,99]	<0,05
Maltraitance physique avant l'âge de 18 ans	3,22 [2,04-5,07]	<0,001	NS	
Abus sexuels avant l'âge de 18 ans	2,96 [1,74-5,04]	<0,001	2,13 [1,18-3,84]	<0,05
<b>Santé mentale des parents</b>				
Tentative de suicide	2,41 [1,30-4,46]	<0,01	NS	
Alcoolisme parental	1,58 [1,09-2,30]	<0,05	NS	
<b>Conditions sociales dans l'enfance</b>				
Chômage parental prolongé	1,96 [1,39-2,76]	<0,001	NS	
Problèmes de santé parental	1,19 [0,92-1,55]	0,19	NS	
Difficultés de logement	1,91 [1,28-2,85]	0,001	NS	
Difficultés financières de la famille	1,89 [1,46-2,44]	<0,001	1,48 [1,11-1,96]	<0,01

revenu mensuel moyen ajusté à la taille du ménage. Dans la première vague de l'enquête SIRS, le taux de refus de participation a été de 28,6 %, correspondant à un taux classiquement acceptable dans les enquêtes en population générale. Aucune information n'est disponible sur les non répondants, néanmoins, après un simple redressement sur l'âge et le sexe des répondants, l'échantillon est comparable sur les principales caractéristiques socio-économiques à celles de la population de l'agglomération parisienne issue du recensement.

L'un des objectifs de notre étude était d'étudier l'association entre cette symptomatologie dépressive et

des facteurs de risque biographiques dans l'enfance. L'impact des expériences de vie passées sur l'état de santé et l'adaptation psycho-sociale des adultes à différents âges de leur vie a été l'objet d'études longitudinales dans les pays anglo-saxons dès les années 1990 [7]. Ces études ont montré qu'un certain nombre d'événements de vie précoces dans l'enfance tels que les ruptures familiales [8,9], la violence domestique [10] ou les conditions socio-économiques défavorables des familles [11] était associé à un risque plus élevé de dépression à différents âges de la vie. Dans le cadre de notre étude, les événements biographiques de l'enfance ont été reconstitués de façon

**Tableau 2** L'effet du contexte de résidence en ZUS sur le risque de survenue de dépression : analyse multiniveau<sup>a</sup>, cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005 / **Table 2** The effect of the context of residence in vulnerable urban areas on the risk of occurrence of depression: multilevel analysis, SIRS cohort, Paris metropolitan area, 2005

	Modèle vide (0)	Modèle de régression logistique (1)		Modèle logistique multiniveau (2)	
		Odds-ratio	[IC 95 %]	Odds-ratio	[IC 95 %]
<b>Effet fixe</b>					
Âge					
18-36 ans	-	1		1	
37-54 ans	-	1,08	[0,81-1,43]	1,09	[0,82-1,44]
55 et plus	-	1,05	[0,76-1,45]	1,07	[0,78-1,49]
Genre					
Masculin	-	1		1	
Féminin	-	1,81	[1,38-2,38] <sup>b</sup>	1,80	[1,37-2,37] <sup>b</sup>
Nationalité					
Française	-	1		1	
Etrangère	-	1,14	[0,83-1,58]	1,13	[0,82-1,56]
Cohabitation					
Cohabitation ou vie en couple	-	1		1	
Vit seul	-	1,57	[1,25-1,98] <sup>b</sup>	1,57	[1,25-1,98] <sup>b</sup>
Mauvaise qualité des relations avec la mère	-	1,67	[1,24-2,23] <sup>b</sup>	1,68	[1,25-2,25] <sup>b</sup>
Mauvaise qualité des relations avec le père	-	1,22	[0,95-1,58]	1,22	[0,94-1,58]
Violence conjugale parentale	-	1,46	[1,10-1,93] <sup>c</sup>	1,46	[1,10-1,94] <sup>c</sup>
Abus sexuels avant l'âge de 18 ans	-	1,78	[1,04-3,04] <sup>c</sup>	1,79	[1,05-3,06] <sup>c</sup>
Difficultés financières de la famille	-	1,39	[1,07-1,81] <sup>c</sup>	1,38	[1,06-1,79] <sup>c</sup>
Résider en ZUS	-	-		1,39	[1,05-1,85] <sup>d</sup>
<b>Effet aléatoire</b>		<b>Odds-ratio médian</b>			
IRIS	1,44	1,27		1,22	

<sup>a</sup> ajustée sur le revenu mensuel moyen ajusté sur la taille du ménage, la catégorie socio-professionnelle et le niveau d'éducation  
<sup>b</sup> p < 0,001 ; <sup>c</sup> p < 0,01 ; <sup>d</sup> p < 0,05

rétrospective, les réponses aux questions subjectives ont donc pu être connotées par l'état émotionnel du sujet lors de l'enquête, induisant alors chez les sujets déprimés un biais de déclaration sur les questions relatives au fonctionnement familial.

