

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^e 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

[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)^{1,2}, Emmanuelle Cadot^{1,2}, Émilie Renahy^{1,2}, Véronique Massari^{1,2}, Pierre Chauvin^{1,2,3}

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
Caractéristiques démographiques				
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
Statut socio-économique actuel				
Revenu mensuel moyen ajusté sur la taille du ménage		<0,001		
4 ^e quartile	1		1	
3 ^e quartile	1,36 [0,98-1,91]		1,03 [0,70-1,51]	0,90
2 ^e quartile	1,79 [1,29-2,49]		1,04 [0,69-1,58]	0,84
1 ^{er} 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
Ruptures familiales dans l'enfance				
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	
Fonctionnement familial et violence dans l'enfance				
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
Santé mentale des parents				
Tentative de suicide	2,41 [1,30-4,46]	<0,01	NS	
Alcoolisme parental	1,58 [1,09-2,30]	<0,05	NS	
Conditions sociales dans l'enfance				
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^a, 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 %]
Effet fixe					
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] ^b	1,80	[1,37-2,37] ^b
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] ^b	1,57	[1,25-1,98] ^b
Mauvaise qualité des relations avec la mère	-	1,67	[1,24-2,23] ^b	1,68	[1,25-2,25] ^b
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] ^c	1,46	[1,10-1,94] ^c
Abus sexuels avant l'âge de 18 ans	-	1,78	[1,04-3,04] ^c	1,79	[1,05-3,06] ^c
Difficultés financières de la famille	-	1,39	[1,07-1,81] ^c	1,38	[1,06-1,79] ^c
Résider en ZUS	-	-		1,39	[1,05-1,85] ^d
Effet aléatoire		Odds-ratio médian			
IRIS	1,44	1,27		1,22	

^a ajustée sur le revenu mensuel moyen ajusté sur la taille du ménage, la catégorie socio-professionnelle et le niveau d'éducation

^b p < 0,001 ; ^c p < 0,01 ; ^d 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 Neuro-psychiatric 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^e 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)^{1,4}, Valérie Guagliardo^{1,4}, Jean-Baptiste Combes¹, Viviane Kovess-Masfety², Caroline Lions¹, Frédéric Rouillon³, Patrick Peretti Wattel⁴

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