

# 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.

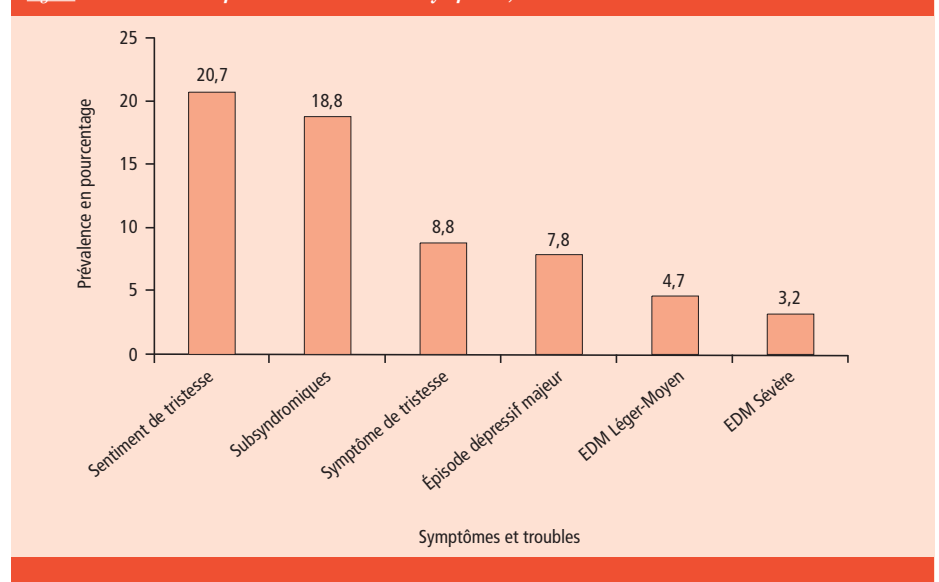
critère le plus extensif un seul signe pour caractériser les troubles (tristesse d'une durée de plus de 15 jours sans contrainte d'intensité quotidienne ni de fréquence), seules 20,7 % des personnes présenteraient une telle « déprime » sur 12 mois. L'analyse de la sensibilité et la spécificité du CIDI-SF 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