Les hypothèses explicatives des mécanismes qui sous-tendent les associations entre événements de vie précoce et dépression relèvent de différents champs disciplinaires. Parmi les théories du développement de l'enfant, l'approche psychopathologique développementale [12], au carrefour de la psychologie expérimentale et de la psychopathologie clinique, suggère un processus de transactions relationnelles entre l'enfant et son environnement lui permettant d'acquérir les compétences nécessaires à chaque étape de son développement. Toute entrave dans l'acquisition de ces compétences instrumentales, cognitives, affectives ou émotionnelles – notamment du fait de la survenue d'événements de vie péjoratifs dans la prime enfance – est susceptible de grever sa trajectoire développementale et son adaptation psycho-sociale ultérieure. Un tel modèle est à la fois cumulatif (le risque de morbidité serait d'autant plus grand que le sujet a été confronté à un plus grand nombre d'événements indésirables dans l'enfance) et adaptatif (ce risque serait modulé par les expériences de vie ultérieure qui peuvent induire un renforcement positif ou négatif de l'effet à long terme des expériences précoces sur l'individu). Ainsi définies, ces expériences constituent des facteurs de risque ou de résilience dans les processus d'adaptation psycho-sociale tout au long de la vie. Le modèle qu'offre la psychopathologie développementale est donc central dans les travaux de recherche en épidémiologie biographique et permet d'intégrer des données de l'épidémiologie contextuelle comme nous tenterons d'en faire l'hypothèse dans la suite de cette discussion. La perspective psychiatrique apporte également des arguments sur les mécanismes associatifs entre événements de vie potentiellement traumatiques dans l'enfance et dépression à l'âge adulte. La survenue

d'épisodes dépressifs réactionnels à ces événements de vie est susceptible d'entraîner une récurrence de ces troubles durant toute la vie [13], et ce d'autant plus que le début des désordres thymiques est survenu à un âge précoce.

Le deuxième objectif de notre travail était de mettre en évidence des effets du contexte de résidence sur le risque de survenue d'une dépression, et ce indépendamment des effets de composition (liés à la concentration d'individus aux caractéristiques particulières dans certains territoires sous l'effet de processus de ségrégation socio-spatiale), en distinguant les IRIS de résidence en ZUS des autres. En France, les ZUS sont des territoires urbains définis par les pouvoirs publics, à partir de critères démographiques et socio-économiques défavorables, pour être la cible prioritaire de la Politique de la ville. L'association entre quartiers défavorisés et troubles mentaux a été observée dans différents pays depuis l'émergence des travaux d'analyse géospatiale au sein desquels s'inscrivent les méthodes d'analyse multi-niveaux [14,15]. Cette association est sous-tendue par des hypothèses de causalité largement étudiées en sciences sociales [16]. Du rapport subjectif de l'individu à son quartier résulterait une identité sociale venant étayer ou grever le sentiment d'intégrité identitaire du sujet en lien avec la représentation de l'image de soi et de ses relations à autrui. Ce rapport subjectif pourrait être lié à des caractéristiques exogènes telles que la réputation du quartier vectrice de discriminations sociales, mais aussi à des composantes endogènes spécifiques du lieu de résidence telles que l'insécurité réelle ou ressentie, le délitement des liens sociaux ou encore la dégradation des lieux de vie. Lorsque ces composantes se traduisent au niveau individuel, par exemple en termes d'agressions, d'isolement ou de mise en danger physique, elles constituent autant de facteurs de stress pour l'individu.

D'après le modèle psychopathologique développemental, on peut faire l'hypothèse qu'il existe un effet différentiel du contexte de résidence sur les troubles

dépressifs en fonction d'expériences de vie traumatiques dans la prime enfance. En d'autres termes, les sujets ayant connu des événements de vie négatifs auraient un risque de dépression à l'âge adulte plus élevé s'ils sont soumis à des facteurs de stress liés à leur lieu de résidence. La recherche de voies de médiation physiologique entre facteurs de stress et troubles psychopathologiques en fonction d'événements de vie passés constitue d'ailleurs l'un des défis actuels de la recherche en neurosciences, qui postule plus généralement une interaction continue entre les facteurs environnementaux et les facteurs neurobiologiques [17,18]. D'un point de vue de santé publique, à l'heure où la réduction de la prévalence de la dépression et une meilleure prise en charge de cette pathologie constituent, en France, des objectifs de santé publique définis par la loi (objectifs 59 et 60 de la loi du 09/08/2004 relative à la politique de santé publique), de telles recherches sur les facteurs biographiques et contextuels de la dépression offrent des perspectives, d'une part pour la prévention primaire de la dépression et d'autre part pour le ciblage des politiques d'information et de prise en charge. Dans le premier cas, il ne s'agit donc pas tant de « dépister » les enfants à risque que de rechercher, chez l'adulte, les événements traumatiques de l'enfance (ce qui est déjà de pratique courante en psychiatrie) et de développer les services d'aide à l'enfance et à la parentalité pour prévenir le risque de dépression ultérieure à l'âge adulte. Dans le second cas, il pourrait s'agir de cibler prioritairement les campagnes d'information dans les territoires où habitent les personnes les plus défavorisées (et à ce titre les plus touchées par la maladie) et où les caractéristiques de l'environnement de vie apparaissent le plus péjoratives.

## Références

- [1] Gilman SE. The Life Course Epidemiology of Depression. *Am J Epidemiol.* 2007; 166:1134-7.
- [2] Chaix B, Chauvin B. L'apport des modèles multiniveau dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale: une revue de la littérature. *Rev Epidemiol santé publique.* 2002; 50:489-99.
- [3] Prêteceille E. La division sociale de l'espace francilien. Paris: FNSP, CNRS; 2003.
- [4] Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Harnett Sheehan K *et al.* The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CID-I. *Eur Psychiatry.* 1997; 12:224-231.
- [5] Larsen K, Merlo J. Appropriate assessment of neighborhood effects on individual health: integrating random and fixed effects in multilevel logistic regression. *Am J Epidemiol.* 2005; 161:81-8.
- [6] Bellamy V, Roelandt JL, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. Paris: Drees, Études et résultats, 2004, n° 347.
- [7] Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V *et al.* Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *Am J Prev Med.* 1998; 14:245-58.
- [8] Roustit C, Chaix B, Chauvin P. Family breakup and adolescent's psychosocial maladjustment: public health implications of family disruptions. *Pediatrics.* 2007; 120:e984-e991.
- [9] Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Family disruption in childhood and risk of adult depression. *Am J Psychiatry.* 2003; 160:939-46.
- [10] Widom CS, Dumont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry.* 2007; 64:49-56.
- [11] Ritscher JE, Warner V, Johnson JG *et al.* Inter-generational longitudinal study of social class and depression: a test of social causation and social selection models. *Br J Psychiatry Suppl.* 2001; 40:s84-90.
- [12] O'Connor T. The persisting effects of early experiences on psychological development. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Developmental Psychopathology.* Vol. 3: Risk, disorder, and

adaptation (2nd ed.). New-York: Wiley & Sons, 2006, pp. 202-34.

[13] Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:66-72.

[14] Ross CE. Neighborhood disadvantage and adult depression. *J Health Soc Behav*. 2000; 41:177-87.

[15] Chaix B, Merlo J, Subramanian SV, Lynch J, Chauvin P. Comparison of a spatial perspective with the multilevel

analytical approach in neighborhood studies: the case of mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use in Malmö, Sweden, 2001. *Am J Epidemiol*. 2005; 162:171-82.

[16] Pêchoux S. Perceptions de l'espace résidentiel et santé mentale. Images des lieux et images de soi dans les quartiers prioritaires de la politique de la Ville du 20<sup>e</sup> arrondissement de Paris. In: Chauvin P, Parizot I, eds. Santé et expériences de soins. De l'individu à l'environnement social. Paris: Vuibert-Inserm, 2005; pp. 222-58.

[17] Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual abuse and physical abuse in childhood. *JAMA*. 2000; 284:592-7.

[18] Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H *et al*. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003; 301:386-9.

## Facteurs associés à la santé mentale des étudiants : facteurs socio-économiques et universitaires, support social et contrôle de soi

Pierre Verger (pierre.verger@inserm.fr)<sup>1,4</sup>, Valérie Guagliardo<sup>1,4</sup>, Jean-Baptiste Combes<sup>1</sup>, Viviane Kovess-Masfety<sup>2</sup>, Caroline Lions<sup>1</sup>, Frédéric Rouillon<sup>3</sup>, Patrick Peretti Wattel<sup>4</sup>

1 / Observatoire régional de la santé Paca, Marseille, France 2 / Fondation pour la santé publique MGEN, Université Paris V, Paris, France  
3 / Université Paris V, Inserm U 669, CMME, Hôpital Sainte-Anne, Paris, France 4 / Inserm UMR 912, Marseille, France

### Résumé / Abstract

**Introduction** – Cet article poursuit deux objectifs : 1/évaluer la prévalence de la détresse psychologique (DP) chez les étudiants universitaires de première année ; et 2/ étudier les facteurs de risque (socio-économiques, liés à l'université) et facteurs protecteurs (contrôle de soi, support social).

**Méthode** – Étude transversale d'un échantillon aléatoire d'étudiants de 18-24 ans primo-inscrits en première année d'université en région Paca en 2005-2006. Questionnaire standardisé en auto-passation ou téléphonique. Analyse multivariée, réalisée séparément pour chaque sexe, afin d'étudier les facteurs associés à la DP.

**Résultats** – 1 743 (71,0 %) étudiants ont participé. La prévalence de la DP était de 15,7 % [IC 95 % : 12,9-18,5] chez les garçons et 33,0 % [IC 95 % : 30,2-35,9] chez les filles. La DP était associée, chez les garçons, aux événements négatifs récents de vie (OR = 3,00 ; [IC 95 % : 1,67-5,39]), aux difficultés d'adaptation à l'université (OR = 1,08 ; [IC 95 % : 1,00-1,16]) et au contrôle de soi (OR = 0,73 ; [IC 95 % : 0,68-0,79]). Chez les filles, la DP était associée à une nationalité étrangère (OR = 1,97 ; [IC 95 % : 1,03-3,77]), aux antécédents psychiatriques (OR = 2,42 ; [IC 95 % : 1,55-3,78]), aux études médicales (OR = 2,47 ; [IC 95 % : 1,50-4,06]), aux difficultés d'adaptation à l'université (OR = 1,07 ; [IC 95 % : 1,03-1,12]), au contrôle de soi (OR = 0,78 ; [IC 95 % : 0,74-0,81]) et au support social (OR = 0,68 ; [IC 95 % : 0,54-0,86]).

**Conclusion** – Les facteurs associés à la DP chez les étudiants de première année diffèrent notablement selon le sexe.

### Mots clés / Key words

Santé mentale, contrôle de soi, support social, stress psychologique, étudiants / *Mental health, self efficacy, social support, stress, psychological, students*

### Introduction

La santé mentale des étudiants pose une question importante de santé publique. Aller à l'université implique souvent de quitter la maison familiale, peut s'accompagner d'un isolement affectif et de difficultés financières et confronte l'étudiant à un nouvel environnement, voire, dans certaines filières, à la pression de performance. Certaines études suggèrent que la prévalence de la détresse psychologique (DP), un indicateur de mauvaise santé mentale [1], est plus élevée chez ces étudiants que dans la population active de même âge [2-4]. Les facteurs de risque ou de protection vis-à-vis de la DP chez les étudiants ont cependant été peu étudiés.

Nous avons conduit une étude sur les conditions de vie et la santé mentale des étudiants de première année dans les universités de la région Paca, de novembre 2005 à juillet 2006. Cet article poursuit deux objectifs : 1) évaluer la prévalence de la DP dans cette population ; 2) étudier, séparément chez les garçons et les filles, en tenant compte des facteurs de vulnérabilité, les facteurs associés à la DP, en particulier leur situation socio-économique, leur adaptation à l'enseignement universitaire et leurs ressources internes (le contrôle de soi défini comme la perception que l'on peut exercer un contrôle sur le cours de son existence [5]) et externes (le support social, défini comme la disponibilité, dans son

entourage, de personnes en qui on peut avoir confiance et qui font qu'on se sent soutenu et mis en valeur [6]).

### Méthode

Les étudiants de 18-24 ans, inscrits en 2005-2006 en première année dans l'une des six universités de la région Paca (télé-enseignement et redoublants exclus) ont été sélectionnés aléatoirement à partir des listes fournies par les universités après stratification sur la filière d'études et sur les services de médecine préventive universitaire (SMPU).

Les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire standardisé remis aux étudiants lors

de la visite dans les SMPU. Les absents à cette visite ont reçu le questionnaire par la poste ; enfin, un enquêteur a contacté par téléphone ceux ne l'ayant pas renvoyé pour une interview assistée par ordinateur. L'étude a reçu l'autorisation de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL).

Nous avons évalué la DP avec le *Mental Health Inventory-5* (MHI-5) module du questionnaire de qualité de vie SF36 [7] et calculé un score de sévérité de DP (0-100). La présence d'une DP (variable dépendante) était définie par un score MHI-5  $\leq$  52 [8]. Le questionnaire relevait aussi les informations suivantes : caractéristiques démographiques des étudiants ; niveau socio-économique évalué par le fait de recevoir, ou non, une bourse de l'enseignement supérieur ; nationalité française (oui/non) ; événements de vie négatifs personnels depuis la rentrée universitaire (maladie grave, accident, hospitalisation...) ou familiaux (décès, divorce, chômage...) (oui/non) ; antécédents de psychothérapie, de tentative de suicide, utilisation récente ou passée de médicaments psychotropes (des exemples des spécialités les plus prescrites étaient fournis) ; des antécédents psychiatriques étaient considérés présents en cas d'antécédents, avant la rentrée universitaire, de tentative de suicide, d'utilisation de médicaments psychotropes plusieurs fois par semaine et/ou de psychothérapie pendant au moins un mois ; temps de travail universitaire personnel ; échelles d'adaptation à l'enseignement universitaire (6 items) [9] et échelles internationales de support social [6, 10] (4 items) et de contrôle de soi (7 items) [5] ; pour chacune d'elles, nous avons construit un score par sommation des items correspondants.

Afin d'étudier les facteurs de risque ou de protection associés à la prévalence de la DP, une analyse multivariée a été réalisée, par régression logistique pas à pas descendante, séparément pour chaque sexe. Les variables associées à la DP en analyse univariée avec un  $p < 0,20$  ont été incluses dans le modèle initial. A l'exception du mode de passation du questionnaire, de l'âge et des antécédents psychiatriques (variables forcées), les variables ont été éliminées au seuil de 0,05 % pour obtenir le modèle final. Nous avons

conduit les analyses sous SAS® version 9.1 pour Windows®.

## Résultats

Sur 2 557 étudiants sélectionnés, 102 étaient inéligibles (4,0 %), 87 ont refusé de participer lors de la visite dans les SMPU (3,4 %) et 625 étaient absents à cette visite, n'ont pas renvoyé le questionnaire postal ni répondu au questionnaire téléphonique (24,4 %) : 1 743/2 455 étudiants éligibles ont participé (71,0 %). Vingt questionnaires ont été exclus car incomplets, laissant 1 723 questionnaires pour les analyses : 725 garçons (42,1 %) et 998 filles (57,9 %). L'âge moyen était 19,5 ans chez les garçons et 19,4 ans chez les filles ( $p = 0,01$ ) ; 89,9 % des étudiants étaient célibataires et 5,1 % étrangers ; 40 % des étudiants ont déclaré recevoir une bourse. En médecine, 59 % des étudiants ont déclaré un travail universitaire personnel de 10 heures ou plus par semaine et 6,2 % dans les autres filières. La prévalence de la DP était de 25,7 % [IC 95 % : 23,7-27,8] dans l'ensemble de l'échantillon, 15,7 % [IC 95 % : 12,9-18,5] chez les garçons et 33,0 % [IC 95 % : 30,2-35,9] chez les filles.

Chez les garçons, l'analyse univariée indique que la prévalence de la DP était significativement augmentée chez les étudiants plus âgés, ceux ayant complété un auto-questionnaire postal (tableau 1), ayant des antécédents psychiatriques, vécu des événements de vie négatifs récents, ayant des difficultés d'adaptation à l'enseignement universitaire ou un faible contrôle de soi (tableau 2). En analyse multivariée (tableau 3), seuls les événements de vie négatifs, les difficultés d'adaptation et le contrôle de soi étaient encore associés à la DP.

Chez les filles, l'analyse univariée indique une prévalence de la DP plus faible chez celles ayant répondu au questionnaire téléphonique et plus élevée chez celles mariées (tableau 1), ayant des antécédents psychiatriques ou vécu des événements de vie négatifs récents, inscrites dans une filière médicale, ayant des difficultés d'adaptation à la vie universitaire ou ayant un faible support social ou contrôle de soi (tableau 2). En analyse multivariée (tableau 3), les antécédents

psychiatriques, la nationalité, la filière universitaire, les difficultés d'adaptation, le support social, le contrôle de soi et les modalités de réponse à l'enquête étaient encore associés à la prévalence de la DP.

## Discussion

Le taux de participation à cette enquête (71 %) est satisfaisant, même si l'on ne peut exclure que les étudiants non participants diffèrent des participants ; les conditions de déroulement de l'enquête n'ont pas permis de colliger des données permettant de les comparer. Cependant, une analyse comparant les caractéristiques des étudiants de l'enquête en fonction du mode de recueil [11], indique que les étudiantes jointes par téléphone, donc plus tardivement dans l'enquête par rapport aux autres modes de recueil, provenaient plus fréquemment de milieux sociaux moins favorisés et avaient plus souvent une activité rémunérée. Ceci suggère que la stratégie de recueil de données appliquée a permis d'améliorer la représentativité de l'échantillon. Ces différences pourraient expliquer, au moins en partie, les différences de DP selon le mode de recueil de données observées chez les filles (tableau 3).

La prévalence de la DP dans cette enquête (25,7 %) est intermédiaire comparativement aux résultats observés dans des études sur d'autres populations étudiantes en Europe et en Amérique du Nord ayant utilisé le *General Health Questionnaire* [2, 9, 12-14] dont les performances psychométriques sont voisines de celles du MHI-5 [15]. Ces outils sont des échelles de dépistage, indicatives d'un état à un moment donné et doivent être complétés, dans une approche clinique, par un examen diagnostique.

Nos résultats indiquent le même effet de genre et dans la même direction que dans les autres études chez les étudiants et jeunes adultes [2, 9, 16]. Observée dans différentes cultures [17], cette différence soulève diverses hypothèses : stress perçu plus important chez les filles que les garçons ; différences de modalités de réponse au stress entre sexes : notamment, les garçons en DP sont plus enclins à l'abus de substances et les filles à l'expression des émotions et à la manifestation de symptômes voire de troubles anxieux ou dépressifs ; ces différences sont aussi sous-tendues par des différences d'acceptabilité sociale de ces comportements et manifestations entre sexes ; différences aussi d'expériences et de modalités de socialisation.

Nous avons observé une association entre DP et antécédents psychiatriques chez les filles et entre DP et les événements de vie négatifs récents chez les garçons. Cette différence entre sexes pourrait être liée à la forte association entre antécédents psychiatriques et événements de vie, observée pour chaque sexe. L'association observée chez les filles suggère que l'état de santé mentale avant l'entrée à l'université pourrait être un facteur de vulnérabilité, face aux changements d'environnement et de conditions de vie lors de l'entrée à l'université.

Un faible niveau socio-économique n'était pas associé à la DP, contrairement à ce qui était attendu d'après la littérature, laquelle souligne le rôle favorisant de la précarité vis-à-vis de la détresse psychologique et des maladies mentales [18]. Il est possible que les bourses et allocations logement et/ou familiales compensent relativement bien les inégalités sociales et permettent de limiter les situations de précarité.

Les études de médecine étaient associées à une prévalence accrue de la DP, chez les filles uniquement. Il

**Tableau 1** Caractéristiques sociales et démographiques des étudiants et leur association avec la prévalence de la détresse psychologique - région Paca, 2005-2006, analyses univariées / *Table 1* Students socio-demographic characteristics and their association with the prevalence of psychological distress, PACA region, 2005-2006, univariate analyses

	Garçons (N = 725)				Filles (N = 998)			
	Total (N)	Proportion d'étudiants en DP	OR non ajusté [IC95 %]	p	Total (N)	Proportion d'étudiants en DP	OR non ajusté [IC95 %]	p
<b>Mode de recueil</b>								
Auto-passation au SMPU	387	13,8	1		548	34,4	1	
Questionnaire postal	149	24,0	1,97 [1,19-3,24]	0,01	244	40,7	1,31 [0,97-1,77]	0,08
Téléphone	189	12,9	0,93 [0,53-1,62]	0,78	206	20,3	0,49 [0,34-0,70]	<0,001
<b>Âge (années)</b>								
18	93	8,8	1		154	37,5	1	
19	330	15,0	1,84 [0,83-4,10]	0,14	498	32,3	0,80 [0,55-1,16]	0,23
20 +	302	18,6	2,37 [1,07-5,25]	0,03	346	32,0	0,79 [0,53-1,16]	0,23
<b>Nationalité française</b>								
Oui	687	15,5	1		949	32,6	1	
Non	38	19,7	1,34 [0,57-3,16]	0,51	49	42,0	1,50 [0,85-2,64]	0,16
<b>Statut marital</b>								
Célibataire	652	15,8	1		888	32,0	1	
En couple	73	15,2	0,96 [0,47-1,96]	0,91	110	41,3	1,50 [1,01-2,21]	0,04
<b>Bourse</b>								
Non	471	16,0	1		568	32,4	1	
Oui	254	15,2	0,94 [0,60-1,48]	0,79	430	33,8	1,06 [0,82-1,38]	0,63

**Tableau 2** Caractéristiques personnelles et liées à l'environnement universitaire des étudiants de première année et leur association avec la prévalence de la détresse psychologique - région Paca, 2005-2006, analyses univariées / *Table 2* Personal and environment related characteristics of first year university students and their association with the prevalence of psychological distress, PACA region, 2005-2006, univariate analyses

	Garçons (N = 725)				Filles (N = 998)			
	Total (N)	Proportion d'étudiants en DP	OR non ajusté [IC95 %]	p	Total (N)	Proportion d'étudiants en DP	OR non ajusté [IC95 %]	p
<b>Antécédents psychiatriques</b>								
Non	680	14,7	1		876	29,8	1	
Oui	45	30,7	2,56 [1,26-5,21]	0,01	122	56,0	2,99 [2,06-4,35]	< 0,001
<b>Événements de vie négatifs récents</b>								
Non	615	12,3	1		792	28,4	1	
Oui	110	34,7	3,77 [2,31-6,15]	< 0,001	206	51,0	2,63 [1,94-3,57]	< 0,001
<b>Filière médicale</b>								
Non	653	15,6	1		885	31,3	1	
Oui	72	16,7	1,09 [0,55-2,17]	0,81	113	46,7	1,92 [1,30-2,82]	0,001
<b>Adaptation à l'enseignement universitaire (score : 6-24)<sup>1</sup></b>	725	15,6 <sup>a</sup>	1,14 [1,08-1,22]	< 0,001	998	15,9 <sup>a</sup>	1,15 [1,11-1,19]	< 0,001
<b>Contrôle de soi (score : 7-28)<sup>2</sup></b>	725	19,2 <sup>a</sup>	0,73 [0,68-0,78]	< 0,001	998	19,4 <sup>a</sup>	0,76 [0,73-0,79]	< 0,001
<b>Support social (score : 0-4)<sup>3</sup></b>	725	3,4 <sup>a</sup>	0,84 [0,67-1,04]	0,12	998	3,6 <sup>a</sup>	0,55 [0,44-0,68]	< 0,001

<sup>1</sup> Plus le score est élevé, plus l'étudiant a des difficultés à s'adapter à l'enseignement universitaire.

<sup>2</sup> Plus le score est élevé, plus l'étudiant ressent qu'il peut contrôler le cours de son existence.

<sup>3</sup> Plus le score est élevé, plus l'étudiant se sent socialement soutenu.

<sup>a</sup> Score moyen.

s'agit de la seule filière, parmi celles représentées dans l'enquête, dans laquelle les étudiants préparent un concours très sélectif et sont ainsi soumis à une pression de performance et un travail personnel plus importants que dans d'autres filières.

Notre enquête indique, dans les deux sexes, que les difficultés d'adaptation à l'enseignement universitaire étaient associées à une prévalence augmentée de la DP, indépendamment des antécédents psychiatriques. Comparativement au lycée, la relation à

l'enseignement change du tout au tout à l'université : la relation enseignant-étudiant est moins individualisée, les étudiants plus autonomes, ceci d'autant que le nombre d'étudiants en première année est élevé. Ces changements constituent des facteurs de stress importants. Le caractère transversal de cette enquête ne permet cependant pas de trancher sur la direction du lien observé : des difficultés d'adaptation peuvent favoriser une DP et réciproquement.

**Tableau 3** Facteurs associés à la prévalence de la détresse psychologique chez les étudiants de première année - région Paca, 2005-2006, analyses multivariées / *Table 3* Factors associated with the prevalence of psychological distress in first year university students, PACA region, 2005-2006, multivariate analyses

	Garçons 1		Filles 1	
	OR ajusté [IC 95 %]	P-Wald	OR ajusté [IC 95 %]	P-Wald
<b>Mode de passation</b>		<b>0,13</b>		<b>0,01</b>
Auto-passation au SMPU	1		1	
Questionnaire postal	1,80 [0,98-3,32]		1,24 [0,86-1,80]	
Téléphone	0,99 [0,53-1,86]		0,59 [0,38-0,91]	
<b>Age (années)</b>		<b>0,16</b>		<b>0,24</b>
18	1		1	
19	1,72 [0,70-4,20]		0,72 [0,47-1,12]	
20 +	2,39 [0,94-6,05]		0,68 [0,43-1,08]	
<b>Nationalité</b>				<b>0,04</b>
Française	-		1	
Non française	-		1,97 [1,03-3,77]	
<b>Antécédents psychiatriques</b>		<b>0,12</b>		<b>&lt;0,001</b>
Non	1		1	
Oui	1,88 [0,85-4,13]		2,42 [1,55-3,78]	
<b>Événements de vie négatifs récents</b>		<b>&lt;0,001</b>		
Non	1		-	
Oui	3,00 [1,67-5,39]		-	
<b>Filière médicale</b>				<b>&lt;0,001</b>
Non	-		1	
Oui	-		2,47 [1,50-4,06]	
<b>Adaptation à l'enseignement universitaire (score : 6-24)<sup>2</sup></b>	1,08 [1,00-1,16]	0,045	1,07 [1,03-1,12]	<0,001
<b>Contrôle de soi (score : 7-28)<sup>3</sup></b>	0,73 [0,68-0,79]	<0,001	0,78 [0,74-0,81]	<0,001
<b>Support social (score : 0-4)<sup>4</sup></b>	-		0,68 [0,54-0,86]	0,001

<sup>1</sup> Statistique de Hosmer et Lemeshow : garçons : 0,29 ; filles : 0,94.

<sup>2</sup> Plus le score est élevé, plus l'étudiant a des difficultés à s'adapter à l'enseignement universitaire.

<sup>3</sup> Plus le score est élevé, plus l'étudiant ressent qu'il peut contrôler le cours de son existence.

<sup>4</sup> Plus le score est élevé, plus l'étudiant se sent socialement soutenu.

Notre enquête confirme le rôle de facteurs protecteurs vis-à-vis de la santé mentale : le contrôle de soi (filles et garçons) et le support social (filles uniquement). L'effet du contrôle de soi pourrait s'exercer de façon directe sur la DP et par un effet modérateur sur les facteurs de stress [19]. L'effet du support social semble varier selon le sexe, probablement en raison d'expériences de socialisation différentes [20].

## Conclusion

Notre étude montre un niveau de prévalence de la DP intermédiaire par rapport aux populations d'étudiants de différents pays. Elle suggère que les facteurs de risque ou protecteurs de la DP varient selon le sexe et indique des niveaux de DP plus élevés en médecine et chez les étudiants ayant des difficultés d'adaptation à l'enseignement universitaire. Elle souligne le rôle de vulnérabilités antérieures à la vie universitaire chez les filles et celui des événements récents extra universitaires chez les garçons. Elle ne confirme pas de lien avec le profil socio-économique des étudiants. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence compte tenu du caractère transversal de l'enquête. Ils seront approfondis en étudiant la prévalence de troubles psychiatriques relevés dans cette enquête.

## Remerciements

Cette étude a été mise en œuvre à l'initiative du Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec son soutien financier ainsi que ceux de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et de la ville de Marseille.

## Références

- [1] Korkeila J, Lehtinen V, Bijl R, *et al.* Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scand J Public Health.* 2003;31:451-9.
- [2] Adlaf EM, Gliksman L, Demers A, Newton-Taylor B. The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *J Am Coll Health.* 2001;50:67-72.
- [3] Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med.* 2006;81:354-73.
- [4] Roberts R, Golding J, Towell T, Weinreb I. The effects of economic circumstances on British students' mental and physical health. *J Am Coll Health.* 1999; 48:103-9.
- [5] Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav.* 1978;19:2-21.
- [6] House JS, Kahn RL. Measures and concepts of social support. In: Cohen S, Syme LS, eds. *Social support and health.* Orlando, Florida: Academic Press Inc., 1995.
- [7] Leplege A, Ecosse E, Verdier A, Pemeger TV. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol.* 1998;51:1013-23.
- [8] The European Opinion Research Group. The mental health status of the European population. In: Directorate-General Press and Communication "Opinion Polls PR, Europe Direct", ed. Brussels: SANCO Directorate General, 2003:27.
- [9] Brachet S, Girod M, Liber A, Zorman M. "Le Mal-Être Étudiant" : Cause ou conséquence de l'échec à l'Université ? Grenoble, 1998:64.
- [10] Beaudet MP. Depression. *Health Rep.* 1996;7:11-24, 11-25.
- [11] Combes J-B, Guagliardo V, Peretti-Wattel P, Verger P. Utilisation de modes de recueil de données mixtes dans une enquête auprès des étudiants. In: Guibert P, Haziza D, Ruiz-Gazen A, Tillé Y, eds. *Méthodes de sondage : applications aux enquêtes longitudinales, à la santé, aux enquêtes électorales et aux enquêtes dans les pays en développement.* Paris: Dunod, 2007, sous presse.
- [12] Carson AJ, Dias S, Johnston A, *et al.* Mental health in medical students. A case control study using the 60 item General Health Questionnaire. *Scott Med J.* 2000; 45: 115-6.
- [13] Humphris G, Blinkhorn A, Freeman R, *et al.* Psychological stress in undergraduate dental students: baseline results from seven European dental schools. *Eur J Dent Educ.* 2002; 6: 22-9.
- [14] Guthrie EA, Black D, Shaw CM, Hamilton J, Creed FH, Tomenson B. Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students. *Med Educ.* 1995; 29:337-41.

[15] Hoeymans N, Garsen AA, Westert GP, Verhaak PF. Measuring mental health of the Dutch population: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 23.

[16] Aalto-Setälä T, Poikolainen K, Tuulio-Henriksson A, Marttunen M, Lonnqvist J. Predictors of mental distress in early adulthood: a five-year follow-up of 709 high-school students. *Nord J Psychiatry*. 2002; 56:121-5.

[17] Verhulst FC, Achenbach TM, van der Ende J, et al. Comparisons of problems reported by youths from seven countries. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1479-85.

[18] Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007; 369:1302-13.

[19] Bovier PA, Chamot E, Perneger TV. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Qual Life Res*. 2004; 13:161-70.

[20] Garber J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *Am J Prev Med*. 2006; 31:S104-25.

Encadré

## Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé, une démarche participative de la Haute autorité de santé

### *Improving the prescription of psychotropic drugs in the elderly: a collaborative project conducted by the French National Authority for Health*

Armelle Desplanques-Leperre (a.desplanques@has-sante.fr)<sup>1</sup>, Nathalie Riolacci-Dhoyen<sup>1</sup>, Sylvie Legrain<sup>1,2</sup>, Laurent Degos<sup>1</sup> et le groupe de coopération « Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé » [1]

1 / Haute autorité de santé, Saint-Denis, France 2 / Hôpital Bretonneau, Paris, France

En France, la prescription des psychotropes\*, notamment chez le sujet âgé, constitue depuis plusieurs dizaines d'années un problème majeur et complexe. Plus d'une personne sur trois de plus de 70 ans fait usage de psychotropes en France. De nombreux travaux soulignent leurs mésusages et la nécessité d'actions ciblées, notamment pour cette population très exposée et vulnérable [2]. Vingt pour cent des 10 millions de personnes âgées consomment de façon chronique des hypnotiques ou anxiolytiques, alors que les risques liés à ces médicaments sont supérieurs aux bénéfices lors d'une utilisation chronique, qu'il s'agisse des troubles du sommeil ou des troubles anxieux. Il existe une sur-prescription délétère de neuroleptiques dans les troubles du comportement dits « productifs », fréquents chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée. Les psychotropes sont ainsi à l'origine d'une iatrogénie importante (chutes, confusions, sédation excessive...), iatrogénie en grande partie évitable, car plus de la moitié des traitements ne serait pas indiquée. A l'inverse, la prescription des antidépresseurs chez le sujet âgé ayant une dépression caractérisée est souvent insuffisante en terme de mise sous traitement, de dose ou de durée, ce qui augmente le risque suicidaire (1 800 morts par suicide en 2005 chez les plus de 75 ans en France), aggrave les troubles somatiques, augmente la consommation de soins et accroît la mortalité. Sur ce constat partagé, la Haute autorité de santé (HAS) a proposé une démarche participative centrée sur le parcours du patient et les pratiques cliniques. Un groupe de coopération associant largement professionnels de santé, experts et institutions [1] a été constitué fin 2006 et a analysé les déterminants et les conditions d'évolution de la prescription des psychotropes, en particulier

dans les situations d'insomnie, de dépression, d'anxiété et de troubles du comportement du sujet âgé. Des actions relatives à l'amélioration des pratiques sont proposées pour les deux années à venir, en articulation avec d'autres interventions, notamment dans le cadre du plan Alzheimer. Afin de favoriser la diffusion des bonnes pratiques, la HAS développe un espace en ligne, dédié à la prescription chez le sujet âgé, notamment celle des psychotropes [3]. Cet espace ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)) met à disposition des équipes soignantes et du public une analyse médicale experte avec des textes de références, des retours d'expérience ainsi que des aides à l'amélioration des pratiques (programmes et outils). Un focus sur les psychotropes chez le sujet très âgé est en cours de développement. La rubrique Chiffres & Repères de cet espace présente des données illustrant la problématique et les pratiques actuelles. L'analyse du suivi de la consommation des psychotropes par le sujet âgé, réalisée en coopération avec l'assurance maladie, devrait contribuer à la compréhension de l'évolution des pratiques de prescription. Seront notamment analysées dans le temps les prescriptions de neuroleptiques chez les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, en cohérence avec les objectifs d'amélioration de la prescription chez ces patients. De nombreux professionnels sont d'ores et déjà impliqués dans la mise en œuvre de l'amélioration des prescriptions de psychotropes. Des travaux sur l'arrêt de traitement chronique par benzodiazépines en médecine générale ont ainsi été présentés lors des premières rencontres thématiques de la HAS consacrées à la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé le 28 mai dernier [3]. Des recommandations répondant à la problématique concrète des prescripteurs sur les modalités d'arrêt des benzodiazépines chez le sujet âgé ont

été réalisées en 2007 et devraient favoriser d'autres mises en œuvre [3]. L'amélioration de la prescription des psychotropes est conditionnée par une meilleure connaissance de leurs indications, du rapport bénéfice-risque de ces médicaments, et du développement des alternatives non médicamenteuses. Ainsi, en complément des récentes recommandations sur la maladie d'Alzheimer, sont en cours des recommandations ciblées sur la prise en charge des troubles du comportement du patient dément, qui aborderont les alternatives non médicamenteuses. Des recommandations sur la juste place des psychotropes dans la confusion du sujet âgé seront disponibles fin 2008. L'information de tous, personnels de santé comme usagers, constitue également un point essentiel pour améliorer les pratiques de prescription et de consommation des psychotropes en France, et une campagne d'information est à l'étude.

La dynamique actuelle témoigne d'une prise de conscience partagée des enjeux et d'une volonté d'agir en concertation. Il s'agit dans les deux années à venir d'obtenir des résultats concrets qui seront mesurés notamment par l'engagement des professionnels de santé dans des programmes d'amélioration des pratiques sur ce sujet, et par la consommation des psychotropes chez le sujet âgé en France.

#### Références

[1] Rapport « Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé » HAS, 2007

[2] [Rapport « Le bon usage des médicaments psychotropes » OPEPS, 2006

[3] Espace thématique « Améliorer la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé » [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr), 2008

\* anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques, antidépresseurs pour l'essentiel.

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

**Directrice de la publication** : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS  
**Rédactrice en chef** : Judith Benrekassa, InVS, [redactionBEH@invs.sante.fr](mailto:redactionBEH@invs.sante.fr)  
**Rédactrice en chef adjointe** : Valérie Henry, InVS, [redactionBEH@invs.sante.fr](mailto:redactionBEH@invs.sante.fr)  
**Secrétaire de rédaction** : Farida Mihoub, InVS, [redactionBEH@invs.sante.fr](mailto:redactionBEH@invs.sante.fr)  
**Comité de rédaction** : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Denise Antona, InVS ; Catherine Buisson, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS ; Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Eric Jouglu, Inserm CépiDc ; Dr Bruno Morel, InVS ; Josiane Pillonel, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.  
N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

**Diffusion / Abonnements : Alternatives Économiques**  
12 rue du Cap Vert - 21800 Quétigny  
Tél. : 03 80 48 95 36  
Fax : 03 80 48 10 34  
Courriel (provisoire) : [ddorey@alternatives-economiques.fr](mailto:ddorey@alternatives-economiques.fr)  
Tarifs 2008 : France et international 52 € TTC  
**Institut de veille sanitaire - Site Internet** : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)  
**Imprimerie** : Maulde et Renou Sambre - Maubeuge  
146, rue de la Liberté - 59600 Maubeuge